

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GIOVANA SOARES BUZINARO

**PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CARTILHA DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MS.**

CAMPO GRANDE
2024

GIOVANA SOARES BUZINARO

**PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CARTILHA DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Aiello Bomfim.

CAMPO GRANDE
2024

GIOVANA SOARES BUZINARO

**PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
IMPLEMENTAÇÃO DE UMA CARTILHA DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Doutor Rafael Aiello Bomfim.

Banca Examinadora

Nota/Conceito

Profª Drª Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Profª Drª Inara Pereira Cunha

Prof Dr Rafael Aiello Bomfim

AVALIAÇÃO FINAL: () Aprovação

() Reprovação

A Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, professores que me inspiram. Obrigada por todo o apoio e incentivo durante a caminhada. Muito amor e gratidão por nossa família.

Ao meu noivo Gustavo que me apoia em minhas escolhas, e me mostra o quanto somos fortes juntos. Amo você.

Aos meus colegas de caminhada no mestrado, que me auxiliaram em todos os passos, principalmente minha amiga Jhenyffer, que me motivou e abriu caminhos profissionais a mim, sou eternamente grata.

Ao meu orientador Rafael que me ajudou, desde meu Trabalho de Conclusão de Residência, a trilhar meu caminho na saúde pública, me mostrando como ser melhor aluna, pesquisadora e gestora. Obrigada professor por todo o apoio.

A todos os profissionais da SESAU que me receberam com muito cuidado e atenção, desde a gestão à assistência.

Aos mestres do PPGSF, que me ensinaram valores inestimáveis com dedicação.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT). Protocolo 43756.660.4611.04032022. N° do Processo 71/011156/2022.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

RESUMO

Para implementar mudanças no serviço que permitam uma modificação de sucesso no cenário de prática, instrumentos que buscam avaliar se a organização de saúde está apta para a inovação segundo seus profissionais, utilizam escalas destinadas a medir a prontidão organizacional. Este estudo teve como objetivo avaliar a prontidão organizacional dos profissionais de saúde da Atenção Primária antes e após a implementação de um guia de introdução alimentar para crianças de 0 a 2 anos. Foi realizado um estudo longitudinal de métodos mistos utilizando o questionário Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC-Br) e entrevistas estruturadas em oito unidades de saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Três estratégias de implementação – controle, síncrona e assíncrona - foram avaliadas. O estudo qualitativo envolveu uma entrevista semiestruturada com base nos domínios do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), aplicada antes da intervenção. Os dados qualitativos foram coletados com a aplicação do instrumento ORIC-Br e processados, analisados e submetidos a estatísticas descritivas e inferenciais com o Teste T Anova, considerando o nível de significância de 5%. A média do escore de prontidão organizacional entre enfermeiros ($M=4,11$, $DP=0,77$) foi significativamente maior do que a dos dentistas ($M=3,47$, $DP=0,86$) e médicos ($M=3,48$, $DP=0,92$) na dimensão de comprometimento no momento pré-implementação. No entanto, essa prontidão diminuiu pós-implementação ($M=3,56$, $DP=0,95$). Os dentistas exibiram a média mais baixa de escore de prontidão organizacional antes da implementação, com disparidades significativas observadas na dimensão de comprometimento ($M=3,47$, $DP=0,86$). Não foram identificadas diferenças significativas em ambas as dimensões na fase pós-implementação entre as categorias profissionais. Além disso, não foram observadas discrepâncias significativas de prontidão entre os grupos que utilizaram diferentes estratégias de implementação em relação ao grupo controle. Pesquisas futuras devem adotar uma abordagem mais robusta e adaptável para avaliar estratégias de implementação em configurações de APS. A adoção de abordagens que incorporam o feedback dos interessados e adaptam as estratégias de implementação será fundamental para promover a melhoria e abordar os desafios de forma proativa.

Descritores: ciência da implementação; gestão em saúde; nutrição da criança; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

To implement changes in the service that allow for successful modification in the practice scenario, instruments aimed at assessing whether the healthcare organization is ready for innovation according to its professionals use scales designed to measure organizational readiness. This study aimed to assess the organizational readiness of Primary Health Care professionals before and after the implementation of a food introduction guide for children aged 0 to 2 years. A longitudinal mixed-methods study was conducted using the Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC-Br) questionnaire and structured interviews in eight healthcare units in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. Three implementation strategies – control, synchronous, and asynchronous – were evaluated. The qualitative study involved a semi-structured interview based on the domains of the CFIR, applied before the intervention. Qualitative data were collected with the application of the ORIC-Br instrument and processed, analyzed, and subjected to descriptive and inferential statistics using the T Anova Test, considering a significance level of 5%. The mean organizational readiness score among nurses ($M=4.11$, $SD=0.77$) was significantly higher than that of dentists ($M=3.47$, $SD=0.86$) and physicians ($M=3.48$, $SD=0.92$) in the commitment dimension at the pre-implementation phase. However, this readiness decreased post-implementation ($M=3.56$, $SD=0.95$). Dentists exhibited the lowest mean organizational readiness score before implementation, with significant disparities observed in the commitment dimension ($M=3.47$, $SD=0.86$). No significant differences were identified in both dimensions at the post-implementation phase among professional categories. Furthermore, no significant discrepancies in readiness were observed between groups using different implementation strategies compared to the control group. Future research should adopt a more robust and adaptable approach to evaluate implementation strategies in Primary Health Care settings. The adoption of approaches that incorporate stakeholder feedback and adapt implementation strategies will be essential to promote improvement and address challenges proactively.

Descriptors: implementation science; health management; child nutrition; family health strategy.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1	Apresentação da Cartilha e do método de implementação às equipes.	32
Quadro 1	Distribuição das Unidades de Saúde da APS de Campo Grande, distrito e quantidade de equipes registradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	34
Figura 2	Cálculo amostral realizado utilizando a Função <i>Cluster Sample Size</i> para alcançar possível diferença de prontidão organizacional entre os braços controle e intervenção.	
Quadro 2	Descritivo dos domínios, constructos e definições do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR).	39
Quadro 3	Orientação Para Entrevista Estruturada Qualitativa.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados (n=61)	46
Tabela 2	Características dos profissionais entrevistados, pré- implementação (n= 61)	47
Tabela 2a	Características dos profissionais entrevistados, pós- implementação (n= 44)	47
Tabela 3	Diferenças entre Oric dimensão comprometimento e eficácia por grupo e por profissional, pré -implementação.	48
Tabela 4	Efeitos totais da prontidão organizacional para implementação de introdução de guia alimentar, pré- implementação.	49
Tabela 5	Diferenças entre Oric dimensão comprometimento e eficácia por grupo e por profissional, pós-implementação.	50
Tabela 6	Efeitos totais da prontidão organizacional para implementação de introdução de guia alimentar, pós implementação	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Ciência de Implementação
CFIR	Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação
ERIC	Expert Recommendations for Implementing Change
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNDECT	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul
GABA	Guia Alimentar Baseado em Alimentos
SESAU	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 A Ciência de Implementação e seus conceitos	19
2.2 A Atenção Primária à Saúde no sistema único de saúde brasileiro.	20
2.3 Os primeiros 1000 dias de vida: importância na vida adulta.....	21
2.4 A introdução alimentar no contexto da saúde pública	22
2.6 Prontidão organizacional e seu papel na consolidação de implementações.....	24
2.7 Local de pesquisa: informações e contexto	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivos gerais	28
3.2 Objetivo específico.....	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo, local e período da pesquisa.....	29
4.2 Estudo de Implementação.....	29
4.3 Construção do instrumento de implementação	30
4.4 Participantes da Pesquisa.....	33
4.5 Amostragem Quantitativa e Qualitativa	33
4.6 Coleta de Dados Primários	38
4.6.1 Pesquisa Qualitativa	38
4.6.2 Pesquisa Quantitativa	43
4.6.3 Divisão em Clusters	44
4.6 Organização e análise dos dados.....	45
4.7 Aspectos Éticos.....	46
5 RESULTADOS	47
5.2 Resultados Quantitativos	48
5.2.1 Pré-Implementação.....	48
5.2 Resultados Qualitativos.....	52
5.2.1 Características da Intervenção	53
5.2.1.1 Barreiras.....	53
5.2.1.1 Facilitadores.....	54

5.2.2 Cenário Externo	56
5.2.2.1 Barreiras	56
5.2.2.2 Facilitadores	56
5.2.3 Cenário Interno	57
5.2.3.1 Barreiras	57
5.2.3.2 Facilitadores	57
5.2.4 Características dos Indivíduos	58
5.2.4.1 Barreiras	58
5.2.4.2 Facilitadores	58
5.2.5 Processo	60
5.2.5.1 Barreiras	60
5.2.5.2 Facilitadores	60
6 Discussão	62
7 Conclusão	71
8 Relevância, impactos e aplicabilidade à Estratégia Saúde Da.....	73
Família.....	73
REFERÊNCIAS	74
Anexos.....	81
ANEXO A – Instrumento ORIC/BR adaptado	81
ANEXO B – Termo de responsabilidade e autorização	82
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	83
Apêndices	84
APÊNDICE A – Cartilha de Introdução Alimentar	84
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE C – Plano de trabalho para a realização das intervenções	87

1 INTRODUÇÃO

Uma articulação eficaz entre os três níveis de atenção à saúde pode garantir a integralidade e efetividade do cuidado, e nesta integração a Atenção Primária à Saúde (APS) possui a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como um atributo essencial (STARFIELD, 2005). Coordenar o cuidado é trabalhar ações e serviços de saúde de forma estratégica para definição de fluxos, além do acompanhamento e monitoramento dos indivíduos e seus indicadores, promovendo cuidado integral e oportuno (ALMEIDA; MEDINA; FAUSTO; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Com o objetivo de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços, atividades que visam ampliar a segurança dos cuidados de saúde, utilizando medições e feedback para trabalhadores, gestores e organizações (DIXON-WOODS, 2019), são importantes para a gestão dos processos da APS. A Ciência da Implementação busca compreender quais fatores afetam a absorção de inovações na aplicação dos serviços e entende que a eficácia de uma inovação clínica não é suficiente para garantir a sua aceitação (BAUER; KIRCHNER, 2020).

Os profissionais inseridos na APS são fundamentais para efetivar políticas públicas de saúde, impactando na qualidade da gestão do território e no cuidado ofertado aos usuários (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020). A prontidão organizacional consiste em iniciativas que buscam aumentar a capacidade das organizações em responderem à implementação de novos recursos dentro da rotina do serviço (BOMFIM; BRAFF; FRAZÃO, 2020). Os profissionais de saúde devem estar preparados para estabelecimento de mudanças no serviço que permitam uma modificação de sucesso no cenário de prática (STORKHOLM; MAZZOCATO; TESSMA; SAVAGE, 2018).

Considerando a infância um momento essencial para a realização de estudos do comportamento em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), os primeiros mil dias de vida são estratégicos para o crescimento e desenvolvimento do ser humano, uma vez que a nutrição e os cuidados corretos durante a gestação, amamentação e das crianças menores de 2 anos têm um efeito duradouro na saúde da fase adulta (NYARKO; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2023).

Os componentes bioativos do leite humano estão fortemente ligados ao crescimento infantil e a alimentação complementar após os 06 meses contribui para a

manutenção deste processo com normalidade (ZHOU; XU, 2023). Nesta fase, a amamentação abaixo dos níveis ótimos e a realização inadequada de alimentação complementar podem resultar em desnutrição (ZHOU; CHEN; YOUNGER; CASSIDY *et al.*, 2020).

A insegurança alimentar e a desnutrição na fase da “janela de oportunidades” podem estar relacionadas com as circunstâncias socioeconômicas maternas, o trabalho externo ao domicílio, o nível educacional do pai ou parceiro, a maternidade solo, a área de residência da família (DELLA TORRE; MARQUES; NOGUEIRA; DE BRITO *et al.*, 2022);(BOCH; CHISOLM; KAMINSKI; KELLEHER, 2021), e a fraca adesão à higiene pessoal e ambiental a nível individual e/ou familiar, sendo este um fator alarmante à medida que aumentam as probabilidades de infecções e doenças (ZHOU; CHEN; YOUNGER; CASSIDY *et al.*, 2020).

A busca pela construção de hábitos saudáveis e sustentáveis fornecendo informações sobre grupos de alimentos e padrões alimentares com o objetivo de promover a saúde geral e prevenir doenças crônicas, é uma iniciativa essencial em meio a este cenário(GABE; JAIME, 2020). A utilização de um Guia Alimentar Baseado em Alimentos (GABA) pode exercer tal papel na orientação à população em geral, aos profissionais e gestores de saúde, considerando que as formas como estas orientações são apresentadas são diversas, e variam conforme o país, cultura e fase da vida a que se destinam (CORRÊA REZENDE; DE MEDEIROS FRAZÃO DUARTE; MELO; DOS SANTOS *et al.*, 2022).

O impacto do consumo de alimentos perpassa a barreira do aspecto físico da saúde, afetando a mente, a sociedade e o meio ambiente, e a utilização de estratégias que buscam concentrar informações referentes às recomendações alimentares e dietéticas, otimizam o papel dos alimentos na promoção de uma melhor saúde do corpo, da mente, da sociedade, bem como do ambiente(NAJA; KHALEEL; ALHAJERI; AJLAN *et al.*, 2023).

Compreender a forma como estas estratégias comunicam a mensagem da fonte da informação para o público-alvo é um papel da Ciência da implementação e disseminação, que busca implementar práticas baseadas em evidências (ASHCRAFT; MOON; MERLIN; EACK *et al.*, 2022). Nesta análise, é possível identificar barreiras e facilitadores quantificando e comparando determinantes para informar qual seria a melhor estratégia de implementação para uma intervenção em

saúde, alinhada às preferências dos *stakeholders* (LEWIS; METTERT; DORSEY; MARTINEZ *et al.*, 2018).

Definida como a metodologia usada para alcançar a adoção, implementação e sustentabilidade de um programa ou prática clínica, a estratégia de implementação de um estudo é importante para gerar medidas válidas de seu resultado (WEINER; LEWIS; STANICK; POWELL *et al.*, 2017). Considerando que o uso de diferentes estratégias em um estudo de implementação pode acessar diferentes percepções dos atores envolvidos (POWELL; WALTZ; CHINMAN; DAMSCHRODER *et al.*, 2015), testar diferentes estratégias com base no conceito de Recomendações de Especialistas para Implementação de Mudanças (ERIC) (WALTZ; POWELL; MATTHIEU; DAMSCHRODER *et al.*, 2015) pode permitir entender como mudanças discretas no curso da implementação podem apoiar uma mudança na prática. O domínio de treinamento e educação, focado na transmissão de conhecimentos e habilidades por meio de sessões ao vivo, e o domínio de alcance educacional, facilitando a aprendizagem autodirigida por meio de materiais educacionais, são duas estratégias que podem ser usadas para elucidar aspectos do envolvimento organizacional.

Este estudo teve como objetivo avaliar a prontidão organizacional de profissionais de saúde de nível superior envolvidos nas consultas individuais e domiciliares de puericultura, incluindo enfermeiros, dentistas e médicos da Estratégia Saúde da Família, em relação à implementação de um Guia de introdução alimentar alinhado com um Guia Alimentar Baseado em Alimentos (GABA) para crianças de 0 a 2 anos de idade. A investigação utilizou três estratégias de implementação distintas dentro do contexto da APS em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A hipótese subjacente sugere que serão observadas variações negligenciáveis entre as categorias profissionais. No entanto, antecipa um desempenho superior de ambos os grupos de intervenção em comparação ao grupo controle, aumentando assim a entrega da intervenção de forma coesa e interdisciplinar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO E SEUS CONCEITOS

A Ciência de Implementação (CI) estuda maneiras de implementar novas abordagens na prática rotineira dos serviços de saúde utilizando evidências científicas sólidas e éticas, além da utilização de modelos teóricos apropriados para coleta de dados, propiciando uma melhor análise sobre o sucesso ou fracasso de uma possível intervenção (BOMFIM, 2021).

Os modelos conceituais facilitam a interpretação dos dados, além de permitirem que, por meio da generalização, a pesquisa tenha uma maior eficiência que possibilita conclusões de maior relevância (KEITH; CROSSON; O'MALLEY; CROMP *et al.*, 2017). Funcionando como uma maneira sistemática na condução, desenvolvimento e avaliação das intervenções, os principais modelos teóricos da CI são: RE-AIM e CFIR (RAINE; FITZPATRICK; BARRATT; BEVAN *et al.*, 2016).

A estrutura RE-AIM orienta a avaliação abrangente das intervenções em termos de Alcance, Eficácia, Adoção, Implementação e Manutenção (sustentabilidade), e os autores alertam que todas as cinco dimensões do RE-AIM são igualmente importantes, porém esse fato pode ser confrontado dependendo da implementação a ser realizada (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999).

O Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) realiza a avaliação dos contextos, identificando fatores que possam influenciar o processo e o resultado da implementação proposta (DAMSCHRODER; ARON; KEITH; KIRSH *et al.*, 2009). A análise qualitativa do CFIR contém 5 domínios chaves em relação à implementação: características da intervenção, cenário externo, cenário interno, característica dos indivíduos e processo que possuem 26 construtos que interagem entre si e permitem identificar barreiras ou fragilidades durante a implementação (BOMFIM, 2021).

O CFIR ajuda a orientar a avaliação das intervenções para construir o conhecimento sobre o que funciona em diferentes configurações (KEITH; CROSSON; O'MALLEY; CROMP *et al.*, 2017). A avaliação do cenário permite que os demais aspectos relevantes às implementações, como a prontidão organizacional, sejam estudados e validados.

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.

A APS, porta de entrada do usuário do SUS, permite compreender a realidade por meio da territorialização, com amplo conhecimento sobre o contexto social e indicadores epidemiológicos envolvidos nos hábitos nutricionais de uma população (MAIS; DOMENE; BARBOSA; TADDEI, 2014).

Sendo a APS, segundo a PNAB, 2017, "desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido", reconhecer a necessidade dos usuários é tão importante quanto aplicar mecanismos que melhorem a atenção, adotando estratégias que aumentem o escopo dos serviços ofertados nas Unidades de Saúde da APS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) reúne as ações de prevenção da APS e tem papel de centralidade nos investimentos governamentais que buscam a reorientação do modelo de atenção à saúde (MORAES DOS SANTOS; ZAFALON; BOMFIM; KODJAOGLANIAN *et al.*, 2019), porém, mesmo com a expansão crescente do modelo assistencial proposto, aprimorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, de forma concomitante com a qualificação profissional, é indispensável para gerar maiores impactos nos indicadores de saúde (DE ALMEIDA FILHO, 2013).

Implantar estratégias em todos os níveis do modelo socioecológico para abordar as barreiras comuns que impedem ações de implementação, considerando os determinantes sociais em saúde (SACCA; SHEGOG; HERNANDEZ; PESKIN *et al.*), permite identificar e selecionar métodos fundamentais para uma implementação bem-sucedida (HULL; ATHANASIOU T FAU - RUSS; RUSS).

Os diagnósticos nos serviços da APS e possíveis elaborações de políticas públicas no setor, podem trazer benefícios para os trabalhadores da saúde e conseqüentemente, para a população (MAIS; DOMENE; BARBOSA; TADDEI, 2014). Sendo a prontidão organizacional relacionada ao quanto os profissionais de determinada organização estão preparados para implementar mudanças, mais do que idealizar estratégias, é preciso viabilizar sua aplicação partindo do princípio de que esta seja aceita pelos autores de sua implementação, tornando necessário elaborar mecanismos que possam avaliar a aceitação de mudanças nos serviços de saúde (SHEA; JACOBS; ESSERMAN; BRUCE *et al.*, 2014).

2.3 OS PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA: IMPORTÂNCIA NA VIDA ADULTA.

A Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) busca incentivar a oferta de orientações adequadas sobre alimentação complementar nos serviços de saúde, com foco em promover a adesão a hábitos alimentares saudáveis, de forma respeitosa aos hábitos alimentares locais. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, parte da ENPACS, visa encorajar a alimentação complementar adequada para crianças usuárias do Sistema Único de Saúde Brasileiro (CAINELLI; GONDINHO; PALACIO; OLIVEIRA *et al.*, 2021)

O intervalo dos primeiros 1.000 dias de vida se configura pela soma dos 270 dias de gestação, 365 dias do primeiro ano e 365 dias do segundo ano de vida (ABANTO; OLIVEIRA; PAIVA; GUARNIZO-HERREÑO *et al.*, 2022). Este período é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo sendo que os hábitos alimentares maternos, o tipo de amamentação, e a alimentação complementar afetam o risco de desenvolvimento de doenças, já que alterações epigenéticas induzidas por estímulos exógenos podem afetar hereditariamente a expressão dos genes, alterando a estrutura das proteínas da sequência do DNA ou suas interações com outras moléculas (AGOSTI; TANDOI; MORLACCHI; BOSSI, 2017).

Fatores relacionados com a nutrição materna durante a gravidez podem levar à restrição do crescimento fetal além da tendência de adaptação ao depósito de gordura, como mecanismo compensatório de defesa (WU; BAZER; CUDD; MEININGER *et al.*, 2004). Posteriormente, após o nascimento, a modulação endócrina induzida pela composição de nutrientes bioativos do leite humano representa um papel importante no desenvolvimento imunológico e neurocognitivo (AGOSTI; TANDOI; MORLACCHI; BOSSI, 2017).

A Alimentação complementar, sendo assim nomeada pois complementa o consumo do leite materno, deve ter início a partir dos 06 meses de vida de forma lenta e gradual, sendo o início de um período de ampla vulnerabilidade nutricional e enfrentando dificuldades na avaliação da adesão da população às práticas recomendadas (VOSSENAAR M FAU - DOAK; DOAK CM FAU - SOLOMONS; SOLOMONS)

Dentre as dificuldades do processo de insegurança nutricional, está o consumo de alimentos ultraprocessados, uma prática relacionada a vulnerabilidades econômicas (CAINELLI; GONDINHO; PALACIO; OLIVEIRA *et al.*, 2021) e associada

ao excesso de peso corporal, doenças crônicas não transmissíveis, deficiências nutricionais específicas e cárie na primeira infância (DE SOUZA; VAZ; MARTINS-SILVA; BOMFIM *et al.*)

Sendo a cárie dentária a doença crônica mais prevalente em crianças pré-escolares no mundo, e ao fato de que muitos cuidadores ainda acreditam que estes alimentos são nutritivos e saudáveis, é útil explorar a influência do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde (LEME; FISBERG; THOMPSON; PHILIPPI *et al.*, 2019), sendo necessárias intervenções interdisciplinares e multissetoriais dependentes da equipe de saúde destinada à promoção da alimentação saudável e da saúde geral e bucal das crianças.

É preciso estabelecer estratégias para introdução da alimentação complementar de forma adequada, destacando-se a necessidade de capacitação profissional em seu manejo (CAINELLI; GONDINHO; PALACIO; OLIVEIRA *et al.*, 2021). Orientar os profissionais através de novos recursos referentes a alimentação saudável na primeira infância, pode gerar modificações de sucesso no cenário de prática, permitindo aplicar instrumentos que busquem avaliar se a organização de saúde está apta para a inovação segundo seus colaboradores (STORKHOLM; MAZZOCATO; TESSMA; SAVAGE, 2018).

2.4 A INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

A Agenda 2030 da ONU contém os 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável a serem cumpridos de 2015 a 2030, e inclui metas como acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável, garantindo acesso a alimentos seguros e nutritivos durante todo o ano (BRASIL, 2016). A publicação defende que, mais do que acesso à alimentação, é preciso que esta seja feita de forma segura e duradoura, garantindo nutrição ao indivíduo.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, presente na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, é uma estratégia utilizada para cumprir uma diretriz chamada "promoção da alimentação adequada e saudável" que pode ser compreendida como estratégias que procuram proporcionar práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais (BRASIL, 2014). Esta

Política busca oferecer atenção nutricional em todo o ciclo de vida, buscando reorganizar, qualificar e aperfeiçoar ações que proporcionem este objetivo.

A introdução alimentar é um marco importante no estabelecimento de uma alimentação saudável, definição de hábitos alimentares e para prevenção de distúrbios gastrointestinais, incluindo constipação (NEVES; NUNES; SILVEIRA; LIMA *et al.*, 2023). Em estudo realizado por Rapson *et al.*, (RAPSON; VON HURST; HETHERINGTON; MAZAHERY *et al.*, 2022), os resultados demonstram que a manutenção na rotina alimentar dos primeiros alimentos oferecidos à criança faz com que as dificuldades alimentares na primeira infância sejam reduzidas, principalmente relacionadas a vegetais.

2.5 O PAPEL DOS GUIAS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NA VIDA DOS BRASILEIROS

Um Guia Alimentar Baseado em Alimentos (GABA) é um documento que busca dar assistência à população para adesão às recomendações relacionadas à saúde alimentar, com linguagem prática para educação em saúde, além de orientar políticas públicas de saúde, agricultura, alimentação e nutrição a serem pensadas e implementadas (FAO, 2007).

A família brasileira recebe diariamente anúncios alimentares de baixo valor nutricional, com participação de 60% de alimentos ultraprocessados e, diante desse cenário, o uso de GABAs na rotina do serviço de saúde se torna emergencial, buscando orientar de forma guiada a alimentação familiar (MAIA; COSTA; COELHO; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, é o documento oficial do Ministério da Saúde publicado em 2014 que apresenta informações e recomendações alimentares com foco na promoção da saúde da sociedade brasileira de forma duradoura (BRASIL, 2014).

Alinhado a este documento, em 2019 foi publicado o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos com objetivos que permeiam o crescimento e o desenvolvimento infantil, relacionando os hábitos alimentares à identidade e o sentimento de pertencimento social e cultural (OLIVEIRA; SANTOS, 2020). De forma específica, o documento tem um papel importante ao subsidiar os profissionais de saúde no desenvolvimento de ações nutricionais individuais e coletivas inseridas na assistência à saúde e demais setores.

Buscando alcançar e auxiliar as famílias brasileiras nos processos alimentares para crianças dessa faixa etária, incluindo higiene e preparo dos alimentos, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde publicou em 2014 um documento sobre os Dez Passos para a Alimentação Saudável de crianças menores de 2 anos.

, utilizando estratégias-chaves da APS como o atendimento domiciliar (FELDENS; GIUGLIANI; DUNCAN; DRACHLER MDE *et al.*, 2010).

A adequação das práticas alimentares às recomendações do Guia pode estar associada à idade e região de moradia, sendo deficitária principalmente em adultos jovens das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país (GABE; JAIME, 2020). Sabendo que, de acordo com as Estatísticas do Registro Civil publicadas pelo IBGE em 2021 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021), a faixa etária da maioria das mães no Brasil é de 20 a 29 anos, o planejamento de ações de disseminação das recomendações do Guia para sensibilizar a população é essencial.

A forma que as orientações oficiais chegam à população pode apresentar diversos ruídos de comunicação, e podem gerar conhecimento discordante com as recomendações ministeriais, configurando barreiras para divulgação de evidências científicas (GOMES MONTEIRO GDA; MACÁRIO DE ASSIS; ALVIM LEITE; LOURES MENDES, 2016). Divulgar e implementar as orientações do Guia é importante para garantir o acesso à informação de qualidade, e a produção de materiais educativos e protocolos para o aconselhamento nutricional e educação permanente são estratégias utilizadas para a consolidação desse conhecimento (GABE; TRAMONTT; JAIME, 2021).

2.6 PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL E SEU PAPEL NA CONSOLIDAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÕES

A Prontidão Organizacional para mudança é um construto multinível, que se refere à determinação de membros de uma organização em implementar uma mudança e crer na capacidade coletiva dessa implementação (WEINER, 2009). Este conceito é parte importante dos estudos da Ciência de Implementação, que busca inserir, através dos estudos científicos, resultados na prática rotineira dos serviços. Relacionada ao valor e esforço envolvidos nesse processo (STANHOPE; ROSS;

CHOY-BROWN; JESSELL, 2019), a Prontidão Organizacional possui duas principais dimensões relacionadas ao comprometimento e a eficácia da mudança.

Quando em taxas altas, os membros da organização são capazes de exercerem maior esforço para o início de uma mudança, demonstrando persistência e cooperação, fatores que resultam em uma implementação mais efetiva. Ao avaliarem a taxa de prontidão organizacional a nível supraindividual, três determinantes-chaves da capacidade de implementação são analisadas, sendo eles demandas de tarefas, disponibilidade de recursos e fatores situacionais (WEINER, 2009). Neste processo os envolvidos podem ter diferentes percepções: que têm poucas escolhas em não realizar determinada implementação; por se sentirem obrigados a tal e, refletindo em níveis maiores de comprometimento, por enxergarem valor na mudança (HERSCOVITCH; MEYER, 2002).

O instrumento Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC) foi elaborado com base na teoria de prontidão organizacional de Weiner e foi submetido a uma adaptação transcultural e propriedades psicométricas para versão em português (ORIC-Br). De acordo com o estudo de Bomfim, Braff e Frazão (BOMFIM; BRAFF; FRAZÃO, 2020), o instrumento ORIC-Br é útil para acessar, com tempo médio de 5 minutos para sua aplicação, a prontidão organizacional em serviços de saúde principalmente para implementação de novas políticas, inovações ou programas.

Com sua aplicação, é possível avaliar o compromisso, que é a mentalidade que estabelece vínculo de um indivíduo ao curso da ação, e a eficácia, que é a crença compartilhada dos membros da organização em suas capacidades coletivas para organização e execução das ações envolvidas (SHEA et al., 2014). Ambos são medidos numa escala supraindividual, pois não medem o quanto o profissional acha que está preparado para implementar, mas sim, a percepção que este profissional tem da equipe que irá implementar a inovação (BOMFIM; BRAFF; FRAZÃO, 2020).

O diagnóstico na prática de implementação pode identificar barreiras para liderar ativamente o trabalho em equipe e evitar fluxos indesejados, já que instrumentos que analisam mudanças de comportamento, desenvolvidos por cientistas e pesquisadores da Ciência da Implementação, podem evitar a decadência dos principais comportamentos de uma equipe (LIU; PONZER; FARROKHANIA; MASIELLO, 2021)

A sobrecarga de informação, problemas de coordenação e a necessidade de uma memória prospectiva que atinge os trabalhadores da saúde, são identificados como fatores relacionados à perda ou atraso no acompanhamento dos usuários (SMITH; HUGHES; BROWN C FAU - RUSSO; RUSSO E FAU - GIARDINA *et al.*). Estabelecer mudanças que busquem diminuir o impacto das diversas vias de comunicação e artefatos no serviço, requer que os colaboradores envolvidos no processo de trabalho da APS, estejam preparados de maneira psicológica e comportamental (WEINER, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), que se trata do processo de aprendizagem incorporado ao cotidiano do trabalho, é uma estratégia importante para qualificação do corpo técnico para abordar o tema, já que profissionais da saúde indicam que a ausência de qualificação profissional e a insuficiência de acesso a materiais instrutivos são alguns dos fatores que prejudicam o enfrentamento dos agravos associados à nutrição no contexto do SUS (LOPES; FREITAS; CARVALHO; FERREIRA *et al.*, 2021).

A qualificação da força de trabalho é uma ação estratégica no âmbito da promoção da saúde na APS, que é um espaço que permite, por ser porta de entrada do usuário além de organizada de forma descentralizada, a maior abrangência das ações voltadas para este fim (RICARDI; DE SOUSA, 2015). Portanto, avaliar qual a melhor e mais aceita estratégia para realizá-la, podem identificar e minimizar a discrepância entre os níveis de desempenho atuais e os desejados no futuro dentro dos serviços de saúde (LEEMAN *et al.*, 2013), permitindo identificar qual a melhor forma de preparar a equipe de maneira psicológica e comportamental para estabelecimento de mudança no serviço, além de que tornar a avaliação a nível assistencial um fator intrínseco na cooperação ao planejamento de políticas públicas dentro da gestão pode gerar resultados de sucesso (WEINER, 2009) .

2.7 LOCAL DE PESQUISA: INFORMAÇÕES E CONTEXTO

Esta pesquisa foi realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul com a finalidade de pesquisar e aplicar mecanismos de avaliação da aceitação de mudança no serviço, combinados a uma intervenção para melhoria dos indicadores em populações vulneráveis, pode facilitar a compreensão das fragilidades nos serviços de saúde.

Mato Grosso do Sul é um estado localizado na região centro-oeste que, de acordo com o Censo IBGE 2022 possui 2.757.013 pessoas, com densidade demográfica de 7,72 habitante por quilômetro quadrado e renda per capita de R\$ 1.839,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). A cobertura populacional de Equipe de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (AB) mantém-se acima de 64,22 e 71,74%, respectivamente (GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL, 2020).

O Município de Campo Grande é capital do estado do Mato Grosso do Sul, e a população recenseada em 2023 é de 897.938 pessoas, sendo 8,7% de sua população pertencente à faixa etária de 0 a 5 anos, com renda per capita de R\$ 1.246,75, com sistema de abastecimento de água de Campo Grande para cerca de 99,9% da população e o sistema de esgotamento sanitário com coleta e tratamento disponível para 83,96% da população (PREFEITURA DE CAMPO GRANDE, 2021).

Segundo o Plano Municipal de Saúde vigente dos anos 2022 a 2025, a Secretaria de Saúde do município (SESAU) possui 06 superintendências que possibilitam a organização do Sistema de Saúde Público da cidade. Além disso, seu território é dividido em 07 distritos sanitários desde a publicação deste Plano Diretor. A APS de Campo Grande possuía, no ano de 2021, 72 Unidades de Atenção Primária à Saúde (58 Unidades de Saúde da Família – USF e 14 Unidades Básicas de Saúde - UBS), 177 equipes de Saúde da Família (ESF), 154 equipes de Saúde Bucal (ESB) e 47 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde (EACS); 16 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP), 01 equipe de Consultório na Rua (eCR) e 06 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) .

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- a. Avaliar a prontidão organizacional dos profissionais de diferentes categorias na APS na implementação de uma cartilha de introdução alimentar para crianças de 0 a 2 anos.
- b. Avaliar qual a melhor estratégia de implementação no contexto da APS.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar qualitativamente as barreiras e facilitadores para implementação de cartilha de introdução alimentar.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Este estudo experimental de implementação foi conduzido utilizando uma abordagem longitudinal de métodos mistos, com coleta de dados primários realizada em 8 Unidades de Atenção Primária à Saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de maio de 2022 a janeiro de 2024. Com o objetivo de acessar a prontidão organizacional de profissionais envolvidos nas consultas de puericultura, o desenho do estudo foi incorporado para executar um ensaio de implementação. Os grupos de intervenção, ou clusters, foram delineados com base nas estratégias específicas de implementação empregadas, conforme delineado no framework de Recomendações de Especialistas para Implementação de Mudanças (ERIC) (POWELL; WALTZ; CHINMAN; DAMSCHRODER *et al.*, 2015). A análise qualitativa, empregando os domínios do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), foi conduzida individualmente com os participantes durante a fase pré-implementação. A análise quantitativa foi realizada tanto antes quanto após a implementação, estruturada de acordo com a estratégia de cluster.

4.2 ESTUDO DE IMPLEMENTAÇÃO

A abordagem ao paciente e sua família foi feita somente pelo profissional da equipe, de forma que não houve acompanhamento ou contato dos pesquisadores com o paciente em nenhum contexto, seja ele comunicativo ou clínico. A inserção da cartilha poderia ser feita em consulta dentro das Unidades de Saúde da APS ou em atendimento domiciliar.

Considerando que o uso de matrizes orienta a descrição consistente de estratégias de implementação na literatura, foram utilizadas abordagens contidas no instrumento Recomendações de Especialistas para Implementação de Mudanças (ERIC). A estratégia de desenvolvimento para posterior distribuição de um material

educativo foi utilizada de forma a dinamizar a relação entre profissionais e usuários e suas famílias.

Durante a Pesquisa qualitativa, buscando a sustentabilidade da implementação, foram utilizadas estratégias para identificação de barreiras e potencialidades do estudo, papel realizado pelo instrumento CFIR. No momento posterior, foi importante estabelecer grupos com diferentes estratégias educacionais, buscando identificar as melhores estratégias de implementação no contexto apresentado.

Dada a importância da avaliação de prontidão de uma organização, a realização de feedbacks por meio de reuniões educativas e treinamentos durante a condução, permitiram o reexame proposital à implementação, permitindo associar a prontidão organizacional com as melhores estratégias de implementação.

4.3 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO

A intervenção foi realizada por meio de aplicação de Cartilha elaborada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Apêndice A), em momento que antecedeu este estudo. Ela contém orientações sobre introdução alimentar como: ambiente das refeições, cardápio conforme idade, preparo de refeições e grupos alimentares. O público-alvo que o instrumento pretendeu alcançar foram crianças de 0 a 2 anos.

Seguindo as características do Planejamento Estratégico Situacional (elaborar o desenho das operações; identificar os nós críticos; identificar os recursos críticos; analisar a viabilidade do plano e elaboração do mesmo) após aplicação da vertente de observação *in loco* do método da Estimativa Rápida Participativa (SANTOS; CAZOLA; CUNHA, 2021), principalmente pela observação dos atendimentos realizados em consultório em uma Unidades de Saúde da APS do município de Campo Grande, foram percebidas dificuldades durante as consultas de puericultura.

Foram observadas algumas barreiras como: dificuldade de higiene bucal, ganho de peso fora da curva normal dos marcos de desenvolvimento e dificuldade na manutenção do aleitamento materno até os 2 anos de idade. Após discussão de caso clínico dentro do espaço reservado de reunião de equipe, foi possível identificar que todas as dificuldades estavam relacionadas a alguns fatores como a introdução alimentar deficitária e falta de orientação para crianças de até 2 anos de idade.

Observando as dificuldades encontradas durante as consultas de puericultura, elaborar uma estratégia nutricional simples e acessível para toda a população, sendo um esquema fácil de ser seguido em meio à rotina existente com bebês a partir de 06 meses, se tornou um importante desafio para garantir a nutrição das crianças atendidas.

Após percepção de dificuldade de entendimento das mães sobre as orientações contidas dentro da Caderneta da Criança, na aba “Alimentando para garantir a saúde”, a equipe multiprofissional começou a coletar bibliografia para confecção de cartilha de introdução alimentar. Inicialmente foi realizada confecção de cartilha alimentar como estratégia para abordagem de mães e crianças quanto à necessidade de uma alimentação adequada.

Sua elaboração visou estratégias nutricionais simples e acessíveis para toda a população, sendo um esquema fácil de ser seguido por famílias com bebês de 06 meses em meio à rotina existente no serviço. Esta esquematiza os melhores horários e alimentos a serem oferecidos em relação às orientações presentes na caderneta da criança e no Guia Alimentar.

Buscando implementar um instrumento simples, a cartilha trata-se da sistematização das recomendações do Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 02 anos de forma fácil e ilustrada. Após sua elaboração, foi solicitada revisão por nutricionista participante de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família do município. A cartilha possui imagens que facilitam a compreensão dos responsáveis e busca atender a população de maneira impressa ou virtual (via QR CODE). Essa escolha foi feita devido às diferentes realidades e vulnerabilidades das microáreas da unidade de confecção, incluindo dificuldades na leitura ou analfabetismo.

O processo de validação da Cartilha de Introdução Alimentar foi feito por uma equipe formada por uma enfermeira, uma dentista e uma nutricionista, com base no Guia Alimentar para a população menor de 02 anos, que passou por consulta pública em 2019. Esse enfoque multidisciplinar garantiu uma abordagem abrangente e embasada, considerando diferentes perspectivas e expertise na área da saúde infantil.

A aplicação inicial do instrumento foi conduzida buscando assegurar a confiabilidade e a validade do instrumento, preparando-o para sua utilização em contextos clínicos e de pesquisa com a máxima eficácia e precisão. Para orientar a aplicação de mudança durante o atendimento de puericultura de pacientes nas 08 equipes pertencentes à USF Tiradentes, foi realizada apresentação do instrumento

elaborado às equipes. Este passo foi realizado a partir da apresentação em reunião de equipe para toda a equipe técnica pertencente a ela. Foram realizadas intervenções de 10 minutos no período de reunião e algumas ações pontuais com profissionais que não puderam participar destas. A apresentação foi dividida em três fases: apresentação do projeto, explicação da participação e fase de sugestões para aprovação.



Figura 1 - Apresentação da Cartilha e do método de implementação às equipes.
Fonte: Própria.

A implementação começou a ser realizada, após orientação de que todos os profissionais pertencentes à equipe poderiam distribuir a cartilha, de modo a ser um folheto informativo. Foi realizada semanalmente contagem das cartilhas nos consultórios e conferência da aba inserida nas planilhas de vigilância com o nome de "Orientação alimentar e entrega de Cartilha".

A ação de implementação foi reafirmada com os profissionais semanalmente por meio de lembrete fixados nos computadores dos consultórios e mensagens no grupo de equipe existente no aplicativo "Whatsapp". A mensagem enviada continha a seguinte mensagem "Relembro a importância da entrega das cartilhas, se não for possível preenchimento de planilha de acompanhamento, enviar quantidade entregue neste aplicativo".

Os resultados prévios na unidade de confecção demonstraram uma porcentagem de apenas 34,48% de alcance aos usuários de 0 a 2 anos registrados

em planilhas de vigilância das equipes, números que identificam a fragilidade na prontidão organizacional dos profissionais inseridos nos serviços de saúde para atendimento de puericultura com a introdução da cartilha alimentar, tendo em vista que, à nível organizacional, os membros de uma organização devem estar comprometidos com a inovação, gerando um estado psicológico que seja compartilhado pelos profissionais que trabalham no serviço (BOMFIM; BRAFF; FRAZÃO, 2020). Com a baixa adesão inicial, esta pesquisa buscou ampliar a abrangência da implementação para compreender a prontidão organizacional a nível municipal, além de buscar identificar a melhor estratégia para essa implementação.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram os profissionais da APS atuantes nas Unidades de Atenção Primária do Município de Campo Grande/MS. Os envolvidos possuem formação de nível superior nas categorias médica, enfermagem e odontológica.

O critério de inclusão foi que estivesse trabalhando na unidade independentemente do sexo, idade, anos de graduação e atuação na unidade. Os critérios para exclusão de profissionais foram menores de 18 anos de idade ou caso estivessem afastados das atividades.

4.5 AMOSTRAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA

Elencadas as 72 Unidades da APS do Município (Quadro 1), as unidades foram selecionadas por meio de um sorteio na plataforma digital online "Sorteie.me". O sorteio foi realizado com supervisão dos pesquisadores GSB e RAB, de forma a englobar todos os distritos sanitários da cidade, distribuindo as unidades sorteadas em clusters por meio de um segundo sorteio. Foram selecionados todos os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos atuantes nas unidades de saúde, conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da APS de Campo Grande, distrito e quantidade de equipes registradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (continua).

DISTRITO	TOTAL 72	UNIDADE	EQUIPES
SEGREGDO	1	Sesau UBS Bairro Coronel Antonino	4
	2	Sesau UBS Dr Willian Macksoud Estrela do Sul	4
	3	Sesau USF Dr Milton Kojo Chinen Vila Nasser	4
	4	Sesau USF Dr Roger Buainain Rochedinho	1
	5	Sesau USF Dra Alda Guedes Garcia Oliveira Jardim Azaleia	3
	6	Sesau USF Pedro Felix de Souza Paradiso	2
	7	Sesau USF Mestre Jose Alberto Veronese Seminario	1
	8	Sesau USF Dr Elias Nasser Neto Jose Abrao	1
	9	Sesau USF Dr Fernando de Arruda Torres Jose Tavares	3
	10	Sesau CF Dra Marcia de Sa Earp Nova Lima	4
	11	Sesau USF Sao Benedito	1
	12	Sesau USF Sao Francisco	4
	13	Sesau USF Aquino Dias Bezerra Vida Nova	3
	14	Sesau USF Vila Cox Santa Luzia	3
PROSA	1	Sesau USF Dr Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto	3
	2	Sesau USF Dr Joao Miguel Basmage Estrela Dalva	4
	3	Sesau USF Jardim Noroeste	4
	4	Sesau USF Dra Marly Anna Tatton Berg G Pereira Maraba	2
	5	Sesau USF Conselheiro de Saude Edney A Decampos Nova Bahia	3

Fonte: SESAU/2022

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da APS de Campo Grande, distrito e quantidade de equipes registradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (continuação).

DISTRITO	TOTAL 72	UNIDADE	EQUIPES
ANHANDUIZINHO	1	Sesau UBS Dr Joao Pereira da Rosa Aero Rancho	3
	2	Sesau UBS Eng Arthur Hokama Dona Neta Guanandi	4
	3	Sesau UBS Dr Jorge David Nasser Jockey Club	3
	4	Sesau UBS Dr Celso Lacerda de Azevedo Pioneira	2
	5	Sesau USF Dr Nelson Tokuei Simabukuro Aero Rancho IV	3
	6	Sesau USF Dr Walfrido Azambuja Alves Pereira	3
	7	Sesau USF Dr Bento de Assis Machado Anhandui	2
	8	Sesau USF Dr Olimpio Cavalheiro Cohab	2
	9	Sesau USF Dr Elizabeth Wanderle Tobaru Botafogo	4
	10	Sesau CF Dr Mauro R Barros Wanderley Iracy Coelho	4
	11	Sesau USF Sebastiao Luiz Nogueira Los Angeles	4
	12	Sesau USF Dr Soni Lydia Souza Wolf Macaubas	4
	13	Sesau USF Dr Wagner Jose Bortotto Garcia Mario Covas	3
	14	Sesau USF Nova Esperanca	2
	15	Sesau USF Dr Benjamim Asato Parque do Sol	4
	16	Sesau USF Paulo Coelho Machado	4
	17	Sesau USF Dr Evandro M de Arruda Dom Antonio	3
	18	Sesau USF Dra Regia Jussara F de Barros Aero Rancho Granja	2
BANDEIRA	1	Sesau UBS Dr Astrogildo Carmona Carlota	4
	2	Sesau USF Dr Antonio Pereira Tiradentes	8
	3	Sesau UBS Dr Germano Barros de Souza Universitario	4
	4	Sesau USF Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III	6
	5	Sesau USF Dr Vicente Fragelli Cidade Morena	2

Fonte: SESAU/2022

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da APS de Campo Grande, distrito e quantidade de equipes registradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (continuação).

DISTRITO	TOTAL 72	UNIDADE	EQUIPES
BANDEIRA	6	Sesau USF Edson Quintino Mendes Jardim Itamaraca	4
	7	Sesau USF Maria Aparecida Pedrossian	3
	8	Sesau USF Dr Carlos A Jurgielewcz Cristo Redentor	3
	9	Sesau USF Dr Edgar Pedro Raupp Sperb Arnaldo	2
	10	Sesau USF Dra Maria Jose de Pauli Tres Barras	1
LAGOA	1	Sesau UBS Dr Ivan Hidelbrand da Costa Buriti	4
	2	Sesau UBS Dr Alberto Neder Caicara	4
	3	Sesau USF Alfredo Neder Coophavila II	6
	4	Sesau USF Dr Hirose Adania Bonanca	2
	5	Sesau USF Dr Nelson Assef Buainain Jardim Antartica	3
	6	Sesau USF Dr Helio Martins Coelho Batistao	4
	7	Sesau USF Benedito Martins Goncalves Oliveira II	4
	8	Sesau CF Maria de Lourdes dos Santos Portal Caioba	4
	9	Sesau USF Pastor Eliseu Feitosa de Alencar Sao Conrado	3
	10	Sesau USF Dr Emilio Garbeloti Neto Taruma	4
	11	Sesau USF Maria Ivone de O Nascimento Arakaki Vila Fernanda	3
IMBIRUSSU	1	Sesau UBS Dr Nicolau Fragelli Lar do Trabalhador	3
	2	Sesau UBS Dra Eleonora M Quevedo Silvia Regina	3
	3	Sesau UBS Dr Vespasiano Barbosa Martins Vila Popular	2
	4	Sesau USF Herberto Calado Rebelo Aero Italia	4
	5	Sesau USF Manoel Cordeiro Aguao	1
	6	Sesau USF Ana Maria do Couto	3
	7	Sesau USF Dr Albino Coimbra Santa Carmelia	3

Fonte: SESAU/2022

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da APS de Campo Grande, distrito e quantidade de equipes registradas no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (conclusão).

DISTRITO	TOTAL 72	UNIDADE	EQUIPES
IMBIRUSSU	8	Sesau USF Manoel Secco Thome Indubrasil	2
	9	Sesau USF Dr Sumie Ikeda Rodrigues Serradinho	5
	10	Sesau USF Dr Syrzil Wilson Maksoud Sirio Libanes	2
	11	Sesau USF Dr Jurandyr de Castro Coimbra Ze Pereira	3
CENTRO	1	Sesau UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto	3
	2	Sesau USF Vila Carvalho	1
	3	Sesau USF Vila Corumba	1

Fonte: SESAU/2022

O cálculo amostral em um projeto de implementação deve ser realizado de modo a ser válido para resultar em uma perspectiva a nível sistêmico de determinada intervenção. O cálculo amostral foi realizado no software STATA v.14 (College station, TX, EUA). Para isso, foi calculado o número de clusters necessários para detectar uma diferença de proporção de 40% em relação à prontidão organizacional (discorda/discorda um pouco) versus (concorda/ concorda um pouco) entre grupos controle (que teriam 30% dos profissionais com prontidão organizacional) versus intervenção síncrona ou assíncrona (que passariam a ter 70% dos profissionais com prontidão organizacional), variância encontrada em estudos de implementação (KRUSZYŃSKA-FISCHBACH; SYSKO-ROMAŃCZUK; NAPIÓRKOWSKI; NAPIÓRKOWSKA *et al.*)

Foi utilizada a função `clustersamplesim` considerando uma amostra fixa de 9 profissionais da saúde (entre médicos, dentistas e enfermeiros) por unidade de saúde. Para os parâmetros especificados, p_1 (controle): 0,3000, p_2 (intervenção): 0,7000, nível de significância: 0,05, poder: 0,80, ajuste das medidas de linha de base (correlação): 0,00, tamanho médio do cluster: 9, correlação intracluster (ICC): 0,01, coeficiente de variação (de tamanhos de cluster): 0,00, e assumindo a randomização individual, o tamanho da amostra por braço seria de 21 profissionais da saúde, o que permitiu a randomização por cluster com efeito de desenho de 1,08, atingindo o

tamanho da amostra por braço de: 36 (intervenção e controle), com número de unidades de saúde por cluster de 4.

Dessa forma, foi realizado sorteio de 4 unidades de saúde para grupo controle e 4 unidades de saúde para o grupo intervenção (2 síncronas e 2 assíncronas), com nível de significância 5%, poder de 80%, tamanho médio de profissionais em cada unidade de 9 (3 equipes), correlação intracluster de 0,01 conforme Figura 2.

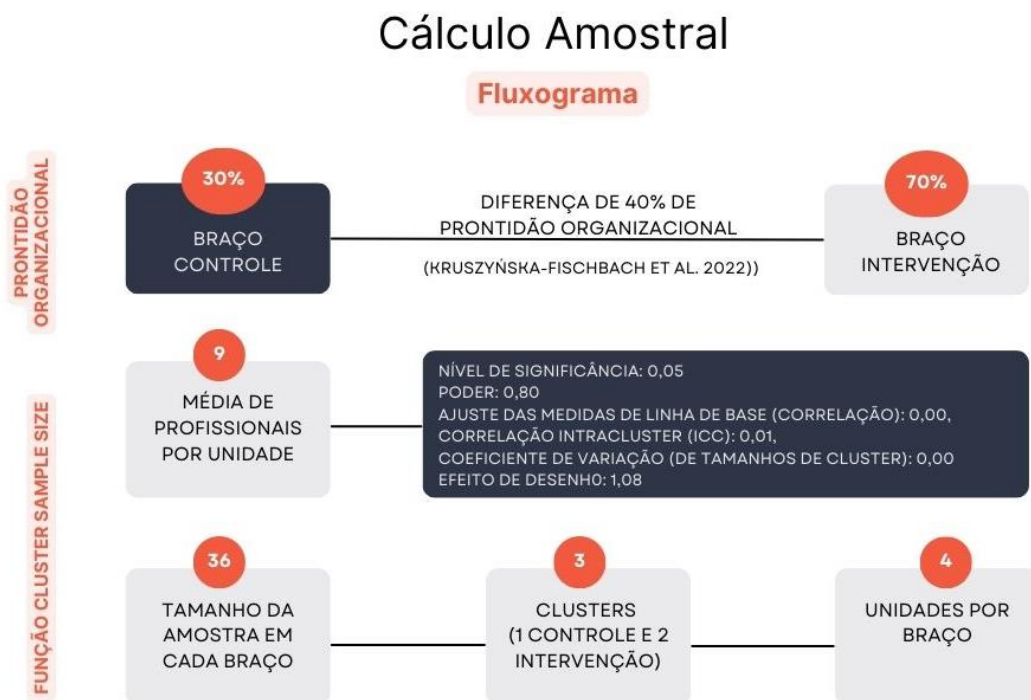


Figura 2 – Cálculo amostral realizado utilizando a *Função Cluster Sample Size* para alcançar possível diferença de prontidão organizacional entre os braços controle e intervenção.

Fonte: Própria.

4.6 COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS

4.6.1 Pesquisa Qualitativa

Foi realizada entrevista estruturada qualitativa prévia à intervenção, como forma de avaliar a sustentabilidade da ação. Essa entrevista foi feita após o profissional compreender os objetivos da pesquisa e foi gravada utilizando um gravador de voz em um aparelho celular, transcritas para análise qualitativa posterior e armazenadas em arquivos digitais, e somente os pesquisadores tinham acesso às mesmas. Os trechos transcritos foram sintetizados e mapeados por meio do Quadro

Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação – CFIR (DAMSCHRODER; ARON; KEITH; KIRSH *et al.*, 2009).

A análise qualitativa do CFIR contém 5 domínios chaves em relação à implementação: Características da intervenção, Cenário externo, Cenário interno, Característica dos indivíduos e Processo. Cada um deles possuem construtos que permitem identificar falas que sinalizam barreiras ou potencialidade no momento pré-implementação conforme detalhamento do Quadro 2.

Quadro 2. Descritivo dos domínios, constructos e definições do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) (continua).

DOMÍNIO	CONSTRUCTO	DEFINIÇÃO
I. CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	Origem Da Intervenção	Percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida internamente ou externamente.
	Força E Qualidade Da Evidência	Percepção dos interessados de que a validade da evidência sustentam que a Intervenção terá resultados desejados.
	Vantagem Relativa	Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção versus uma solução alternativa.
	Adaptabilidade	Em que medida a intervenção pode ser adaptada/moldada/refinada/reinventada para atender as necessidades locais.
	Testabilidade	A habilidade de testar a intervenção em pequena escala na organização e ser capaz de reverter se necessário.
	Complexidade	Dificuldade percebida da implementação, refletida pela duração/escopo/radicalidade/perturbação/centralidade/ complexidade/ passos necessários para implementar.
	Qualidade Do Projeto E Da Apresentação	Excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada.
II. CENÁRIO EXTERNO	Necessidade Dos Pacientes E Recursos	Em que medida as necessidades dos pacientes, assim como as barreiras e facilitadores para suprir essas necessidades são conhecidos com precisão e priorizados pela organização
	Cosmopolitanismo	Em que medida uma organização é ligada em rede a outras organizações externas.
	Pressão Dos Pares	Pressão mimética ou competitiva para implementar uma intervenção; tipicamente porque a maioria das organizações ou outra organização-chave similar ou concorrente já implementou ou há uma luta por uma vantagem competitiva.
	Políticas E Incentivos Externos	Inclui estratégias externas para disseminar intervenções, incluindo políticas e regulações (governamentais ou de outras entidades centrais), determinações externas, recomendações e diretrizes, pagamento por desempenho, colaborativas e relatório público ou de referência.

Fonte: Adaptado de Damschroder et al., 2009;

Quadro 2. Descritivo dos domínios, constructos e definições do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) (continuação).

DOMÍNIO	CONSTRUCTO	DEFINIÇÃO
III. CENÁRIO INTERNO	Características Estruturais	A arquitetura social, idade, maturidade e tamanho de uma organização
	Redes De Relações E Comunicação	Natureza e qualidade das redes de relações sociais e, natureza e qualidade da comunicação formal e informal numa organização.
	Cultura	Normas, valores e premissas básicas de uma determinada
	Clima De Implementação	<p>A capacidade de absorção para mudança, receptividade compartilhada para uma intervenção entre os indivíduos envolvidos e, em que medida a utilização de tal intervenção será recompensada, apoiada e esperada na organização.</p> <p><u>Tensão para mudanças</u>: Em que medida os principais interessados enxergam a situação atual como intolerável.</p> <p><u>Compatibilidade</u>: Alinhamento às normas, valores, riscos e necessidades percebidas pelos indivíduos; como a intervenção se encaixa nos fluxos e sistemas de trabalho existentes.</p> <p><u>Prioridade relativa</u>: Percepção partilhada entre os indivíduos sobre a importância da implementação..</p> <p><u>Incentivos e recompensas organizacionais</u>: Incentivos extrínsecos (metas, revisão de desempenho, promoções, aumentos salariais) e outros incentivos menos tangíveis, tais como aumento da importância ou respeito.</p> <p><u>Metas e Retroalimentação</u>: Em que medida as metas são comunicadas, tratadas e retroalimentadas à equipe.</p> <p><u>Clima de aprendizagem</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. os líderes expressam a sua falibilidade e necessidade de assistência e contribuição dos membros da equipe; 2. os membros da equipe sentem que são essenciais, valorizados e parceiros no processo de mudança; 3. os indivíduos se sentem psicologicamente seguros para tentar novos métodos; 4. há tempo e espaço suficiente para a reflexão e avaliação.
	Prontidão Para Implementação	<p>Indicadores tangíveis e imediatos do compromisso da organização na sua decisão de implementar a intervenção.</p> <p><u>Compromisso da liderança</u>: Compromisso/desenvolvimento/responsabilização dos líderes com a implementação.</p> <p><u>Recursos disponíveis</u>: O nível dos recursos alocados para a implementação e operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo.</p> <p><u>Acesso à informação e ao conhecimento</u>: Facilidade de acesso à informação assimilável e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-los às tarefas do trabalho.</p>

Fonte: Adaptado de Damschroder et al., 2009.

Quadro 2. Descritivo dos domínios, constructos e definições do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) (conclusão).

DOMÍNIO	CONSTRUCTO	DEFINIÇÃO
IV. CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS	Conhecimento E Crenças Sobre A Intervenção	Atitudes individuais em relação à intervenção e valores atribuídos à intervenção, assim como a familiaridade com fatos, verdades e princípios relacionados à intervenção.
	Autoeficácia	Crença individual na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação.
	Estágio Individual De Mudança	Caracterização da fase em que um indivíduo está, à medida que ele ou ela avança para um uso habilidoso, entusiasmado e sustentável da intervenção.
	Identificação Individual Com A Organização	Um constructo amplo relacionado à como os indivíduos percebem a organização, seu relacionamento e grau de compromisso com essa organização.
	Outros Atributos Pessoais	Um constructo amplo que inclui outros traços pessoais, como tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem.
V. PROCESSO	Planificação	Em que medida um projeto ou método de conduta e tarefas para implementar a intervenção são desenvolvidos antecipadamente e a qualidade desses projetos ou métodos.
	Engajamento	<p>Atração e envolvimento das pessoas certas na implementação e no uso da intervenção por meio de uma estratégia combinada de marketing social, educação, profissionais modelos de conduta, treinamento e outras atividades similares.</p> <p><u>Líderes de Opinião</u>: Indivíduos da organização que têm influência formal ou informal sobre as atitudes e as convicções dos seus colegas, a respeito da implementação da intervenção.</p> <p><u>Líderes Formalmente Designados Internamente para a Implementação</u>: Indivíduos dentro da organização que foram formalmente designados responsáveis para implementar uma intervenção, como coordenadores, gestores de projeto, líderes de equipe ou outra posição similar.</p> <p><u>Apoiadores</u>: Indivíduos que se dedicam a apoiar, difundir e reforçar a implementação, superando a indiferença ou resistência que a intervenção possa enfrentar numa organização.</p> <p><u>Agentes Externos de Mudança</u>: Indivíduos que são afiliados a uma entidade externa, que formalmente influencia ou facilita decisões de intervenções numa direção desejável.</p>
	Execução	Executar ou concluir a implementação de acordo com o plano.
	Reflexão E Avaliação	Retroalimentação quantitativa e qualitativa sobre o decurso e a qualidade da implementação, acompanhada de atualizações regulares individuais e para a equipe sobre o progresso e a experiência.

Fonte: Adaptado de Damschroder et al., 2009

Buscando uma análise individual, para complementar a visão organizacional verificada pela análise quantitativa deste estudo, além de permitir o relato mais amplo do profissional - permitindo compreender dificuldades ou facilidades na intervenção - as perguntas da entrevista foram orientadas para adequação aos domínios contidos no Instrumento CFIR (Quadro 3).

Quadro 3 - Orientação Para Entrevista Estruturada Qualitativa.

Perguntas	Domínio CFIR a ser identificado
1. Existe intenção do profissional em aderir ao guia como prática ao serviço	Característica dos indivíduos
2. Qual a relevância dessa intervenção para você como profissional da APS?	Características da intervenção
3. Você acredita que o serviço aceita esta intervenção?	Cenário Interno, Processo
4. Você acredita que esta intervenção tem viabilidade de manutenção dentro da APS?	Cenário externo, Processo

Fonte: própria.

Os entrevistados possuem formação superior em enfermagem, medicina ou odontologia. Todos os participantes desempenham função assistencial em uma equipe de saúde na APS do município de Campo Grande - MS. Os participantes informaram livremente sobre suas opiniões quanto à organização, as qualidades e fragilidades do atual sistema de saúde do município, seu conhecimento e informações sobre a introdução alimentar e suas opiniões relacionadas à implementação sugerida pelo estudo.

O modelo transcrito com as narrativas codificadas e mapeadas nos domínios do CFIR conforme as palavras-chave elencadas para identificar qual seriam os construtos envolvidos nas falas dos participantes, foram importantes para identificar e classificar quais as barreiras e facilitadores e ainda onde elas podem surgir durante a implementação da cartilha de introdução alimentar no manejo da introdução alimentar inserida na APS.

4.6.2 Pesquisa Quantitativa

A prontidão organizacional os profissionais, foi mensurada por meio de aplicação de questionário ORIC-Br (Anexo A). O questionário mede a prontidão

organizacional conforme uma escala likert que tem os valores entre 1 a 5 para cada questão, sendo 1 (discorda) e 5 (concorda).

O questionário foi aplicado duas vezes, uma previamente à implementação e outra posteriormente, com finalidade de permitir a comparação pré e pós-intervenção. Foram incluídas todas as equipes de saúde da família dentro das unidades de saúde, divididas em três Clusters, C1, C2 e C3 conforme a aplicação de Cartilha elaborada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e dependente do tipo de educação permanente recebida durante a intervenção.

4.6.3 Divisão em Clusters

Sendo um estudo de múltiplas intervenções, foi realizado a partir da divisão em três clusters (WOLFENDEN; FOY; PRESSEAU; GRIMSHAW *et al.*, 2021) sendo que em todos foi mensurado a prontidão organizacional. A divisão das unidades em clusters foi realizada por meio de sorteio aleatório, utilizando estratégias avaliativas e iterativas (WALTZ; POWELL; MATTHIEU; DAMSCHRODER *et al.*, 2015) propostas durante a análise dos construtos do *framework* ERIC, de forma a categorizar as estratégias de implementação em domínios distintos. Esta abordagem metodológica garantiu uma alocação estruturada e sistemática das unidades, facilitando a avaliação em contextos de implementação distintos. A divisão das unidades nos clusters assume tal estrutura:

1. O Cluster 1 (C1) envolveu a realização de entrevistas qualitativas e a aplicação do questionário ORIC-BR antes da intervenção. Posteriormente, o guia de introdução alimentar foi apresentado e entregue. Nenhuma intervenção adicional foi implementada ou incentivada. O instrumento ORIC foi reaplicado três meses após a apresentação inicial. Quatro unidades foram incluídas no C1, sendo elas, a Clínica da Família Dr. Mauro R. Barros Wanderley Iracy Coelho, USF Benedito Martins Gonçalves Oliveira II, USF Dr. Edgar Pedro Raupp Sperb Arnaldo, e USF Dr. Milton Kojo Chinen Vila Nasser.
2. O Cluster 2 (C2) também iniciou com entrevistas qualitativas e a aplicação inicial do questionário ORIC-BR, seguida pela apresentação e entrega do guia de introdução alimentar. Após um mês, os profissionais forneceram feedback sobre o processo durante uma reunião síncrona,

recebendo assistência para aprimorar as estratégias de implementação e adesão, utilizando competências como busca ativa e atendimento domiciliar. As estratégias ERIC empregadas neste cluster incluíram treinamento e educação, pois os profissionais de saúde participaram de sessões de treinamento síncronas destinadas a familiarizá-los com a intervenção e seu processo de implementação. O instrumento ORIC-Br foi reaplicado ao término deste processo, três meses após a apresentação inicial. Duas unidades foram incluídas no C2: UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto e Sesau USF Dr. Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto.

O Cluster 3 (C3) passou por um protocolo semelhante, compreendendo entrevistas qualitativas, administração inicial do ORIC-BR e entrega do folheto de introdução alimentar. Após um período de um mês, os profissionais forneceram feedback durante uma reunião assíncrona, recebendo apoio para aprimorar estratégias de implementação e adesão. Após essa reunião, a implementação continuou, e o instrumento ORIC-Br foi distribuído para respostas via redes sociais (WhatsApp®, Gmail®) três meses após a apresentação inicial. As estratégias ERIC implementadas no C3 incluíram alcance educacional, pois os participantes receberam materiais educacionais e recursos de forma assíncrona, permitindo-lhes envolver-se com o conteúdo da intervenção em seu próprio tempo; e intervenções personalizadas já que os materiais foram adaptados para o formato assíncrono, garantindo acessibilidade e relevância para os participantes que se envolvem em aprendizado autodirigido (uso de código QR e pdf online). Duas unidades foram incluídas no C3: USF Ana Maria do Couto e USF Dr. Wagner José Bortotto Garcia Mário Covas.

O desenho metodológico das ações desenvolvidas com os clusters estão descritos e detalhados no plano de trabalho (Apêndice C).

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados gerados com a aplicação do instrumento ORIC-BR e o alcance da cartilha na população foram processados, analisados e passaram por estatística

descritiva e inferencial com o Teste T Anova, considerando o nível de significância de 5%, para melhor interpretação, a apresentação dos dados será através de tabelas e gráficos.

O ensaio de implementação foi submetido na plataforma REBEC e está registrado com o ID RBR-4k2s5d9. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de ética da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, após autorização de infraestrutura pela SESAU e submissão na Plataforma Brasil e foi aprovado com CAAE 56756922.9.0000.0021 (ANEXO C).

Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais participantes (APÊNDICE B).

Este estudo foi financiado pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT). Não houve pagamento para participação desta pesquisa.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

5 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 61 profissionais da APS. Conforme descrito na Tabela 1, a maioria dos participantes são graduados em medicina (42,6%) com predomínio do sexo feminino (65,5%) e vínculo estatutário (55,7%) à secretária de saúde do município. A média de tempo de atuação na APS foi de 6,46 anos (DP=4,66).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados (n=61).

Variáveis	n	%
Profissão	n	%
Médico(a)	26	42,6
Enfermeiro(a)	22	36,1
Dentista	13	21,3
Sexo		
Feminino	40	65,5
Masculino	21	34,4
Regime do vínculo		
Contrato	19	31,14
Estatutário	34	55,7
Residente	8	13,11
Tempo na APS (anos)	média	dp
	6,46	4,66

Fonte: própria.

Devido à recusa (9) e a ausência do profissional após 02 tentativas (13), a análise probabilística de 72 profissionais não foi alcançada, com 61 profissionais participantes do estudo no momento da entrevista qualitativa e pré-implantação. A percentagem de participantes por categoria no momento pré-implantação foi de 42,6% médicos, 36,1% enfermeiros e 21,3% dentistas, com número total de 34 participantes no Cluster 1 (controle) e 27 nos grupos de intervenção (clusters 2 e 3) conforme tabela 2.

Tabela 2. Características dos profissionais entrevistados, pré-implementação (n= 61).

Variáveis	n	%
Profissão		
Médico(a)	26	42,6
Enfermeiro(a)	22	36,1
Dentista	13	21,3
Grupo intervenção		
Controle (C1)	34	55,7
Síncrono (C2)	14	23
Assíncrono (C3)	13	21,3

Fonte: própria.

Após o período de 03 meses, no momento de reaplicação do questionário ORIC, alguns profissionais não estavam na unidade após 02 tentativas de contato, seja por terem saído do serviço (8), atestado prolongado (4) ou recusa de continuar a participar do estudo (5), reduzindo a quantidade de respostas pós-implementação. Houve uma característica importante dos profissionais inseridos no Cluster 03, pois em uma de suas duas unidades, a modalidade assíncrona no envio das respostas obteve baixa adesão com envio de apenas 07 dos 13 profissionais anteriormente participantes, mesmo com lembretes semanais sobre a importância do preenchimento do instrumento. Tais características resultaram em 44 profissionais participantes, com retenção de 72,13% em relação ao momento de pré-implementação. A percentagem de participantes por categoria na pós-implementação foi de 45,5% médicos, 38,6% enfermeiros e 15,9% dentistas, com número total de 26 participantes no Cluster 1 (controle) e 18 nos grupos de intervenção (clusters 2 e 3) conforme tabela 2a.

Tabela 2a. Características dos profissionais entrevistados, pós-implementação (n=44).

Variáveis	n	%
Profissão		
Médico(a)	20	45,5
Enfermeiro(a)	17	38,6
Dentista	7	15,9
Grupo intervenção		
Controle (C1)	26	59,1
Síncrono (C2)	11	25
Assíncrono (C3)	7	15,9

Fonte: própria.

5.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS

5.2.1 Pré-Implementação

As respostas pré-implementação do questionário ORIC-Br, após análise estatística, demonstraram resultados relacionados às suas duas principais dimensões: o comprometimento e a eficácia. As 11 questões validadas foram distribuídas nas duas dimensões (ANEXO A).

Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os profissionais em relação à dimensão do comprometimento no momento pré-implementação, conforme Tabela 2. A média de prontidão entre os enfermeiros (4,11; dp 0,77; $p < 0,05$) foi significativamente maior que a de dentistas e médicos. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os profissionais na dimensão da eficácia, mas observou-se que a média entre os enfermeiros também foi maior (4,07; dp 0,62; $p > 0,05$).

Tabela 3. Diferenças entre Oric dimensão comprometimento e eficácia por grupo e por profissional, pré -implementação.

Variável	Comprometimento		Eficácia	
	média (dp)	<i>p</i>	média (dp)	<i>p</i>
Profissão				
Médico(a)	3,48 (0,92)		3,54(0,96)	
Enfermeiro(a)	4,11 (0,77)	0.04	4,07(0,62)	0.09
Dentista	3,47 (0,86)		3,35 (1,09)	
Grupo intervenção				
Controle (C1)	3,62 (0,86)		3,54(0,95)	
Síncrono (C2)	3,63 (0,83)	0.68	3,44 (0,88)	0.8
Assíncrono (C3)	3,87 (1,05)		4,15(0,80)	

Fonte: própria.

De forma inicial, a pré-implementação foi feita de maneira semelhante e utilizando o mesmo recurso em todos os clusters, ainda assim, foi possível observar um maior comprometimento (3,87; dp 1,05; $p > 0,05$) e eficácia (4,15; dp 0,80; $p > 0,05$) relatado pelos participantes sorteados para o Cluster 3 (assíncrona), porém as diferenças não foram significativas.

A escala likert da tabela 3 agrupou as respostas "concorda um pouco" e "concorda" em uma única categoria e "discorda um pouco" e "discorda" em outra categoria. Em todas as questões mais de 50% dos profissionais assinalaram "concordo" ou "concordo um pouco" quanto à eficácia e comprometimento da organização a nível supraindividual. As questões com maior percentagem (18,5% a 21,4%) de discordância total (Oric 3, Oric 9 e Oric 11) refletem sobre coordenação e administração da implementação sugerida. Já as questões de menor discordância

(8,9%) foram Oric 5, 7 e 8 que refletem sobre o desejo, determinação e confiança dos envolvidos na implementação da intervenção.

Tabela 4. Efeitos totais da prontidão organizacional para implementação de introdução de guia alimentar, pré-implementação.

	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda
Oric 1. As pessoas que trabalham aqui estão empenhadas na implementação dessa mudança.	10.7%	16.1%	73.2%
Oric 2. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão acompanhar o progresso da implementação dessa mudança.	16.1%	10.7%	73.2%
ORIC 3. As pessoas que trabalham aqui farão tudo que for necessário para implementar essa mudança.	21.4%	28.6%	50%
ORIC 4. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização dará apoio às pessoas enquanto elas se adaptam a essa mudança.	12.5%	26.8%	60.7%
ORIC 5. As pessoas que trabalham aqui querem implementar essa mudança.	8.9%	30.4%	60.7%
ORIC 6. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão manter o ritmo da implementação dessa mudança.	10.7%	23.2%	66.1%
ORIC 7. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão enfrentar os desafios que possam surgir na implementação dessa mudança.	8.9%	19.6%	71.4%
ORIC 8. As pessoas que trabalham aqui estão determinadas a implementar essa mudança.	8.9%	39.3%	51.8%
ORIC 9. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão coordenar tarefas para que a implementação seja realizada sem problemas.	18.5%	22.2%	59.30%
ORIC 10. As pessoas que trabalham aqui estão motivadas a implementar essa mudança	14.8%	25.9%	59.30%
ORIC 11. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão administrar a política de implementação dessa mudança.	18.50%	22.20%	59.30%

Fonte: própria

5.2.2 Pós-Implementação

Em relação às dimensões comprometimento e eficácia no momento pós-implantação, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os profissionais, conforme Tabela 4. Porém é possível observar que a menor média foi registrada pelos profissionais dentistas, tanto na dimensão comprometimento (2,86; dp 1,28; $p>0,05$) quanto na eficácia (2,93; dp 1,23; $p>0,05$).

Tabela 5. Diferenças entre Oric dimensão comprometimento e eficácia por grupo e por profissional, pós-implantação.

Variável	Comprometimento		Eficácia	
	média (dp)	<i>p</i>	média (dp)	<i>p</i>
Profissão				
Médico(a)	3,42 (1,06)		3,43(1,01)	
Enfermeiro(a)	3,56 (0,95)	0.33	3,59(0,89)	0.35
Dentista	2,86 (1,28)		2,93 (1,23)	
Grupo intervenção				
Controle (C1)	3,29 (1,21)		3,37(1,03)	
Síncrono (C2)	3,14 (0,58)	0.13	3,20 (0,81)	0.36
Assíncrono (C3)	4,11 (0,79)		3,88 (1,20)	

Fonte: própria

Haja visto as diferentes estratégias de implementação realizadas nos clusters, o grupo assíncrono (cluster 3) da intervenção demonstrou médias maiores em relação aos outros grupos assim como no momento de pré-implantação, mas não houve diferenças significativas estatisticamente.

Foi possível identificar redução da prontidão organizacional relacionada ao momento de pré implantação em todas as respostas ao ORIC-BR (tabela 5). Diferentemente do momento pré-implantação, em Oric 8, 10 e 11 menos de 50% dos profissionais assinalaram "concordo" ou "concordo um pouco" quanto à eficácia e comprometimento da organização a nível supraindividual. As questões com maior percentagem (31,8%) de discordância total (Oric 3 e Oric 10) refletem sobre persistência e administração da implementação sugerida. Já as questões de menor discordância (11,4 a 13.6%) foram Oric 5 e 4 que refletem sobre o interesse e apoio da gestão no processo de implantação.

Tabela 6. Efeitos totais da prontidão organizacional para implementação de introdução de guia alimentar, pós implementação

	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda
ORIC 1. As pessoas que trabalham aqui estão empenhadas na implementação dessa mudança.	18.2%	22.7%	59.1%
ORIC 2. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão acompanhar o progresso da implementação dessa mudança.	20.5%	13.6%	65.9%
ORIC 3. As pessoas que trabalham aqui farão tudo que for necessário para implementar essa mudança.	31.8%	18.2%	50%
ORIC 4. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização dará apoio às pessoas enquanto elas se adaptam a essa mudança.	13.6%	25%	61.4%
ORIC 5. As pessoas que trabalham aqui querem implementar essa mudança.	11.4%	22.7%	65.9%
ORIC 6. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão manter o ritmo da implementação dessa mudança.	27.7%	25%	52.3%
ORIC 7. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão enfrentar os desafios que possam surgir na implementação dessa mudança.	22.7%	22.7%	54.6%
ORIC 8. As pessoas que trabalham aqui estão determinadas a implementar essa mudança.	20.5%	29.6%	49.9%
ORIC 9. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão coordenar tarefas para que a implementação seja realizada sem problemas.	25%	20.5%	54.5%
ORIC 10. As pessoas que trabalham aqui estão motivadas a implementar essa mudança	31.8%	20.5%	47.7%
ORIC 11. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão administrar a política de implementação dessa mudança.	22.7%	29.6%	47.7%

Fonte: própria

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Os resultados qualitativos desta pesquisa, gerados no momento pré-implementação utilizando entrevista qualitativa, foram vinculados aos domínios

provenientes do instrumento CFIR. Foi possível perceber Barreiras relativas principalmente ao domínio “Características da Intervenção” nos construtos Complexidade, Testabilidade e Custo. Relacionada à dificuldade percebida devido às variáveis envolvidas com o escopo e abrangência da implementação, alguns profissionais relataram os aspectos dessa dificuldade utilizando os construtos referidos.

Avaliando o teor supraindividual relativo à aplicação do questionário ORIC-BR, é possível identificar barreiras nas falas dos profissionais, relacionadas aos domínios Cenários Externo, Interno e Características dos Indivíduos, podendo identificar aspectos da influência da crença individual da própria capacidade em executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação.

Algumas falas demonstram a falta de conhecimento sobre o tema abordado na cartilha, ou ainda o entendimento de que a implementação dentro da APS tem aspecto deficitário. Os principais facilitadores foram expressos em falas que englobam o domínio características dos indivíduos, que demonstraram que a percepção de autoeficácia pode aperfeiçoar o trabalho em equipe multiprofissional. Demonstrando as diferentes visões dos profissionais sobre um processo de implementação, as Características da Intervenção e seus construtos podem ser facilitadores do processo.

5.2.1 Características da Intervenção

Neste domínio foi possível identificar que o contexto que o paciente e sua família estão inseridos, além de disponibilidade de recursos dentro do serviço podem influenciar na viabilidade de implementação do instrumento, muitas vezes com impacto negativo. Porém, o próprio uso da cartilha pode proporcionar uma relação equipe-usuário mais fortalecida exercendo papel de educação em saúde. As palavras-chave elencadas foram: auxílio, relevância, validade, comunicação, didático(a), cartilha, dieta, manutenção, introduzir/introdução, implementar/implementação, facilitar.

5.2.1.1 Barreiras

- Relação com o paciente e adesão à cartilha
 "(...) A manutenção é difícil pelo senso de urgência do paciente, principalmente na odontologia onde ainda busca o primeiro acesso para resolver problema específico (...)" C12

" (...) Criança não tem que ter uma dieta diferente da família (...) se a família tem uma dieta ruim, então primeira precisa adequar a dieta da família para depois adequar a dieta da criança (...)" C1

"(...) Eu acho que o paciente não vai nem ler a cartilha (...)" C32

"(...) Eu acho que eu tentaria, mas pela questão financeira dos pacientes eu acho que seria meio difícil, mas eu tentaria sim." C22

- Organização e histórico do serviço

"(...)Eu acho que a gente está passando por um processo muito complicado no serviço porque a gente tem uma demanda de muitos agravos e de muitas comorbidades descompensadas, que já é talvez por consequência da gente não ter implementado isso antes, mas que essa demanda que a gente tem hoje acaba engolindo todo o serviço e a gente nunca vai voltar para começar do zero, introduzir e formar pessoas melhores de alimentação e de tudo mais (...)" C20

- Gestão e disponibilidade de recursos

"(...) o único problema era a questão de impressão que nunca tem folha." C11

5.2.1.1 Facilitadores

- Força e Qualidade de Evidência

"(...) Ela vai atuar sobre o despreparo materno, as mães não sabem coisas básicas da introdução alimentar, até mesmo importância do aleitamento materno exclusivo, elas não sabem nem quanto tempo de aleitamento tem que ser, muito menos introduzir a alimentação." C52

"(...) Facilita a comunicação com o paciente, facilita o entendimento por parte da mãe sobre a introdução alimentar e facilita todo o processo de trabalho." C9

"(...) Tudo é válido e bem-vindo. Se eu tenho isso para oferecer, quando eu for atender a paciente, ainda mais a gestante ou a que está amamentando, não tem nem o que questionar." C45

- Vantagem relativa

"(...) Eu acho a proposta da cartilha boa porque as mães têm muita dúvida, e assim, a gente até faz por escrito, mas sendo um papel que ela possa ter, que ela possa olhar, eu acho que fixa mais para ela também e dá uma segurança maior." C30

"(...) A gente já aderiu esse guia na forma dos 10 passos para uma alimentação mais saudável fornecido pelo Ministério da Saúde. Então, é basicamente tudo o que está no folheto, só que um pouco mais explorado." C3

"(...) A introdução alimentar traz dúvidas principalmente para mães de primeira viagem ou até mães que já tem filhos, mas vai também pela intuição ou pelo que a avó acha, pelo que a avó ajuda, e é aí que a gente consegue provar para ela e exemplificar de uma forma prática né, que a gente segue aquele manual do Ministério da Saúde e ele tem tanta informação que acaba sendo difícil da gente conseguir passar para a paciente. O legal daqui é que está tudo muito exemplificado, muito objetivo." C1

"(...)Eu já aplico no dia a dia clínico, principalmente com as mães que vem na primeira consulta da gestante a gente já faz essa abordagem. A gente não tem nada por escrito, é só orientação verbal. Acho que uma coisa concreta, que a gente pudesse ter um material teórico seria de grande valia sim." C47

"(...) A gente pega cartilha da criança e tem realmente umas informações, mas acho um pouco sobrecarregado. Então eu acho que com o guia fica mais objetivo, fica mais direto, e até quando a gente for fazer a orientação, ter uma ferramenta para disponibilizar para a paciente, que eu acho que é o seu objetivo, fica mais fácil para ela acessar." C16

- Adaptabilidade

"(...) Tendo um guia dessa forma a gente pode aplicar conforme a necessidade da nossa população. Aqui nessa unidade são realidades muito diferentes entre uma área e outra, então acredito que tendo um guia visualmente com opções seja mais fácil da gente aplicar para a população." C50

"(...) Auxiliar mesmo a mãe a fazer a introdução correta e continuar não só na introdução. As mães têm muitos mitos ainda né, tipo introdução de suco, introdução de *danoninho* essas coisas assim, então essa alimentação tendo ela na mão acho que é bem bacana para elas não errarem." C37

- Qualidade do projeto e Apresentação

"(...) Acho a relevância dessa implementação alta e acho muito importante, porque além da alimentação prevenir várias doenças e tudo mais, envolve e interfere no crescimento da criança." C50

"(...) Tem grande importância na APS e é de fácil implementação." C47

"(...) Eu acho que é bom para evitar erros de quantidade, do que elas devem introduzir de acordo com as idades, porque dificilmente elas pegam a carteirinha de vacina e vai achar onde fala sobre isso, aí aqui está mais resumidinho né." C32

"(...) Eu super utilizaria essa cartilha! Maravilhosa, perfeita!" C14

5.2.2 Cenário Externo

O cenário Externo é, no contexto da implementação, um papel desempenhado pelo paciente e sua família. O domínio apresenta uma barreira específica relacionada ao senso de saúde imediatista e ligado a especialistas apresentado pelos pacientes, aspecto que dificulta a longitudinalidade do cuidado. Porém, ações que utilizam parceiros no território, buscando alcançar a família de outras formas e melhorando a saúde geral das crianças foram estratégias mencionadas pelos profissionais. As palavras-chave elencadas foram: território, procura, equipamento social (escola, creche), rede de atenção à saúde.

5.2.2.1 Barreiras

- Necessidades dos pacientes e recursos

"(...) Querem passar sempre por um pediatra e na unidade básica tem que ser um pouco diferente. A enfermeira tem potencial de fazer muito mais coisas que as próprias mães sabem que eles fazem. Puericultura essas coisas a procura é bem baixa, sempre querem um pediatra, nunca pedem para irem em um enfermeiro, e nosso protocolo tudo mais sempre fala, para fazer busca ativa e tudo mais, para as crianças virem com os enfermeiros...então assim, eles acham que só o pediatra que fazem parte." C20

5.2.2.2 Facilitadores

- Necessidade dos pacientes e recursos

"(...) a cartilha vai possibilitar a otimização do tempo das consultas. Então, a gente hoje tem uma agenda complexa né, são vários pacientes que a gente tem para fazer esse atendimento, então a cartilha tende a otimizar essa consulta de enfermagem." C23

- **Cosmopolitismo**

"(...) aqui na nossa unidade principalmente a enfermagem tem um espaço superbom para trabalhar com a saúde da criança no geral, com palestras também nos CEINFs, nas escolas. Então acho que o espaço é muito bom para a gente trabalhar esse tema." C39

- **Políticas e incentivos externos**

"A criança quando está saudável, está bem nutrida é bem mais fácil lidar, gera bem menos problemas para a rede resolver. A gente sabe que tem certas limitações também, infelizmente (...)" C41

5.2.3 Cenário Interno

O Cenário interno faz referência à organização e aos seus colaboradores. As falas relacionadas a ele identificam que esse aspecto pode criar barreiras ou facilitadores, a depender mais da característica do profissional do que da própria gestão. As palavras-chave elencadas foram: adesão, vínculo, importância, equipe, profissional.

5.2.3.1 Barreiras

- **Clima de Implementação**

"(...) A aceitação da intervenção pelo serviço vai depender da necessidade de capacitação dos servidores com o intuito de demonstrar a importância desse assunto em relação a trabalhar com a população." C32

- **Prontidão para Implementação**

"(...) Acredito que a gestão implementar é tranquilo, agora saber se os profissionais vão aderir aí eu não tenho certeza." C61

5.2.3.2 Facilitadores

Não foram identificados facilitadores relacionados a este domínio.

5.2.4 Características dos Indivíduos

Nas falas relacionadas ao domínio Características dos Indivíduos, a principal barreira percebida foi no relacionamento com a gestão e suas orientações de condução das atividades prestadas pela organização. Outro importante aspecto percebido foi a relação do profissional com a autoeficácia, que demonstrou certa dificuldade com o tema proposto ao mesmo tempo em que diz se esforçar para atuar em seu papel preventivo na APS. As palavras-chave elencadas foram: atendimento, orientação, consulta, acreditar, importar, eu, nós, os profissionais, papel, crença.

5.2.4.1 Barreiras

- Identificação Individual com a Organização
"É possível passar algumas orientações. Mas a agenda não tem dias fixos, os atendimentos são mais por encaixe e é difícil acompanhar a população (...) no meio de uma consulta de encaixe, não dá pra fazer orientações profundas."
C13
- Autoeficácia
"(...) a introdução alimentar sempre gera bastante dúvida né, tanto para a família quanto para o profissional (...) parece assim que são dicas bem importantes que nos esclarecem e nos deixam um pouquinho mais confortáveis para a gente continuar orientando correto os pais." C4

5.2.4.2 Facilitadores

- Conhecimento e Crenças sobre a Intervenção
"(...) Acredito na importância dessa intervenção para meus pacientes mais velhos, não só da introdução alimentar, eu penso que a alimentação é preventiva. Então, a partir do momento que a gente introduz desde pequenininho uma alimentação adequada para a criança, reflete em toda a família, e lógico, previne doenças tanto da infância quanto da vida adulta." C33

"(...) Nosso papel na atenção primária é intervir para evitar um agravo futuro. Esta é uma importante intervenção para reduzir a obesidade infantil, melhorar as práticas alimentares com as crianças, eu vejo que não está sendo muito eficaz o que muitos pais estão colocando como alimentação." C5

"(...) É importante introduzir hábitos que se perpetuem, se a introdução é feita de forma saudável os impactos na saúde são maiores, e a dificuldade é menor em um momento posterior. O acompanhamento a longo prazo reduz taxas de cárie, principal doença que lido na prática." C1

- Autoeficácia

"(...) Como profissional, eu trabalho com a prevenção, então tudo que é prevenção é vantajoso." C10

"(...) Meu papel aqui não é só de um papel curativo como enfermeiro, mas educar a população como um todo para que a alimentação e a boa introdução alimentar seja de fato efetiva na vida da criança." C44

"(...) Uma intervenção como essa ajuda a gente também a participar mais das atividades relacionadas a questão da saúde geral do paciente, não só da atenção bucal." C12

- Estágio individual de mudança

"(...) Para minha atuação profissional é fundamental porque a gente acompanha muito a gestante desde a descoberta da gestação até o parto, (...) gente passa por toda essa fase desde a gestação, desde o nascimento, o crescimento e desenvolvimento. Então, essa parte de introdução alimentar é essencial na minha categoria profissional, ter um guia que norteie essa implementação alimentar para a criança a partir dos 6 meses é excelente para a gente." C7

- Identificação individual com a organização

"(...) Eu acho que a questão da amamentação e da introdução alimentar estão entre os principais pontos de promoção de saúde, então eu acredito que é uma forma da gente gerenciar várias situações, focar no futuro até o controle das doenças crônicas, das condições crônicas. Acho que é um processo que fica alinhado com tantas categorias profissionais, então vai ser importante para o médico, para o farmacêutico, para o enfermeiro, para o dentista, para o profissional de educação física, para o fisioterapeuta. Então assim, é uma coisa que eu não consigo entender por que não é uma bandeira do nosso serviço." C39

"(...) Eu acho que vai ser muito importante, vai auxiliar os profissionais a orientarem melhor as mães de uma maneira mais segura." C55

- Outros atributos pessoais

"(...) Bom, a gente sabe e a gente estuda que a introdução alimentar é uma das bases da saúde na infância, então a introdução sendo feita no momento certo, sendo adequada com todos os grupos alimentares corretos, evitando sal no primeiro ano e todas essas informações que vocês colocaram é de extrema relevância para a saúde infantil e depois da criança e adolescente." C58

5.2.5 Processo

Estratégias identificadas em falas anteriores (como no domínio Cenário Externo) foram reestabelecidas ao se referirem ao domínio processo, justamente por serem maneiras que poderiam ampliar o local e formato de utilização do instrumento proposto. As palavras-chave elencadas foram: aceitação, incentivo, engajamento, executar, líderes, apoiadores, facilitadores desenvolvimento, continuidade.

5.2.5.1 Barreiras

Não foram identificadas barreiras relacionadas a este domínio.

5.2.5.2 Facilitadores

- Engajamento

"(...) Nossa equipe aqui ela aceitaria muito bem porque a gente tem muita criança, porque como tem pediatra na UBS tem muita criança e eles são extremamente solícitos." C49

- Execução

"(...) a saúde bucal não é só boca, eu acho que faz total sentido a gente além de ter um condicionamento de saúde bucal para a criança ou para o bebê, a criança com uma saúde melhor vai responder muito melhor e vai ser favorável a qualquer tipo de tratamento. Então, implementar um guia nas consultas odontológicas para o incentivo à alimentação saudável, é um ganho." C21

6 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou três achados importantes. O primeiro é que a prontidão organizacional dos profissionais inseridos na APS tende a reduzir durante a implementação. O segundo é que a estratégia de implementação utilizada, nesse contexto, não influenciou de forma significativa no maior comprometimento ou eficácia dos profissionais em relação a implementação. Terceiro, barreiras e facilitadores analisados qualitativamente demonstraram que ações dentro do território, associadas a educação permanente, uso de opinion leaders, educação em saúde da população e proximidade da gestão podem facilitar a implementação no cenário de prática.

As principais fortalezas do estudo residem em seu desenho longitudinal, que possibilitou uma análise comparativa entre os cenários pré e pós-implementação. Além disso, a abordagem de métodos mistos, integrando metodologias qualitativas e quantitativas, proporcionou uma avaliação abrangente da prontidão organizacional dos profissionais para efetuar mudanças, identificando assim potenciais determinantes que moldam seu desempenho dentro do serviço. No entanto, várias limitações merecem reconhecimento. Estas incluem o escopo limitado da amostra, o que pode comprometer a interpretação dos achados de forma significativa em todo o município. Além disso, o desafio inerente na retenção dos profissionais ao longo da duração do estudo, com uma taxa de retenção de 72% em comparação com a fase pré-implementação, reflete uma dificuldade comum na APS conhecida por impactar a eficácia da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARBOSA; DAMASCENO; SILVEIRA; COSTA *et al.*, 2019), frequentemente representando uma limitação para estudos de implementação (TONELLI; LEAL; TONELLI; VELOSO *et al.*, 2018); (KANNO; PEDUZZI; GERMANI; SOÁREZ *et al.*, 2023).

Inovações em saúde são necessárias para garantir melhores desfechos em saúde (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014), e pesquisar a prontidão organizacional de uma organização contribui para esse fim, além de auxiliar na tomada de decisão no serviço (WEINER, 2009). A partir dos dados derivados da aplicação do questionário ORIC-Br, foi conduzida uma avaliação do comprometimento e eficácia organizacional, conforme percebidos pelos profissionais em uma perspectiva supraindividual. Os resultados indicaram que enfermeiros (PRÉ C4,11(0,77) p0.04 E4,07(0,62) p0.09; PÓS C3,56(0,95) p0.33 E3.59(0,89) p0.35) e médicos (PRÉ C3,48(0,92) p0.04

E3.54(0,96) p0.09; PÓS C3,42(1,06) p0.33 E3.43(1,01) p0.35) exibiram, respectivamente, maiores médias de comprometimento e eficácia, tanto antes quanto depois da implementação. Por outro lado, os dentistas apresentaram as menores médias (PRÉ C3,47(0,86) p0.04 E3,35(1,09) p0.09; PÓS C2,86(1,28) p0.33 E2.93(1,23) p0.35), sugerindo menor prontidão organizacional na execução das tarefas de implementação, tanto antes quanto depois da intervenção. Notavelmente, os enfermeiros apresentaram uma disparidade significativa no comprometimento percebido em comparação com outras categorias profissionais durante a fase pré-implementação, possivelmente indicando uma propensão para o enfrentamento de barreiras à implementação, reflexo de suas inclinações proativas (ADELSON; YATES; FLEET; MCKELLAR, 2021). No entanto, mesmo que os enfermeiros tenham mantido pontuações mais altas pós-implementação em relação a outras categorias, não foram observadas disparidades significativas, sugerindo que, apesar de sua predisposição para a mudança, a intervenção pode não ter induzido o profissional a realizar mudanças substanciais nos comportamentos e atitudes relacionados a introdução alimentar (VAN KNIPPENBERG; MARTIN; TYLER, 2006).

O envolvimento dos dentistas no estudo permaneceu semelhante em ambas as fases de implementação, com esse grupo profissional exibindo o menor comprometimento e eficácia. A literatura sugere que as tendências centradas na clínica e deficiências na formação acadêmica dos dentistas podem fundamentar seu menor engajamento nos esforços de implementação (BARBOSA; DAMASCENO; SILVEIRA; COSTA *et al.*, 2019). Reforços nas iniciativas de Educação Permanente sobre amamentação e alimentação complementar saudável podem ser imperativos para reforçar as contribuições dos dentistas na promoção e apoio nos esforços de implementação referentes ao tópico (BROCKVELD; VENANCIO, 2022). De forma complementar, estudos de implementação demonstram que a queda de prontidão organizacional pode acontecer mesmo com a implementação de estratégias consolidadas para promover a mudança, apresentando quedas mesmo com um bom nível inicial de prontidão organizacional, devido a diversos desafios imprevisíveis que podem ocasionar desfechos negativos (SHEA; JACOBS; ESSERMAN; BRUCE *et al.*, 2014).

Além disso, independentemente da estratégia de implementação empregada, foi observado um declínio na prontidão organizacional em relação à fase pré-intervenção em todas as categorias profissionais, destacando desafios potenciais na

sustentação dos esforços de implementação nos contextos de APS. Esses achados destacam a natureza multifacetada das barreiras encontradas nos contextos de APS, como sobrecarga de trabalho (KANNO; PEDUZZI; GERMANI; SOÁREZ *et al.*, 2023), rotatividade de profissionais (TONELLI; LEAL; TONELLI; VELOSO *et al.*, 2018), colaboração fraca da equipe (PEDUZZI; AGRELI, 2018), questões sobre autoeficácia (AERTS; VAN ROYEN; VAN BOGAERT; PEREMANS *et al.*, 2023) e até a baixa adequação do processo de trabalho relacionado a ações de alimentação e nutrição (MACHADO; LACERDA; COLUSSI; CALVO, 2021), enfatizando a importância de intervenções direcionadas para mitigar esses desafios e garantir o sucesso a longo prazo de iniciativas de implementação.

Definida como a metodologia utilizada para alcançar a adoção, implementação e sustentabilidade de um programa ou prática clínica, a estratégia de implementação de um estudo é importante para gerar medidas válidas de seu resultado (WEINER; LEWIS; STANICK; POWELL *et al.*, 2017). Considerando que o uso de diferentes estratégias em um estudo de implementação pode acessar diferentes percepções dos atores envolvidos (POWELL; STANICK; HALKO; DORSEY *et al.*, 2017), este estudo realizou uma intervenção usando duas estratégias diferentes: uma síncrona e outra assíncrona. Conforme esperado pela hipótese do estudo, os resultados obtidos não revelaram uma variação estatisticamente significativa na prontidão organizacional dos profissionais com base na estratégia de implementação empregada, seja síncrona ou assíncrona. Esse resultado pode ser atribuído a uma variedade de fatores, que incluem as preferências individuais de aprendizado dos profissionais, já que a literatura corrobora a noção de que os indivíduos exibem diversas preferências por modalidades de aprendizado (SAHU; DALCIK; DALCIK; GUPTA *et al.*), e as características singulares da intervenção em si. É importante considerar que tanto o planejamento da intervenção quanto o desenho da implementação não alcançaram êxito ao longo do estudo, o que pode ter contribuído para esse desfecho.

Quanto ao alcance da intervenção, é digno de nota que a taxa de retenção de profissionais no cluster síncrono (C2) em relação à fase pré-implementação foi de 78%, enquanto a do grupo assíncrono (C3), apesar de exibir uma média de prontidão mais alta, ficou em apenas 53%. Essa discrepância nas taxas de retenção entre os clusters pode ser atribuída a vários fatores, incluindo desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, proficiência técnica dos participantes, acessibilidade à internet, disponibilidade de dispositivos necessários, dificuldades de compreensão e

potencial desconforto associado à utilização de dispositivos móveis pessoais para tarefas relacionadas ao trabalho (SAVIO; BARRETO; PEDRO; COSTA *et al.*, 2021);(SAHU; DALCIK; DALCIK; GUPTA *et al.*). Esses achados destacam a natureza multifacetada das barreiras encontradas durante os esforços de implementação, enfatizando a importância de abordar desafios logísticos e tecnológicos para aprimorar o engajamento e a retenção entre os profissionais em diversos contextos de implementação.

Por outro lado, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de intervenção e o grupo controle, contrariando a hipótese inicial que esperava encontrar uma diferença percentual de 40% entre os braços da pesquisa. Esse resultado pode ser relacionado a fatores como a falta de relevância do tema aos participantes, a ausência de priorização das intervenções na rotina ou a entrega subótima da intervenção (VAN LIESHOUT; HUNTINK; KOETSENUIJTER; WENSING, 2016). No geral, as estratégias empregadas nos grupos de intervenção podem não ter abordado suficientemente os fatores que influenciam diretamente a motivação e a compreensão dos participantes, dificultando assim a adesão e o engajamento precoce, destacando a importância de alavancar processos e estruturas pré-existentes, especialmente em ambientes com recursos limitados (KYOMUHANGI; MANALILI; KABAKYENGA; TURYAKIRA *et al.*). Além disso, o nível de suporte fornecido aos profissionais de saúde pode influenciar esse resultado, pois molda a qualidade do cuidado que eles prestam e seu envolvimento com as comunidades que atendem (COLOMBINI; MAYHEW; GARCÍA-MORENO; D'OLIVEIRA *et al.*). A jornada rumo à conquista da prontidão organizacional é gradual e exige esforço contínuo ao longo do tempo, e mesmo com estratégias aprimoradas, o esforço insuficiente dos profissionais de saúde em C2 e C3 para se adaptarem às mudanças ou obterem apoio pode dificultar o progresso em direção à prontidão aprimorada. Em estudos que avaliam o sucesso da implementação, barreiras como negligência, falta de consciência, preocupação insuficiente com as percepções dos pacientes, especialmente aqueles com baixos níveis de alfabetização, e treinamento inadequado de profissionais de saúde podem dificultar o progresso (BIRHANU; ABAMECHA; BERHANU; DUKESSA *et al.*).

Neste estudo, a análise da entrevista qualitativa prévia utilizando o instrumento CFIR permite identificar pontos fortes e fraquezas nas percepções dos profissionais sobre a prontidão organizacional, que podem ter impactado no resultado fornecido

pela aplicação do questionário ORIC-Br (PETERMANN; BIDDELL; PLANEY; SPEES *et al.*). Especificamente, o domínio cenário externo emergiu como um aspecto importante durante as entrevistas, enfatizando sua importância para garantir a continuidade do cuidado, uma vez que o senso de saúde imediatista e busca por especialistas foram identificados como comuns na relação usuário e sistema de saúde. O estabelecimento de redes interorganizacionais representa um esforço fundamental para entidades que atendem populações registradas, promovendo a troca de crenças e experiências dentro de redes sociais influentes na comunidade (WARNER; KERVIN; PESUT; URQUHART *et al.*, 2021). Por outro lado, o cenário interno foi relacionado principalmente às características dos indivíduos envolvidos, e não aos fatores gerenciais associados ao serviço. A literatura enfatiza que as experiências das pessoas envolvidas em esforços de implementação possuem o potencial de catalisar reformas nos sistemas de saúde, promovendo assim novas perspectivas para a implementação ou inovação de maneira fluida (MEANS; KEMP; GWAYI-CHORE; GIMBEL *et al.*, 2020).

Quanto às características da intervenção, as restrições financeiras que impedem a adesão às diretrizes do guia, a falta de materiais de impressão e o foco epidemiológico prevalente no gerenciamento de comorbidades descompensadas em detrimento de medidas preventivas foram elucidados como fatores contribuintes para os fracassos na implementação. Compreendendo que a decisão de aceitar ou rejeitar uma inovação estabelece correlação com o retorno esperado sobre o investimento, seja em termos de tempo ou de relacionamentos aprimorados entre pacientes e profissionais (MATHIESON; GRANDE; LUKER, 2019), a implementação de estratégias propícias para gerenciar desafios de implementação, como a revisão de metodologias de intervenção e alinhamento às capacidades da equipe, pode superar possíveis obstáculos associados às características da intervenção.

No contexto do construto "características dos indivíduos", a falta de conhecimento sobre o manejo da introdução alimentar na APS emergiu como um desafio significativo que pode ter influenciado nos resultados do estudo (AERTS; VAN ROYEN; VAN BOGAERT; PEREMANS *et al.*, 2023). Achados qualitativos destacam a importância intrínseca que os profissionais de saúde atribuem aos seus papéis e responsabilidades dentro da APS, não obstante os desafios relacionados ao conhecimento prático. Os profissionais devem adotar uma abordagem pragmática e considerar meticulosamente facilitadores e barreiras para efetuar a mudança de

comportamento nas interações com os pacientes (HILL; ZACHOR; JONES; TALIS *et al.*, 2019). Sendo a baixa confiança nas próprias competências um fator que influencia nos resultados alcançados (AERTS; VAN ROYEN; VAN BOGAERT; PEREMANS *et al.*, 2023), é imperativo enfatizar o valor e a justificativa por trás de novas intervenções durante os esforços de implementação (PRATT; SAMAN; ALLEN; CRABTREE *et al.*, 2022), fornecendo conhecimento ampliado sobre o tópico, buscando fortalecer a autoeficácia e a busca pela prática baseada em evidências.

Para aprimorar este aspecto, identificar potenciais líderes de opinião inseridos na comunidade profissional emergiu como uma estratégia viável, que pode funcionar como um indicador de engajamento, relacionado ao construto processo. Reconhecendo o papel fundamental das partes interessadas na maximização da eficácia da implementação (KEITH; CROSSON; O'MALLEY; CROMP *et al.*, 2017), aproveitar os profissionais para compartilhar suas experiências e disseminar insights entre os membros da equipe (AERTS; VAN ROYEN; VAN BOGAERT; PEREMANS *et al.*, 2023) promete melhorar os ganhos e minimizar as perdas no acesso dos pacientes aos serviços. Os resultados destacam o potencial das enfermeiras como facilitadoras no processo de implementação, dado o seu maior nível de prontidão organizacional em comparação com outros profissionais durante a fase pré-implementação. Do ponto de vista multidisciplinar, o conceito de uma equipe coesa assume importância primordial, especialmente considerando a ausência de diferença estatisticamente significativa na prontidão organizacional entre as categorias profissionais. Esta observação sugere que, embora as enfermeiras possam exibir maior proficiência nas fases iniciais de implementação, desafios relacionados à sustentabilidade persistem. Notavelmente, o sucesso da sustentabilidade da intervenção muitas vezes depende de um comportamento de liderança perseverante que preconize a mudança (SÖLING; PFAFF; KARBACH; ANSMANN *et al.*, 2022). A ausência de responsabilidade compartilhada pelo processo pode impactar significativamente os resultados da intervenção. Fomentar a colaboração interprofissional com o objetivo de aprimorar a qualidade do cuidado permite que os profissionais de APS se unam e articulem conhecimentos, fortalecendo assim a sustentabilidade das implementações (KANNO; PEDUZZI; GERMANI; SOÁREZ *et al.*, 2023).

É possível perceber que a análise supraindividual demonstra barreiras no olhar dos profissionais em relação ao esforço de implementação. Segundo as falas relacionadas ao construto "características dos indivíduos", é perceptível que a forma

de implementação pode ser divergente entre os participantes, inclusive quanto ao conhecimento sobre o manejo da introdução alimentar na APS. Tal aspecto pode ser percebido pela maior discordância no momento pós-implementação em relação à confiança de que os profissionais acompanhariam o progresso da implementação, analisada por Oric 2. Sendo a baixa confiança nas próprias competências um fator que influencia nos resultados alcançados (AERTS; VAN ROYEN; VAN BOGAERT; PEREMANS *et al.*, 2023), o valor e proposta de novas intervenções devem ser reforçados durante a implementação (PRATT; SAMAN; ALLEN; CRABTREE *et al.*, 2022).

Em contrapartida ao aspecto relativo aos questionamentos quanto à autoeficácia, os resultados qualitativos demonstram a importância que o profissional de saúde que atua na APS vê em sua função e trabalho, mesmo que possa demonstrar dificuldades no conhecimento relativo à uma prática. De acordo com a literatura, o profissional precisa ser pragmático e considerar plenamente os facilitadores e as barreiras para abordar a mudança de comportamento com os pacientes (HILL; ZACHOR; JONES; TALIS *et al.*, 2019).

A participação do dentista nesse estudo teve caráter semelhante em ambos os momentos de implementação, sendo a categoria profissional com menor comprometimento e eficácia. Segundo estudo, é papel do profissional odontólogo acompanhar os hábitos alimentares do indivíduo, podendo intervir em hábitos inadequados com o objetivo de incentivar a adesão a padrões nutricionais e dietéticos compatíveis com a saúde bucal e geral (TEIXEIRA ALVES; CHIBINSKI; ABANTO; RAGGIO, 2010). A literatura demonstra que além do perfil da categoria ter tendência clínica centralizada nas ações do consultório (BARBOSA; DAMASCENO; SILVEIRA; COSTA *et al.*, 2019), existem lacunas na formação acadêmica dessa categoria profissional, e que a Educação Permanente sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável deve ser realizada/intensificada para a sua atuação efetiva na promoção e apoio de implementações relacionadas ao tema (BROCKVELD; VENANCIO, 2022).

Apesar do tamanho amostral limitado e dos desafios de retenção atribuídos tanto às características da intervenção quanto a fatores individuais, este estudo emprega uma metodologia quali-quantitativa, oferecendo insights sobre padrões de comportamento na implementação de intervenções na APS. Nossos resultados sugerem que a sustentabilidade das implementações na APS pode ser comprometida,

mesmo que os profissionais apresentem traços de prontidão organizacional em suas falas. Aprimorar o engajamento e a prontidão para a mudança pode envolver estratégias com foco em aprimorar os relacionamentos interpessoais dentro da equipe, gerenciar a frequência e magnitude das mudanças, fomentar práticas avançadas e a gestão participativa, e solicitar feedback (HARRISON; CHAUHAN; LEDAO; MINBASHIAN *et al.*, 2022), ao mesmo tempo em que os ganhos potenciais são elucidados (BARTUNEK; ROUSSEAU; RUDOLPH; DEPALMA, 2006). À luz dessas considerações, metodologias que promovam processos contínuos dentro de ambientes de saúde, otimizando o fluxo de trabalho e fomentando um senso de propriedade entre os profissionais, são imperativas. Isso pode capacitá-los a desempenhar um papel significativo em medidas proativas, como busca ativa de casos, vigilância nutricional, programação de saúde adaptada às necessidades individuais e estratificação de riscos (MACHADO; LACERDA; COLUSSI; CALVO, 2021), priorizando consequentemente ações preventivas de saúde para os usuários. Combinar essas estratégias com a contínua provisão das ferramentas instrumentais necessárias para institucionalizar processos dentro da rotina de trabalho, como o guia alimentar, pode melhorar significativamente a adesão e resultados a longo prazo.

Este estudo destaca discussões significativas sobre as relações interpessoais entre profissionais de saúde, fundamentais para o funcionamento adequado dos serviços de saúde de rotina. A gestão deve priorizar a garantia de equipes completas dentro das unidades de saúde, idealmente adotando o modelo da Estratégia Saúde da Família (MENDONÇA; LIMA; PEREIRA; MARTINS, 2023), e minimizar as transferências de pessoal entre unidades (TONELLI; LEAL; TONELLI; VELOSO *et al.*, 2018) para mitigar a rotatividade de profissionais e preservar a experiência acumulada dentro da equipe. Além disso, fomentar a integração de conhecimentos e práticas demanda um processo contínuo de educação permanente, treinamento e reciclagem para os profissionais da APS (BARBOSA; DAMASCENO; SILVEIRA; COSTA *et al.*, 2019), não apenas dentro de seus respectivos domínios, mas também entre disciplinas. Essa abordagem é indispensável para promover dinâmicas de equipe coesas e estabelecer relacionamentos sólidos com os usuários do serviço.

Através da avaliação abrangente da prontidão organizacional usando o questionário ORIC-BR, obtivemos insights sutis sobre o comprometimento e a eficácia dos profissionais de saúde, enriquecendo nossa compreensão do contexto organizacional e suas implicações para o sucesso da implementação. Além disso,

nossa investigação qualitativa identificou efetivamente barreiras e facilitadores contextuais, fornecendo insights acionáveis para aprimorar estratégias de implementação em cenários de APS. Ao contribuir para o amplo discurso sobre ciência da implementação, nossa pesquisa oferece estratégias acionáveis para informar práticas baseadas em evidências e decisões políticas na entrega de cuidados de saúde. Ao alavancar esses aspectos para refinar estratégias de implementação e fomentar uma cultura de melhoria contínua, é possível ampliar a probabilidade de resultados bem-sucedidos de implementação em cenários de APS, melhorando, em última instância, o cuidado ao paciente e os resultados de saúde.

7 CONCLUSÃO

Em conclusão, este estudo fornece informações valiosas sobre as complexidades da implementação de intervenções nos ambientes da APS, elucidando barreiras e facilitadores que influenciam na prontidão organizacional dos profissionais de saúde. A utilização do Quadro Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) como orientador, auxilia a identificar os principais determinantes que moldam o sucesso das iniciativas de implementação nos níveis individual e organizacional.

Apesar das limitações decorrentes do tamanho da amostra, o estudo sublinha a importância de avaliar e abordar continuamente a prontidão organizacional ao longo do processo de implementação. Ao empregar uma abordagem de métodos mistos, integrando entrevistas qualitativas e avaliações quantitativas utilizando o CFIR, garantimos o rigor metodológico, aumentando a profundidade e abrangência das nossas conclusões. Além disso, o desenho longitudinal facilitou comparações entre as fases de pré-implementação e pós-implementação, oferecendo insights sobre a evolução da prontidão organizacional e o impacto das estratégias de implementação ao longo do tempo.

Contudo, é fundamental reconhecer a limitação do estudo no que diz respeito à discussão sobre sustentabilidade para além da fase pós-implementação imediata. A implementação sustentável necessita de apoio, monitorização e adaptação contínuos para garantir um sucesso duradouro. A falta de uma exploração robusta dos fatores de sustentabilidade dificulta a generalização e a aplicabilidade das nossas conclusões a contextos de APS em larga escala.

A investigação futura deverá adotar uma abordagem mais robusta e contextualmente sensível à avaliação de estratégias de implementação em contextos de APS. Isto implica avaliações abrangentes da eficácia estratégica, consideração de nuances contextuais e um foco na sustentabilidade para promover melhorias duradouras na prestação de cuidados de saúde. A incorporação do feedback das partes interessadas com adaptação das estratégias de implementação pode promover

uma cultura de melhoria contínua e abordar proativamente os desafios identificados. Sugere-se que a prontidão organizacional dos profissionais de uma organização seja aferida antes, durante e posteriormente à implementação, buscando identificar quais características podem ser modificadas na metodologia do estudo para evitar que o comprometimento e eficácia dos profissionais sejam reduzidos.

8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Realizar estudos sobre a ciência da implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para avaliar a sustentabilidade das ações e políticas públicas propostas, possibilitando ajustes na forma como são aplicadas nos serviços. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua capacidade de estabelecer vínculos e executar ações no território, deve ser destacada nessas intervenções, especialmente considerando as principais barreiras encontradas, como a dificuldade de retenção de profissionais e a falta de integração das equipes. Para superar tais desafios, é essencial trabalhar os atributos essenciais e derivados da APS por meio da ESF. A prontidão dos profissionais pode ser aprimorada aproveitando os benefícios oferecidos por esse serviço, como a melhoria na avaliação e monitoramento das ações de saúde, evitando assim a priorização do assistencialismo em detrimento das relações. Destaca-se que a cartilha de introdução alimentar, o plano de intervenção para as estratégias propostas e o vídeo roteirizando a abordagem assíncrona representam produtos técnicos resultantes desse trabalho, os quais podem contribuir significativamente para fortalecer a implementação eficaz das práticas na APS permitindo modificações que facilitem o processo.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; OLIVEIRA, L. B.; PAIVA, S. M.; GUARNIZO-HERREÑO, C. *et al.* Impact of the first thousand days of life on dental caries through the life course: a transdisciplinary approach. **Braz Oral Res**, 36, p. e113, 2022.
- ADELSON, P.; YATES, R.; FLEET, J.-A.; MCKELLAR, L. Measuring organizational readiness for implementing change (ORIC) in a new midwifery model of care in rural South Australia. **BMC Health Services Research**, 21, n. 1, p. 368, 2021/04/20 2021.
- AERTS, N.; VAN ROYEN, K.; VAN BOGAERT, P.; PEREMANS, L. *et al.* Understanding factors affecting implementation success and sustainability of a comprehensive prevention program for cardiovascular disease in primary health care: a qualitative process evaluation study combining RE-AIM and CFIR. **Prim Health Care Res Dev**, 24, p. e17, Mar 8 2023.
- AGOSTI, M.; TANDOI, F.; MORLACCHI, L.; BOSSI, A. Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. **Pediatr Med Chir**, 39, n. 2, p. 157, Jun 28 2017.
- ALMEIDA, P. F. D.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 42, 2018.
- ASHCRAFT, L. E.; MOON, D. J.; MERLIN, J. S.; EACK, S. M. *et al.* Quantifying implementation strategy and dissemination channel preferences and experiences for pain management in primary care: a novel implementer-reported outcome. **Implement Sci Commun**, 3, n. 1, p. 128, Dec 9 2022.
- BARBOSA, L. G.; DAMASCENO, R. F.; SILVEIRA, D. M. M. L. D.; COSTA, S. D. M. *et al.* Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, 27, 2019.
- BARTUNEK, J. M.; ROUSSEAU, D. M.; RUDOLPH, J. W.; DEPALMA, J. A. On the Receiving End: Sensemaking, Emotion, and Assessments of an Organizational Change Initiated by Others. **The Journal of Applied Behavioral Science**, 42, n. 2, p. 182-206, 2006/06/01 2006.
- BAUER, M. S.; KIRCHNER, J. Implementation science: What is it and why should I care? **Psychiatry Research**, 283, p. 112376, 2020/01/01/ 2020.
- BIRHANU, Z. A.-O.; ABAMECHA, F.; BERHANU, N.; DUKESSA, T. *et al.* Patients' healthcare, education, engagement, and empowerment rights' framework: Patients', caretakers' and health care workers' perspectives from Oromia, Ethiopia. n. 1932-6203 (Electronic).
- BOCH, S. J.; CHISOLM, D. J.; KAMINSKI, J. W.; KELLEHER, K. J. Home quality and child health: Analysis of the Survey of Income and Program Participation. **J Child Health Care**, 25, n. 4, p. 603-615, Dec 2021.

BOMFIM, R. A.; BRAFF, E. C.; FRAZÃO, P. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão em português (Brasil) do questionário Prontidão Organizacional para Implementação de Mudança para implementação de mudança em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 23, 2020.

BROCKVELD, L. D. S. M.; VENANCIO, S. I. Os dentistas estão preparados para a promoção da amamentação e alimentação complementar saudável? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 32, 2022.

CAINELLI, E. C.; GONDINHO, B. V. C.; PALACIO, D. D. C.; OLIVEIRA, D. B. *et al.* Ultra-processed foods consumption among children and associated socioeconomic and demographic factors. **Einstein (Sao Paulo)**, 19, p. eAO5554, 2021.

COLOMBINI, M. A.-O.; MAYHEW, S. H.; GARCÍA-MORENO, C.; D'OLIVEIRA, A. F. *et al.* Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. n. 1472-6963 (Electronic).

CORRÊA REZENDE, J. L.; DE MEDEIROS FRAZÃO DUARTE, M. C.; MELO, G.; DOS SANTOS, L. C. *et al.* Food-based dietary guidelines for children and adolescents. **Front Public Health**, 10, p. 1033580, 2022.

DAMSCHRODER, L. J.; ARON, D. C.; KEITH, R. E.; KIRSH, S. R. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implement Sci**, 4, p. 50, Aug 7 2009.

DE ALMEIDA FILHO, N. M. [Contexts, impasses and challenges for training Public Health workers in Brazil]. **Cien Saude Colet**, 18, n. 6, p. 1677-1682, Jun 2013.

DE SOUZA, M. S.; VAZ, J. D. S.; MARTINS-SILVA, T.; BOMFIM, R. A.-O. *et al.* Ultra-processed foods and early childhood caries in 0-3-year-olds enrolled at Primary Healthcare Centers in Southern Brazil. n. 1475-2727 (Electronic).

DELLA TORRE, A. C.; MARQUES, D. V. B.; NOGUEIRA, D. A.; DE BRITO, T. R. P. *et al.* Consumo alimentar na primeira infância: contribuição para os estudos de vigilância alimentar e nutricional. **Journal of Human Growth and Development**, 32, n. 3, p. 193-203, 2022.

DIXON-WOODS, M. Harveian Oration 2018: Improving quality and safety in healthcare. **Clin Med (Lond)**, 19, n. 1, p. 47-56, Jan 2019.

FAO. **Evaluation of certain food additives and contaminants: sixty-eighth report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives.** World Health Organization, 2007. 924120947X.

FELDENS, C. A.; GIUGLIANI, E. R.; DUNCAN, B. B.; DRACHLER MDE, L. *et al.* Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. **Community Dent Oral Epidemiol**, 38, n. 4, p. 324-332, Aug 2010.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Dietary practices in relation to the Dietary guidelines for the Brazilian population: associated factors among Brazilian adults, 2018. **Epidemiol Serv Saude**, 29, n. 1, p. e2019045, 2020.

GABE, K. T.; TRAMONTT, C. R.; JAIME, P. C. Implementation of food-based dietary guidelines: conceptual framework and analysis of the Brazilian case. **Public Health Nutr**, 24, n. 18, p. 6521-6533, Dec 2021.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **Am J Public Health**, 89, n. 9, p. 1322-1327, Sep 1999.

GOMES MONTEIRO GDA, S.; MACÁRIO DE ASSIS, M.; ALVIM LEITE, M.; LOURES MENDES, L. Assessing the nutritional information for children younger than two years old available on popular websites. **Rev Paul Pediatr**, 34, n. 3, p. 287-292, Sep 2016.

HARRISON, R.; CHAUHAN, A.; LE-DAO, H.; MINBASHIAN, A. *et al.* Achieving change readiness for health service innovations. **Nursing Forum**, 57, n. 4, p. 603-607, 2022/07/01 2022.

HERSCOVITCH, L.; MEYER, J. P. Commitment to organizational change: extension of a three-component model. **J Appl Psychol**, 87, n. 3, p. 474-487, Jun 2002.

HILL, A. L.; ZACHOR, H.; JONES, K. A.; TALIS, J. *et al.* Trauma-Informed Personalized Scripts to Address Partner Violence and Reproductive Coercion: Preliminary Findings from an Implementation Randomized Controlled Trial. **J Womens Health (Larchmt)**, 28, n. 6, p. 863-873, Jun 2019.

HULL, L.; ATHANASIOU T FAU - RUSS, S.; RUSS, S. Implementation Science: A Neglected Opportunity to Accelerate Improvements in the Safety and Quality of Surgical Care. n. 1528-1140 (Electronic).

KANNO, N. D. P.; PEDUZZI, M.; GERMANI, A. C. C. G.; SOÁREZ, P. C. D. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, 39, 2023.

KEITH, R. E.; CROSSON, J. C.; O'MALLEY, A. S.; CROMP, D. *et al.* Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. **Implement Sci**, 12, n. 1, p. 15, Feb 10 2017.

KRUSZYŃSKA-FISCHBACH, A. A.-O.; SYSKO-ROMAŃCZUK, S. A.-O.; NAPIÓRKOWSKI, T. M.; NAPIÓRKOWSKA, A. A.-O. *et al.* Organizational e-Health Readiness: How to Prepare the Primary Healthcare Providers' Services for Digital Transformation. LID - 10.3390/ijerph19073973 [doi] LID - 3973. n. 1660-4601 (Electronic).

KYOMUHANGI, T.; MANALILI, K.; KABAKYENGA, J.; TURYAKIRA, E. *et al.* Health system strengthening using a Maximizing Engagement for Readiness and Impact (MERI) Approach: A community case study. n. 2296-2565 (Electronic).

- LEME, A.; FISBERG, R.; THOMPSON, D.; PHILIPPI, S. *et al.* "Brazilian Children's Dietary Intake in Relation to Brazil's New Nutrition Guidelines: A Systematic Review". **Current Nutrition Reports**, Current Nutrition Reports, 06/01 2019.
- LEWIS, C. C.; METTERT, K. D.; DORSEY, C. N.; MARTINEZ, R. G. *et al.* An updated protocol for a systematic review of implementation-related measures. **Syst Rev**, 7, n. 1, p. 66, Apr 25 2018.
- LIMA, G. K. M. D.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. D. A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde em Debate**, 44, 2020.
- LIU, J.; PONZER, S.; FARROKHANIA, N.; MASIELLO, I. Evaluation of interprofessional teamwork modules implementation in an emergency department – A mixed-methods case study of implementation fidelity. **BMC Health Services Research**, 21, n. 1, p. 853, 2021/08/21 2021.
- LOPES, M. S.; FREITAS, P. P.; CARVALHO, M. C. R.; FERREIRA, N. L. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Fam Pract**, 38, n. 1, p. 4-10, Feb 4 2021.
- MACHADO, P. M. D. O.; LACERDA, J. T. D.; COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30, 2021.
- MAIA, E. G.; COSTA, B. V. L.; COELHO, F. S.; GUIMARÃES, J. S. *et al.* [Analysis of TV food advertising in the context of recommendations by the Food Guide for the Brazilian Population]. **Cad Saude Publica**, 33, n. 4, p. e00209115, May 18 2017.
- MAIS, L. A.; DOMENE, S. M.; BARBOSA, M. B.; TADDEI, J. A. [Diagnosis of complementary feeding practices for creating a matrix model for action in primary health care]. **Cien Saude Colet**, 19, n. 1, p. 93-104, Jan 2014.
- MATHIESON, A.; GRANDE, G.; LUKER, K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. **Prim Health Care Res Dev**, 20, p. e6, Jan 2019.
- MEANS, A. R.; KEMP, C. G.; GWAYI-CHORE, M.-C.; GIMBEL, S. *et al.* Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. **Implementation Science**, 15, n. 1, p. 17, 2020/03/12 2020.
- MENDONÇA, F. D. F.; LIMA, L. D. D.; PEREIRA, A. M. M.; MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, 47, n. 137 abr-jun, p. 13-30, 05/28 2023.
- MORAES DOS SANTOS, M. L.; ZAFALON, E. J.; BOMFIM, R. A.; KODJAOGLANIAN, V. L. *et al.* Impact of distance education on primary health care indicators in central Brazil: An ecological study with time trend analysis. **PLoS One**, 14, n. 3, p. e0214485, 2019.

NAJA, F.; KHALEEL, S.; ALHAJERI, M. E.; AJLAN, B. Y. *et al.* The Bahraini food based dietary guidelines: a holistic perspective to health and wellbeing. **Front Public Health**, 11, p. 1182075, 2023.

NEVES, R. O.; NUNES, L. M.; SILVEIRA, L. O.; LIMA, M. R. *et al.* Functional constipation symptoms and complementary feeding methods: A randomized clinical trial. **An Pediatr (Engl Ed)**, 98, n. 4, p. 267-275, Apr 2023.

NYARKO, M. J.; VAN ROOYEN, D.; TEN HAM-BALOYI, W. Preventing malnutrition within the first 1000 days of life in under-resourced communities: An integrative literature review. **Journal of Child Health Care**, p. 13674935231166427, 2023.

OLIVEIRA, M.; SANTOS, L. Dietary guidelines for Brazilian population: an analysis from the cultural and social dimensions of food. **Cien Saude Colet**, 25, n. 7, p. 2519-2528, Jul 8 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 22, 2018.

PETERMANN, V. M.; BIDDELL, C. B.; PLANEY, A. M.; SPEES, L. P. *et al.* Assessing the pre-implementation context for financial navigation in rural and non-rural oncology clinics. n. 2813-0146 (Electronic).

POWELL, B. J.; STANICK, C. F.; HALKO, H. M.; DORSEY, C. N. *et al.* Toward criteria for pragmatic measurement in implementation research and practice: a stakeholder-driven approach using concept mapping. **Implementation Science**, 12, n. 1, p. 118, 2017/10/03 2017.

POWELL, B. J.; WALTZ, T. J.; CHINMAN, M. J.; DAMSCHRODER, L. J. *et al.* A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. **Implement Sci**, 10, p. 21, Feb 12 2015.

PRATT, R.; SAMAN, D. M.; ALLEN, C.; CRABTREE, B. *et al.* Assessing the implementation of a clinical decision support tool in primary care for diabetes prevention: a qualitative interview study using the Consolidated Framework for Implementation Science. **BMC Med Inform Decis Mak**, 22, n. 1, p. 15, Jan 15 2022.

RAINE, R.; FITZPATRICK, R.; BARRATT, H.; BEVAN, G. *et al.* Health Services and Delivery Research. *In: Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health*. Southampton (UK): NIHR Journals Library

RAPSON, J. P.; VON HURST, P. R.; HETHERINGTON, M. M.; MAZAHERY, H. *et al.* Starting complementary feeding with vegetables only increases vegetable acceptance at 9 months: a randomized controlled trial. **Am J Clin Nutr**, 116, n. 1, p. 111-121, Jul 6 2022.

RICARDI, L. M.; DE SOUSA, M. F. [Ongoing food and nutrition education within the family health strategy: points of agreement and disagreement in major Brazilian cities]. **Cien Saude Colet**, 20, n. 1, p. 209-218, Jan 2015.

SACCA, L. A.-O.; SHEGOG, R.; HERNANDEZ, B.; PESKIN, M. *et al.* Barriers, frameworks, and mitigating strategies influencing the dissemination and implementation of health promotion interventions in indigenous communities: a scoping review. n. 1748-5908 (Electronic).

SAHU, P. K.; DALCIK, H.; DALCIK, C.; GUPTA, M. M. *et al.* Best practices for effective implementation of online teaching and learning in medical and health professions education: during COVID-19 and beyond. n. 2327-8994 (Electronic).

SANTOS, F. P. F. R. D.; CAZOLA, L. H. D. O.; CUNHA, I. P. Método da estimativa rápida participativa no planejamento da equipe de saúde bucal. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, p. 7000044-7000044, 2021.

SAVIO, R. O.; BARRETO, M. F. C.; PEDRO, D. R. C.; COSTA, R. G. *et al.* Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 34, 2021.

SHEA, C. M.; JACOBS, S. R.; ESSERMAN, D. A.; BRUCE, K. *et al.* Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. **Implementation Science**, 9, n. 1, p. 7, 2014/01/10 2014.

SILVA, S. F. D.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, 2014.

SMITH, M. W.; HUGHES, A. M.; BROWN C FAU - RUSSO, E.; RUSSO E FAU - GIARDINA, T. D. *et al.* Test results management and distributed cognition in electronic health record-enabled primary care. n. 1741-2811 (Electronic).

STANHOPE, V.; ROSS, A.; CHOY-BROWN, M.; JESSELL, L. A Mixed Methods Study of Organizational Readiness for Change and Leadership During a Training Initiative Within Community Mental Health Clinics. **Adm Policy Ment Health**, 46, n. 5, p. 678-687, Sep 2019.

STORKHOLM, M. H.; MAZZOCATO, P.; TESSMA, M. K.; SAVAGE, C. Assessing the reliability and validity of the Danish version of Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC). **Implementation Science**, 13, n. 1, p. 78, 2018/06/05 2018.

SÖLING, S.; PFAFF, H.; KARBACH, U.; ANSMANN, L. *et al.* How is leadership behavior associated with organization-related variables? Translation and psychometric evaluation of the implementation leadership scale in German primary healthcare. **BMC Health Serv Res**, 22, n. 1, p. 1065, Aug 20 2022.

TEIXEIRA ALVES, F. B.; CHIBINSKI, A. C.; ABANTO, J.; RAGGIO, D. P. Alimentação do bebê nos dois primeiros anos de vida: o papel do cirurgião-dentista enquanto agente de promoção de saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, 51, n. 3, p. 31-36, 11/25 2010.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. D. R.; TONELLI, W. F. Q.; VELOSO, D. C. M. D. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, 23, n. 2, 10/22 2018.

VAN KNIPPENBERG, B.; MARTIN, L.; TYLER, T. Process-orientation versus outcome-orientation during organizational change: the role of organizational identification. **Journal of Organizational Behavior**, 27, n. 6, p. 685-704, 2006/09/01 2006.

VAN LIESHOUT, J.; HUNTINK, E.; KOETSENRIJTER, J.; WENSING, M. Tailored implementation of cardiovascular risk management in general practice: a cluster randomized trial. **Implementation Science**, 11, n. 1, p. 115, 2016/08/11 2016.

VOSSENAAR M FAU - DOAK, C. M.; DOAK CM FAU - SOLOMONS, N. W.; SOLOMONS, N. W. Challenges in the elaboration of a field interview instrument to capture information for the evaluation of adherence to the WHO/PAHO Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. n. 0379-5721 (Print).

WALTZ, T. J.; POWELL, B. J.; MATTHIEU, M. M.; DAMSCHRODER, L. J. *et al.* Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. **Implementation Science**, 10, n. 1, p. 109, 2015/08/07 2015.

WARNER, G.; KERVIN, E.; PESUT, B.; URQUHART, R. *et al.* How do inner and outer settings affect implementation of a community-based innovation for older adults with a serious illness: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, 21, n. 1, p. 42, 2021/01/07 2021.

WEINER, B. J. A theory of organizational readiness for change. **Implement Sci**, 4, p. 67, Oct 19 2009.

WEINER, B. J.; LEWIS, C. C.; STANICK, C.; POWELL, B. J. *et al.* Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. **Implementation Science**, 12, n. 1, p. 108, 2017/08/29 2017.

WOLFENDEN, L.; FOY, R.; PRESSEAU, J.; GRIMSHAW, J. M. *et al.* Designing and undertaking randomised implementation trials: guide for researchers. **Bmj**, 372, p. m3721, Jan 18 2021.

WU, G.; BAZER, F. W.; CUDD, T. A.; MEININGER, C. J. *et al.* Maternal nutrition and fetal development. **J Nutr**, 134, n. 9, p. 2169-2172, Sep 2004.

ZHOU, Q.; CHEN, H.; YOUNGER, K. M.; CASSIDY, T. M. *et al.* "I was determined to breastfeed, and I always found a solution": successful experiences of exclusive breastfeeding among Chinese mothers in Ireland. **Int Breastfeed J**, 15, n. 1, p. 47, May 20 2020.

ZHOU, Y.; XU, Y. Nutrition and Metabolism in the First 1000 Days of Life. *In: Nutrients*. Switzerland, 2023. v. 15.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento ORIC/BR adaptado

EFICÁCIA	COMPROMETIMENTO
<p>ORIC 2. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão acompanhar o progresso da implementação dessa mudança.</p>	<p>ORIC 1. As pessoas que trabalham aqui estão empenhadas na implementação dessa mudança.</p>
<p>ORIC 4. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que a organização dará apoio às pessoas enquanto elas se adaptam a essa mudança.</p>	<p>ORIC 3. As pessoas que trabalham aqui farão tudo que for necessário para implementar essa mudança.</p>
<p>ORIC 6. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão manter o ritmo da implementação dessa mudança.</p>	<p>ORIC 5. As pessoas que trabalham aqui querem implementar essa mudança.</p>
<p>ORIC 7. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que conseguirão enfrentar os desafios que possam surgir na implementação dessa mudança.</p>	<p>ORIC 8. As pessoas que trabalham aqui estão determinadas a implementar essa mudança.</p>
<p>ORIC 9. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão coordenar tarefas para que a implementação seja realizada sem problemas.</p>	<p>ORIC 10. As pessoas que trabalham aqui estão motivadas a implementar essa mudança.</p>
<p>ORIC 11. As pessoas que trabalham aqui se sentem confiantes de que poderão administrar a política de implementação dessa mudança.</p>	

ANEXO B – Termo de responsabilidade e autorização

046/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Jussara Soares Ruyssas, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º. 098.833.031-43, portador (a) do documento de Identidade sob n.º. 1.985.231, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. da Liberdade, N.º. 1122, Bairro: Alto do Bonfim, nesta Capital, telefone n.º. 67.99.835.4383, pesquisador(a) do Curso de Pós-graduação Multiprofissional, da Instituição SESAU/PROBUD com o título do projeto de pesquisa: "Prontidão Organizacional para a Implementação de um Guia de Introdução Alimentar no Município de Campo Grande/MS", o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 19 de Julho de 2021.

Jussara Soares Ruyssas
Pesquisador (a)

Jonix Catarina de O. Piazzi

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS
Gestão de Educação Permanente
SEM/SES/PROBUD

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM GUIA DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS

Pesquisador: GIOVANA SOARES BUZINARO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56756922.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.379.008

Apresentação do Projeto:

O projeto "PRONTIDÃO ORGANIZACIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM GUIA DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS" tem por finalidade avaliar a prontidão organizacional dos profissionais dos serviços de saúde, prévia e posteriormente à implementação de uma cartilha para a introdução alimentar de crianças de 0 a 2 anos. Mediante os resultados obtidos será possível medir o quão apto os profissionais da Atenção Primária à Saúde estão prontos e preparados para implementar a cartilha de introdução alimentar. Os resultados poderão indicar o quão efetiva será a sua implementação como política pública, além de melhorar hábitos nutricionais de famílias atendidas.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Cartilha de Introdução Alimentar

Cardápio

Cereais

ESCOLHA APENAS 1 TIPO POR REFEIÇÃO
Arroz, Aveia, Batata, Batata Doce, Cará, Inhame, Fubá, Pão, Farinha De Mandioca, Mandioquinha, Macarrão, Milho, Pão, Mandioca.

Carnes e ovos

ESCOLHA APENAS 1 TIPO POR REFEIÇÃO
Carne bovina, Frango, Ovo cozido, Filé de peixe, miúdos, carne suína.

- Fígado, acém ou músculo;
- Oferecer sem pele e sem osso;
- Primeiro a gema cozida, e aos poucos oferecer a clara também cozida;

Feijão

ESCOLHA APENAS 1 TIPO POR REFEIÇÃO
Feijão carioca, feijão preto, lentilha, grão de bico, soja ;

- Comece oferecendo o caldo, em seguida grãos amassados e observe a digestão da criança.

Legumes e verduras

ESCOLHA DE 1 A 3 TIPOS POR REFEIÇÃO
Abóbora, Abobrinha, Acelga, Agrião, Aipo, Alface, Couve, Almeirão, Alho poró, Berinjela, Beterraba, Brócolis, Cenoura, Chicória, Chuchu, Couve-flor, Vagem, Jiló, Maxixe, Quiabo.

Frutas

ESCOLHA APENAS 1 TIPO POR REFEIÇÃO
Banana, Maça, Mamão, Manga, Caqui, Abacaxi, Pera, Melão, Frutas da Estação, Goiaba, Laranja.

Receita de papa salgada

1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;

+

1 alimento do grupo dos feijões;

+

1 ou + alimentos do grupo dos legumes e verduras;

+

1 alimento do grupo das carnes e ovos.

Opcional: um pedaço pequeno de fruta.

ELABORAÇÃO
**Equipe Hattiaia
USF Tiradentes**
Giovana Soares Buzinaro CROMS 7049
Maria Eugênia Pissin COREN 619797

Equipe NASF Universitário
Priscila Cherley de Araújo Ortiz CRNMS12172

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA
Dez Passos Para Uma Alimentação Saudável
Organização Mundial da Saúde(OMS)

Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos: Um Guia para o profissional da saúde na Atenção Básica.
Ministério da Saúde - 2a Edição - Brasília/DF - 2019

Acesso online



Introdução Alimentar





Ambiente de Refeição

A partir do sexto mês de vida, o aleitamento materno deve continuar a ser realizado mesmo com a alimentação complementar, até no mínimo 2 anos de idade.

O ambiente deve ser calmo, e a refeição deve ser realizada com tempo. Oferecer pedaços dos alimentos para o bebê segurar, permitindo que a criança experimente novas texturas e sabores e aprenda a mastigar, diferenciando os alimentos. É importante oferecer água ao bebê durante o dia.

A PARTIR DOS 6 MESES

Café da manhã	Leite materno
Lanche da manhã	Fruta e leite materno
Almoço	Papa salgada
Lanche da tarde	Fruta e leite materno
Jantar e Antes de dormir	Leite materno

A PARTIR DOS 7 MESES

Mantém quadro anterior, mas no jantar o leite materno é substituído por papa salgada.

A inclusão de ovos, peixes e glúten deve ser feita até o 10º mês, para evitar intolerância.

A PARTIR DOS 12 MESES

Café da manhã	Fruta e leite materno
Lanche da manhã	Fruta e leite materno
Almoço	Refeição da Família
Lanche da tarde	Fruta e leite materno
Jantar	Refeição da Família
Antes de dormir	Leite materno

Grupo de Alimentos Quantidade

AOS 6 MESES

Cereais	01 colher de sopa
Carnes e ovos	1/2 colher de
Legumes/verduras	sopa 01 colher de
Feijões	sopa 1/2 colher
Frutas	de sopa 1/2 fruta

AOS 9 MESES

Cereais	02 colheres de sopa
Carnes e ovos	01 colher de sopa
Legumes e verduras	02 colheres de sopa
Feijões	01 colher de sopa
Frutas	01 fruta

AOS 12 MESES

Cereais	03 colheres de sopa
Carnes e ovos	1 + 1/2 colheres de sopa
Legumes e verduras	03 colheres de sopa
Feijões	1 + 1/2 colheres de sopa
Frutas	1 + 1/2 frutas

Qual tempero utilizar?

Preparar os alimentos usando óleo, cebola, alho, pouco sal e cheiro verde. Os temperos devem ser apenas refogados, não deixe queimar a cebola e o alho.

Como preparar refeições?

Não se recomenda bater os alimentos no liquidificador. Eles devem ser amassados/desfiados e dispostos sem misturar no prato, como na imagem a seguir:



Os alimentos devem ser introduzidos de maneira lenta, gradual e preferencialmente de formas diferentes. Segundo o Ministério da Saúde é necessário ofertar de 8 a 10 vezes um alimento para aceitação da criança.

Evitar itens como frituras, enlatados, salsicha, refrigerantes, café, salgadinhos, balas e açúcar adicionado nos alimentos, pelo menos até os dois anos. Mel não deve ser ingerido antes de 2 anos de idade, evitando uma doença chamada botulismo.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Prontidão organizacional para a implementação de um guia de introdução alimentar no município de Campo Grande/MS”**, desenvolvida pelos pesquisadores Giovana Soares Buzinaro e Rafael Aiello Bomfim.

O objetivo central do estudo é verificar se os profissionais envolvidos na consulta de puericultura estão aptos a implementar a cartilha de alimentação saudável concomitantemente à identificação da existência de divergências entre os diferentes profissionais da saúde quanto à prontidão organizacional.

O convite para a sua participação se deve aos critérios de inclusão desta pesquisa. Os participantes serão profissionais de nível superior da equipe de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) envolvidos na realização de consultas de puericultura em crianças de 0 até 2 anos. O universo será da Atenção Primária à Saúde e será conduzido em 4 Unidades de Saúde da Família do Município de Campo Grande/MS. O critério de inclusão será de profissionais das categorias supracitadas que estejam trabalhando na Unidades de Saúde da APS independentemente do sexo, idade e anos de graduação. Os critérios para exclusão serão profissionais que estejam afastados, menores de 18 anos de idade e a recusa pessoal.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Será realizada entrevista estruturada qualitativa inicial, gravada apenas se houver a sua autorização. Posterior a ela, será aplicado o questionário ORIC-Br, previamente à implementação de Cartilha elaborada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 4 unidades de saúde, após o primeiro mês da pesquisa e 3 meses posteriormente à implementação. Ela contém orientação sobre introdução alimentar como: ambiente das refeições, cardápio conforme idade, preparo de refeições e grupos alimentares. Caso você aceite, serão realizados registros fotográficos nos momentos da pesquisa. Todas as fases desta pesquisa serão feitas de forma presencial na sua unidade de saúde de lotação, incluindo a aplicação do questionário e a realização da entrevista.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 10 minutos, e do questionário aproximadamente 15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o progresso da ciência na área de Saúde Pública, principalmente com direcionamento para as políticas de alimentação saudável. Também colabora para a produção acadêmica, diagnósticos nos serviços da Atenção Primária à saúde e elaboração de políticas públicas no setor. Não haverá nenhum prejuízo ou eventos adversos na sua participação na referida pesquisa, ela resultará em acesso a informações e conhecimentos sobre o tema.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Os riscos são mínimos, relativos ao constrangimento. Para minimizá-los, você pode não autorizar sua participação. Você não será pago para participar desta pesquisa. Em caso de gastos decorrentes da sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa, você será indenizado.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email giovanabuzinaro20@gmail.com, do telefone (67) 998354383, ou por meio do endereço Instituto Integrado de Saúde da UFMS (INISA/UFMS) localizado no Prédio 12 - 1º andar/Secretaria do Mestrado Profissional em Saúde da Família localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, CEP: 79070900; Campo Grande – MS. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

marque esta opção se você concorda que durante sua participação na pesquisa seja realizado registro fotográfico e gravação da entrevista.

marque esta opção se você não concorda que durante sua participação na pesquisa seja realizado registro fotográfico e gravação da entrevista.

Assinatura do pesquisador: Giovana Soares Buzinaro

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

APÊNDICE C – Plano de trabalho para a realização das intervenções

Esse plano de trabalho foi desenvolvido com a finalidade de orientar a condução das ações nos braços e clusters definidos para condução da pesquisa.

1 IDENTIFICAÇÃO

Esse plano de trabalho foi desenvolvido com a finalidade de orientar a condução das ações junto aos participantes da pesquisa, com intuito de tornar as ações replicáveis.

1.1 TÍTULO DO PROJETO

Prontidão organizacional na Atenção Primária à Saúde para a implementação de um guia de introdução alimentar no município de Campo Grande, MS.

1.2 INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS (QUANDO HOVER)

Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul.

1.3 EQUIPE EXECUTORA

Nome: Giovana Soares Buzinaro

Telefone: (67) 99930-4383 E-mail: mestrado2022ufms@gmail.com

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Ocupação: Mestrando no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família - UFMS

1.4 LOCAL DE EXECUÇÃO

Oito unidades de saúde da APS de Campo Grande/MS: UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto e Sesau USF Dr. Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto, USF Ana Maria do Couto e USF Dr. Wagner José Bortotto Garcia Mário Covas.

1.15 PERÍODO DE EXECUÇÃO

Março de 2022 a janeiro de 2024

2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS

Foram realizadas ações voltadas para mensurar a prontidão organizacional de profissionais de nível superior (dentistas, médicos e enfermeiros) e identificar quais seriam as possíveis barreiras ou facilitadores envolvidos nos resultados.

No primeiro contato com os profissionais, a cartilha foi apresentada e a mesma intervenção foi realizada: uma entrevista qualitativa elencando questões relacionadas aos domínios de um Quadro Conceitual Consolidado para Implementação, com a finalidade de definir barreiras e facilitadores envolvidos; e a aplicação inicial do instrumento ORIC – BR para mensurar a prontidão organizacional existente naquele momento (pré-implementação).

Nos momentos posteriores da pesquisa, os profissionais estavam divididos em clusters com o intuito de compreender qual seria a melhor estratégia de intervenção (relacionado a melhoria/manutenção de níveis de prontidão organizacional) e o contato foi realizado utilizando diferentes metodologias baseadas na Recomendações de Especialistas para Pesquisas de Implementação.

No último contato com os participantes foi realizada uma nova aplicação do instrumento ORIC-Br, com o objetivo de compreender, em momento pós-implementação, qual a prontidão organizacional dos clusters.

3 RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTOS

Mensurar a prontidão organizacional pré e pós implementação de cartilha de introdução alimentar; identificar as barreiras e facilitadores envolvidos; e compreender qual seria a melhor estratégia de implementação a ser utilizada no contexto da APS.

4 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Unidades: UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto, USF Dr. Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto, USF Ana Maria do Couto, USF Dr. Wagner José Bortotto Garcia Mário Covas, Clínica da Família Dr. Mauro R. Barros Wanderley Iracy Coelho, USF Benedito Martins Gonçalves Oliveira II, USF Dr. Edgar Pedro Raupp Sperb Arnaldo e USF Dr. Milton Kojo Chinen Vila Nasser.

Ação	Momento da Pesquisa	Duração
Explicação da pesquisa: <ul style="list-style-type: none"> • Confeção da Cartilha: motivo da confecção, equipe que realizou. • Público-alvo: Responsáveis de Crianças de 0 a 2 anos. • Relevância do instrumento: Facilitar o acesso às informações necessárias para introdução alimentar. Momento em que o profissional visualizava o instrumento. • Duração da Pesquisa: De 03 a 06 meses em cada unidade, pois caso algum profissional estivesse ausente, a equipe de pesquisa realizaria 02 novas tentativas de retorno. 	Primeiro Contato	3 a 5 minutos
Realização da Entrevista: <ul style="list-style-type: none"> • Caso houvesse concordância com a realização, entrega de TCLE para leitura e preenchimento. • Caso o profissional concordasse, gravação de voz seria feita, caso não realizaríamos a transcrição simultânea. • Leitura das Perguntas e registro das respostas dos profissionais. 	Primeiro Contato	5 a 10 minutos
Aplicação de Instrumento ORIC-BR <ul style="list-style-type: none"> • Orientação da finalidade do instrumento e de seu caráter supraindividual • Orientação da realização conforme escala Likert. 	Primeiro Contato	3 a 5 minutos
Entrega das cartilhas de introdução alimentar para uso com a população.	Primeiro Contato	2 minutos

Unidades: UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto, USF Dr. Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto, USF Ana Maria do Couto, USF Dr. Wagner José Bortotto Garcia Mário Covas, Clínica da Família Dr. Mauro R. Barros Wanderley Iracy Coelho, USF Benedito Martins Gonçalves Oliveira II, USF Dr. Edgar Pedro Raupp Sperb Arnaldo e USF Dr. Milton Kojo Chinen Vila Nasser.

Ação	Momento da Pesquisa	Duração
Explicação da pesquisa: <ul style="list-style-type: none"> • Confeção da Cartilha: motivo da confecção, equipe que realizou. • Público-alvo: Responsáveis de Crianças de 0 a 2 anos. • Relevância do instrumento: Facilitar o acesso às informações necessárias para introdução alimentar. Momento em que o profissional visualizava o instrumento. • Duração da Pesquisa: De 03 a 06 meses em cada unidade, pois caso algum profissional estivesse ausente, a equipe de pesquisa realizaria 02 novas tentativas de retorno. 	Primeiro Contato	3 a 5 minutos
Realização da Entrevista: <ul style="list-style-type: none"> • Caso houvesse concordância com a realização, entrega de TCLE para leitura e preenchimento. • Caso o profissional concordasse, gravação de voz seria feita, caso não realizaríamos a transcrição simultânea. • Leitura das Perguntas e registro das respostas dos profissionais. 	Primeiro Contato	5 a 10 minutos
Aplicação de Instrumento ORIC-BR <ul style="list-style-type: none"> • Orientação da finalidade do instrumento e de seu caráter supraindividual • Orientação da realização conforme escala Likert. 	Primeiro Contato	3 a 5 minutos
Entrega das cartilhas de introdução alimentar para uso com a população.	Primeiro Contato	2 minutos

Unidades do Cluster 1: Clínica da Família Dr. Mauro R. Barros Wanderley Iracy Coelho, USF Benedito Martins Gonçalves Oliveira II, USF Dr. Edgar Pedro Raupp Sperb Arnaldo e USF Dr. Milton Kojo Chinen Vila Nasser.

Ação	Momento da Pesquisa	Duração
Retomada da pesquisa: <ul style="list-style-type: none"> • Saudação ao profissional, perguntando se o mesmo recordava da pesquisa e do seu objetivo. • Nova explicação sobre o objetivo da cartilha. • Questionamento sobre a entrega: local, momento e público da entrega. • Questionamentos pela falta de entrega à população, em casos de ausência total ou parcial de uso da cartilha. 	03 meses após o primeiro encontro	5 a 10 minutos
Segunda aplicação de Instrumento ORIC-BR <ul style="list-style-type: none"> • Orientação da finalidade do instrumento e de seu caráter supraindividual • Orientação da realização conforme escala Likert 	Primeiro Contato	5 a 10 minutos

Unidades do Cluster 2: UBS Jair Garcia de Freitas 26 de Agosto e Sesau USF Dr. Ademar Guedes de Souza Mata do Jacinto.

Ação	Momento da Pesquisa	Duração
<p>Retomada da pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saudação ao profissional, perguntando se o mesmo recordava da pesquisa e do seu objetivo. Nova explicação sobre o objetivo da cartilha. Questionamento sobre a entrega: local, momento e público da entrega. Questionamentos pela falta de entrega à população, em casos de ausência total ou parcial de uso da cartilha. 	01 mês após o primeiro contato	5 a 10 minutos
<p>Estratégia avaliativa e iterativa (feedback) <u>assíncrona individual</u>.</p> <p>Treinamento e educação gerando esclarecimentos que poderiam resultar em maior adesão ao uso da cartilha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Criação de abordagem colaborativa: momento que solicitamos sugestões de como a entrega poderia ser melhor, buscando uma reflexão por parte do profissional das barreiras e facilitadores durante implementação. Reunião educativa: com as falas encontradas nesse momento e na retomada da pesquisa, buscamos orientar o profissional sobre atos que poderiam ser realizados para melhor adesão. Foram pontuados: <ol style="list-style-type: none"> Pactuação em reunião de equipe de uma agenda que abranja a introdução alimentar mensalmente com as crianças cadastradas. Controle da planilha de vigilância da equipe para pactuação da entrega e reforço nas consultas de puericultura. Entrega da cartilha em atendimentos domiciliares, ações no território, equipamentos sociais e demais instituições na abrangência da equipe. Inclusão do tema na última consulta do pré-natal, para orientação da gestante (informações gerais sem necessidade de aprofundamento). 	01 mês após o primeiro contato	10 a 20 minutos
<p>Segunda aplicação de Instrumento ORIC-BR</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientação da finalidade do instrumento e de seu caráter supraindividual Orientação da realização conforme escala Likert 	03 meses após o primeiro contato	5 a 10 minutos

Unidades do Cluster 3: USF Ana Maria do Couto e USF Dr. Wagner José Bortotto Garcia Mário Covas.

Ação	Momento da Pesquisa	Duração
<p>Retomada da pesquisa por vídeo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saudação ao profissional, agradecendo o apoio e perguntando se o mesmo recordava da pesquisa e do seu objetivo. Nova explicação sobre o objetivo da cartilha. 	01 mês após o primeiro contato	5 a 10 minutos

<p>Estratégia avaliativa e iterativa (feedback) <u>síncrona individual</u>.</p> <p>Alcance Educacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de uma pessoa treinada para reunião assíncrona durante a implementação buscando orientá-los sobre a inovação clínica com a intenção de mudar a sua prática. <p>Intervenções personalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião educativa com vídeo: estratégia adaptada em que buscamos orientar o profissional sobre atos que poderiam ser realizados para melhor adesão. O vídeo utilizado está disponível em https://youtu.be/Wyjt3wyFM <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega da cartilha em atendimentos domiciliares, ações no território, equipamentos sociais e demais instituições na abrangência da equipe 2. Utilização da cartilha em consultas de puericultura abrangendo a introdução alimentar. 3. Inclusão do tema no puerpério, para orientação da gestante (informações gerais sem necessidade de aprofundamento). 4. Disponibilização da equipe de pesquisa para auxiliar a equipe na implementação do instrumento. 	01 mês após o primeiro contato	10 a 20 minutos
<p>Segunda aplicação de Instrumento ORIC-BR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação da finalidade do instrumento e de seu caráter supraindividual • Orientação da realização conforme escala Likert 	03 meses após o primeiro contato	5 a 10 minutos