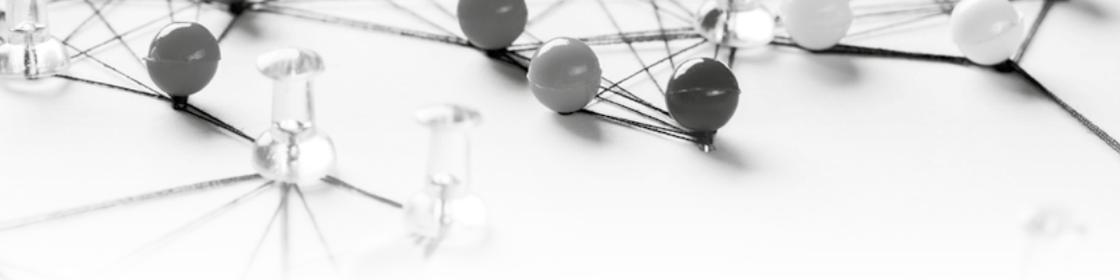


Como avaliar programas e intervenções?

**um guia para avaliações
de necessidades,
implementação e efeitos**

**Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo
José Marcelo Oliveira da Luz
Cláudia de Oliveira Alves**

Organizadores



Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

José Marcelo Oliveira da Luz

Cláudia de Oliveira Alves

Organizadores

Como avaliar programas e intervenções?

**Um guia para avaliações de necessidades,
implementação e efeitos**

São Luís



EDUFMA

2022



Universidade Federal do Maranhão

Reitor Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Vice-reitor Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos



EDUFMA

**Editora da Universidade
Federal do Maranhão**

Diretor Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Conselho editorial

Prof. Dr. Luís Henrique Serra

Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni

Prof. Dr. André da Silva Freires

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa

Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva

Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos

Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda

Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva

Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães

Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues

Prof. Dr. João Batista Garcia

Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas

Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes

Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Copyright © by EDUFMA 2022

Capa e Projeto Gráfico Eduardo César Machado de Jesus

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos / Organização, Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo, José Marcelo Oliveira da Luz, Cláudia de Oliveira Alves — São Luís: EDUFMA, 2022.

364 p.

ISBN 978-65-5363-047-5

1. Psicologia- programas psicossociais 2. Psicologia-saúde mental
3. Intervenções psicossociais- abordagens I. Carozzo, Nádia Prazeres Pinheiro. II. Luz, José Marcelo Oliveira da. III. Alves, Cláudia de Oliveira.

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Luciana Palácio de Moraes- CRB 13/585

EDUFMA | Editora da Universidade Federal do Maranhão

Av. dos Portugueses 1966 | Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br



PREFÁCIO

Sheila Giardini Murta¹

Me alegra ver que meu encontro com os organizadores deste livro no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, no segundo semestre de 2017, quando discutíamos com entusiasmo diferentes abordagens para avaliação de processo de intervenções, foi profícuo, tendo-os motivado a produzir e reunir literatura sobre conteúdos que estudamos naquela ocasião e outros adicionais, tornando-os acessíveis a uma ampla audiência de pesquisadores de língua portuguesa. Me revigora constatar que eles não resistiram ao chamado para organizar este oportuno livro, a despeito da minha advertência de que o caminho poderia ser, por vezes, árduo. A persistência dos organizadores e autores resultaram num conjunto de textos que, muito consistentemente, dialogam com as necessidades do ensino de graduação e pós-graduação relativo à avaliação de intervenções psicossociais e promotoras da saúde mental, além de campos afins.

1 Psicóloga, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Doutora em Psicologia Social, especialista em Análise Política e Políticas Públicas. É docente na Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Coordenadora do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Presidente da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP) (Gestão 2019-2020, 2021-2022). Pesquisa os temas: desenvolvimento, avaliação e difusão de intervenções para promoção da saúde mental e prevenção de agravos à saúde mental para populações em diversos contextos e estágios da vida. Email: giardini@unb.br

A avaliação de estratégias, programas, sistemas e políticas (para simplificar, vou me referir de agora em diante a todas elas como “intervenções”) tem um propósito nobre. Pode servir a diferentes finalidades, dentre as quais elenco estas:

- ◆ Desenvolver e implementar intervenções que sejam sensíveis, compatíveis, relevantes, viáveis e potencialmente efetivas para o contexto local, quando se avalia previamente necessidades para uma intervenção;
- ◆ Identificar benefícios, danos e limitações de diversas modalidades de intervenções implementadas, para permitir escolhas futuras mais factíveis, seguras, efetivas e sustentáveis;
- ◆ Otimizar o uso de recursos privados ou públicos e alocá-los para as intervenções mais seguras e efetivas, ao fazer uso dos achados de avaliações;
- ◆ Captar os mecanismos que geram a mudança esperada e usar este conhecimento para formar novos facilitadores e supervisionar novas implementações, zelando para que tais mecanismos sejam concretizados na implementação;
- ◆ Identificar contextos com maior ou menor prontidão para a implementação de intervenções e utilizar esta informação para compreender sucessos e fracassos na implementação atual e preparar novos contextos tornando-os receptivos a implementações futuras e
- ◆ Facilitar processos participativos e democráticos durante a avaliação, ao construir parcerias e promover o engajamento de lideranças e comunidade local, o que pode também favorecer a sustentabilidade de intervenções efetivas.

Talvez os jovens pesquisadores envolvidos na avaliação de intervenções – e mesmo os mais experientes ao iniciarem novos

projetos – se sintam ansiosos e indecisos frente às muitas escolhas relativas ao tempo da avaliação (começo antes, durante ou após a implementação da intervenção?), ao recorte da avaliação (elejo as necessidades, o processo ou os efeitos da intervenção como foco para o estudo?), ao design do estudo (cabe estudo de caso ou alguma variação de estudos experimentais? Combino ou não abordagens quantitativas e qualitativas?), aos instrumentos e procedimentos de avaliação (uso entrevistas, grupos focais, questionários, escalas, registros documentais, produções artísticas ou observo as interações in loco?), às fontes de informação (ouço os usuários, familiares de usuários, profissionais, lideranças comunitárias, gestores?), ao envolvimento dos atores locais na avaliação (compartilharão ou não poder com a equipe de pesquisa? Serão considerados parceiros, consultores, informantes ou espectadores?) e ao modelo de avaliação (ops! O que é isto?).

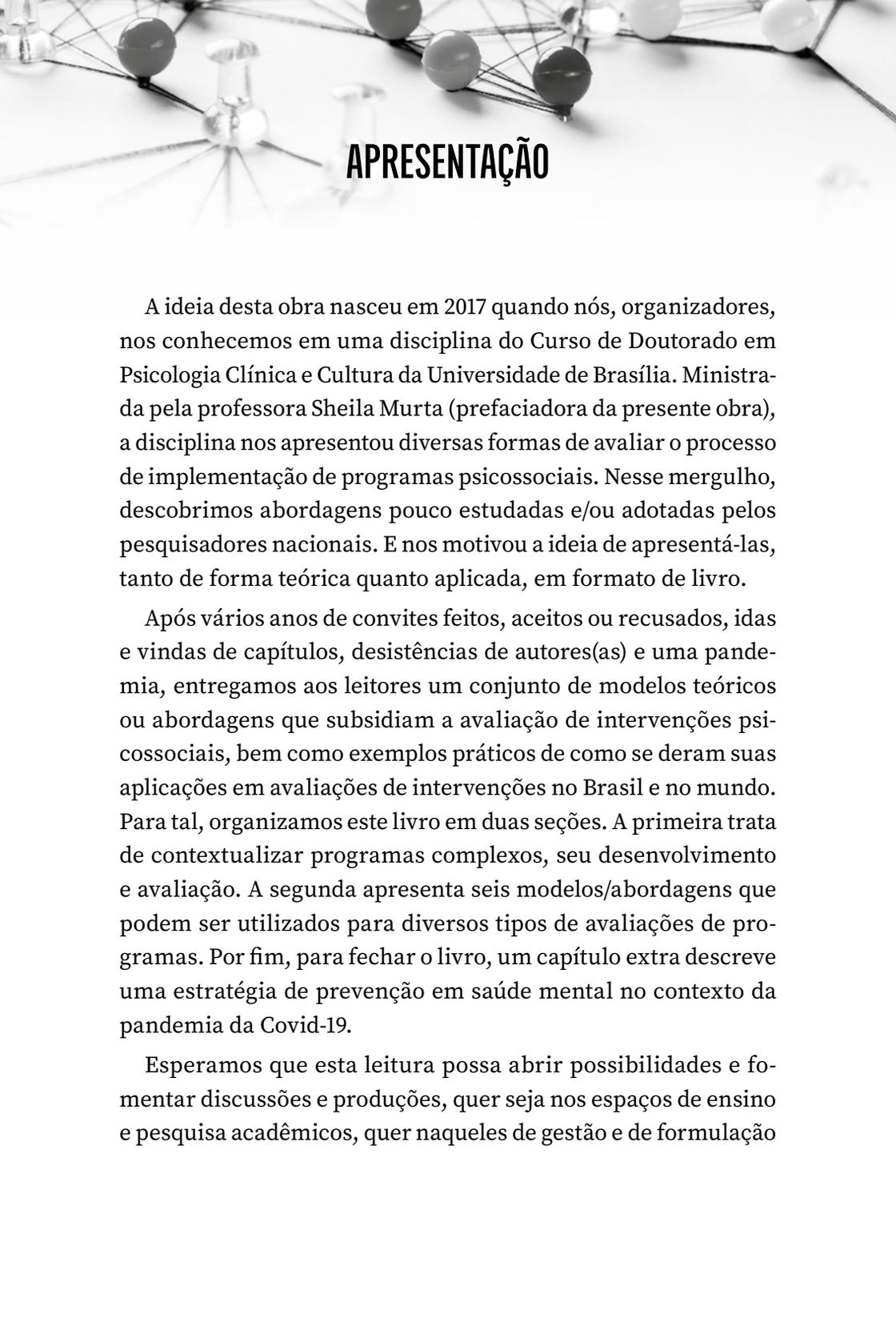
Ainda que a ansiedade e a confusão sejam companheiras frequentes no percurso da pesquisa – afinal, não se nasce sabendo, mas se aprende caminhando; e que desastre seria se já nascêssemos sabendo! –, buscar meios para resolver os impasses é salutar. Neste intuito, este livro poderá ser de grande ajuda. É um ato generoso dos organizadores, autores e Editora da Universidade Federal do Maranhão nos entregar, numa única obra de acesso gratuito, textos didáticos sobre o conceito de estratégias, programas, sistemas e políticas públicas para promoção da saúde mental e prevenção de agravos à saúde; intervenções complexas; modelos para o desenvolvimento de intervenções; definições e estudos ilustrativos dos diferentes tipos de avaliação; Modelo REAIM; Avaliação Realista; Modelo do Contexto e Implementação de Intervenções Complexas; Teoria do Processo de Normalização; Modelo EPIS e Modelo de Matriz. Estou segura que o estudo deste livro poderá facilitar a aquisição de conhecimentos e a tomada

de decisão sobre escolhas conceituais e metodológicas, muitas das quais se apresentam em cenários de aflição para jovens, e não tão jovens assim, pesquisadores que se ocupam da avaliação de intervenções.

Julgo, com um misto de orgulho e esperança (afinal, o meu próprio trabalho poderá se beneficiar desta leitura!), que este livro tem amplo potencial para ser adotado como material didático. Como docente, me sinto inclinada a utilizá-lo como um texto inaugural que poderá suavizar a entrada de pesquisadores iniciantes neste vasto campo, evitando que se sintam sufocados pela extensa e densa literatura da área e favorecendo o seu encantamento por uma bela área de pesquisa: a de avaliação de intervenções! As leituras que se seguem evidenciarão que, para além da qualidade ou deficiências da intervenção, tantas outras dimensões precisarão ser consideradas, a exemplo do seu processo de implementação, os contextos interno e externo que a acolhem (ou não), a equipe que a implementa, as lideranças que a endossam (ou não), o suporte político que lhe é conferido (ou não), dentre tantas outras. Se, por um lado, a avaliação de intervenções complexas em sistemas complexos é um desafio, é, por outro, apaixonante!

Ao escutar meus sentimentos de orgulho e esperança que me visitam enquanto leio este livro, constato agradavelmente que eles também refletem as trocas intergeracionais — tão potentes! — entre os pesquisadores autores dos dez capítulos. Os textos que temos a seguir foram produzidos por pesquisadores em início de carreira e pesquisadores *sênior*s (separadamente ou juntos), alguns daqueles também companheiros dos organizadores deste livro na disciplina que nos conectou em 2017 na Universidade de Brasília. É com enlevo que rememoro a sensação de maravilhamento

que compartilhávamos frente àquele universo de descobertas enquanto líamos e discutíamos os textos da disciplina de avaliação de processo de intervenções (em sua maioria em inglês), janelas que agora são abertas ao modo de convite para novos leitores. Minhas felicitações aos organizadores e autores e votos de bons aprendizados aos leitores por vir! Que estes possam, em alguma extensão e em algum ponto do tempo, levar consigo estas sementes, capazes de fertilizar a produção, disseminação e uso do conhecimento científico acerca do desenvolvimento e avaliação de intervenções psicossociais e promotoras da saúde mental, algo de que precisamos urgentemente, para não perder de vista, e mais do que isto priorizar, modos de vida mais solidários, compassivos, emancipatórios e inclusivos.



APRESENTAÇÃO

A ideia desta obra nasceu em 2017 quando nós, organizadores, nos conhecemos em uma disciplina do Curso de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Ministrada pela professora Sheila Murta (prefaciadora da presente obra), a disciplina nos apresentou diversas formas de avaliar o processo de implementação de programas psicossociais. Nesse mergulho, descobrimos abordagens pouco estudadas e/ou adotadas pelos pesquisadores nacionais. E nos motivou a ideia de apresentá-las, tanto de forma teórica quanto aplicada, em formato de livro.

Após vários anos de convites feitos, aceitos ou recusados, idas e vindas de capítulos, desistências de autores(as) e uma pandemia, entregamos aos leitores um conjunto de modelos teóricos ou abordagens que subsidiam a avaliação de intervenções psicossociais, bem como exemplos práticos de como se deram suas aplicações em avaliações de intervenções no Brasil e no mundo. Para tal, organizamos este livro em duas seções. A primeira trata de contextualizar programas complexos, seu desenvolvimento e avaliação. A segunda apresenta seis modelos/abordagens que podem ser utilizados para diversos tipos de avaliações de programas. Por fim, para fechar o livro, um capítulo extra descreve uma estratégia de prevenção em saúde mental no contexto da pandemia da Covid-19.

Esperamos que esta leitura possa abrir possibilidades e fomentar discussões e produções, quer seja nos espaços de ensino e pesquisa acadêmicos, quer naqueles de gestão e de formulação

e avaliação de programas e políticas públicas. Desejamos, sobretudo, fortalecer o campo de desenvolvimento, implementação e avaliação de programas psicossociais e de saúde, no intuito de identificar e oferecer as melhores intervenções preventivas, protetivas, promotoras e terapêuticas à nossa população.

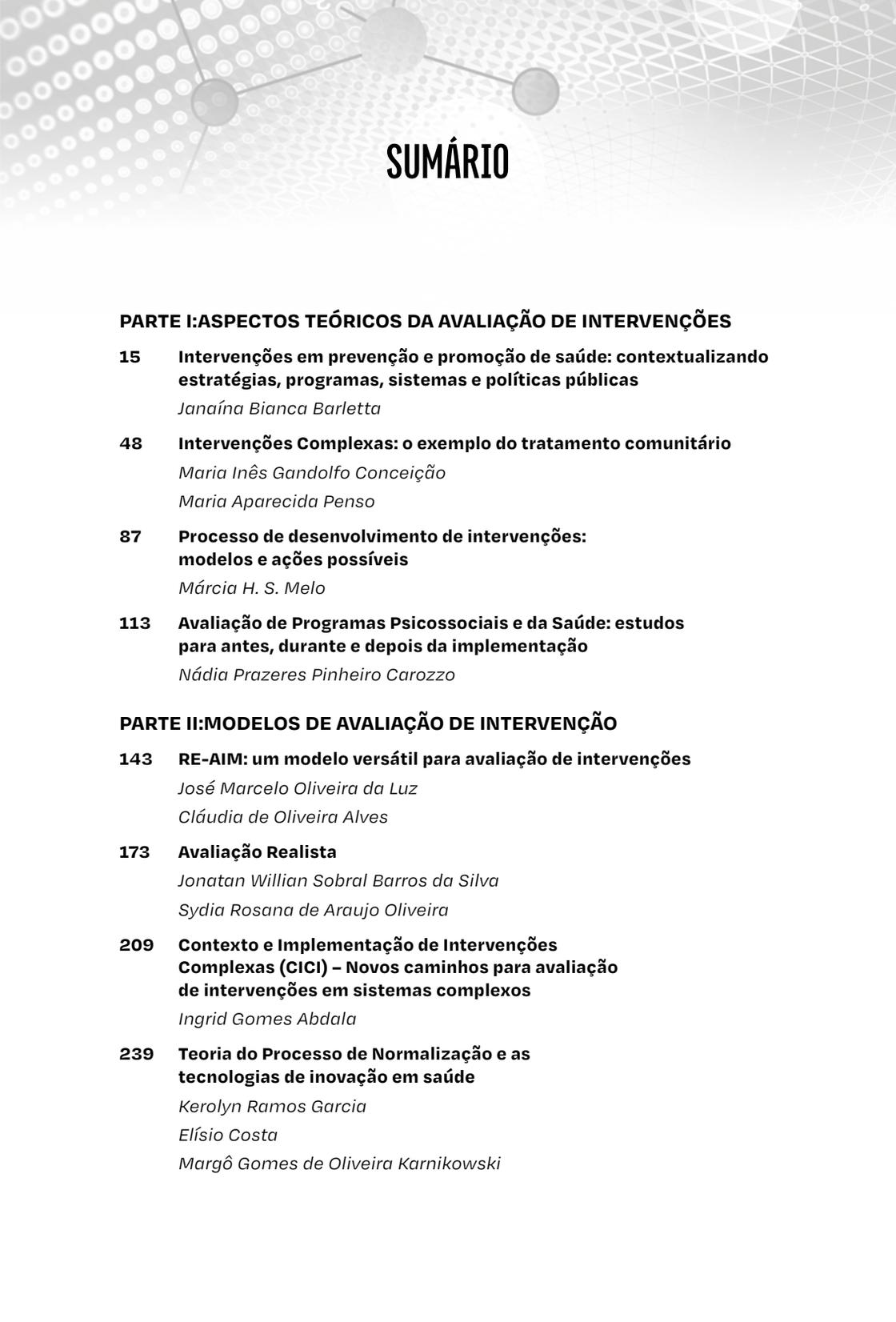
Novembro de 2021

Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

José Marcelo Oliveira Luz

Claudia de Oliveira Alves

ORGANIZADORES



SUMÁRIO

PARTE I: ASPECTOS TEÓRICOS DA AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES

- 15** **Intervenções em prevenção e promoção de saúde: contextualizando estratégias, programas, sistemas e políticas públicas**
Janaína Bianca Barletta
- 48** **Intervenções Complexas: o exemplo do tratamento comunitário**
Maria Inês Gandolfo Conceição
Maria Aparecida Penso
- 87** **Processo de desenvolvimento de intervenções: modelos e ações possíveis**
Márcia H. S. Melo
- 113** **Avaliação de Programas Psicossociais e da Saúde: estudos para antes, durante e depois da implementação**
Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

PARTE II: MODELOS DE AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO

- 143** **RE-AIM: um modelo versátil para avaliação de intervenções**
José Marcelo Oliveira da Luz
Cláudia de Oliveira Alves
- 173** **Avaliação Realista**
Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
- 209** **Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI) – Novos caminhos para avaliação de intervenções em sistemas complexos**
Ingrid Gomes Abdala
- 239** **Teoria do Processo de Normalização e as tecnologias de inovação em saúde**
Kerolyn Ramos Garcia
Elísio Costa
Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

274 EPIS Framework: pontes para inovação social

Matheus da Silva Neves

Sílvia Renata Lordello

312 Modelo de Matriz: Aplicação nas estratégias de Prevenção em Saúde Mental e sua adaptação durante a Pandemia da COVID-19

Fábio Pereira Angelim

Cristina Vianna Moreira dos Santos

Raquel Trinchão de Jesus Barouh

Maria do Carmo Parente Matias

Rowena Carraca Neves

355 SOBRE A AUTORIA



Parte I:
Aspectos Teóricos da
Avaliação de Intervenções

Intervenções em prevenção e promoção de saúde: contextualizando estratégias, programas, sistemas e políticas públicas

Janaína Bianca Barletta

Introdução

O modelo de cuidado de saúde no Brasil partiu de uma lógica hospitalocêntrica, individualista e organicista para uma proposta de atenção descentralizada, comunitária e psicossocial (Ronzani, Mota, & Costa, 2015; Schneider, 2015). Para que essa extensa mudança no cuidado em saúde fosse possível, uma contínua transformação se fez presente, com muitas lutas e movimentos inseridos neste espectro mais amplo, e também com muitos atores envolvidos. Nas últimas décadas, mudanças em muitos âmbitos foram estabelecidas, incluindo conceitos fundamentais (por exemplo, o de saúde), foco de atenção (por exemplo, centrado na doença para centrar no bem-estar da pessoa), a transição da descontextualização do sujeito para um olhar mais abrangente de seu cotidiano e ambiente (por exemplo, fortalecendo a incorporação das relações, da territorialidade e da cultura) (Murta & Barletta, 2015) e a integração do cuidado (por exemplo, estabelecendo as redes de atenção de saúde) (Oliveira & Caldana, 2016).

Entende-se que essa transformação paradigmática é lenta e esbarra em muitas dificuldades, uma vez que é necessário reconstruir e remodelar ideias e formas de entendimentos que sustentam valores, estruturas e modelos e, portanto, consolidam padrões (Mello, 2017). A mudança exige abrir mão do conhecido para tornar-se vulnerável a diferentes maneiras de ser e estar, exigindo novas habilidades, relações e práticas, porém aumentando as possibilidades e continuidade do desenvolvimento. Nesse sentido, entende-se que as mudanças nos modelos de saúde são resultantes de novos paradigmas, da expansão do pensar o processo de saúde e doença, bem como, do envolvimento social na sua construção, ainda que seja um processo moroso e árduo, e que continue em andamento para a efetivação de um cuidado adequado às demandas psicossociais.

Se focarmos a mudança nos conceitos e valores que sustentam o cuidado em saúde mental, por exemplo, sabe-se que a partir dos anos 70, houve uma quebra gradual no paradigma tradicional que potencializou a chamada Psiquiatria Preventiva. Esse processo reforçou um olhar para as questões culturais, a inclusão da família no tratamento e fortaleceu a perspectiva da prevenção dos transtornos mentais (Schneider, 2015). Por outro lado, essa autora aponta que a alternância para o modelo biopsicossocial de saúde, que incorpora os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do processo saúde-doença e amplia o olhar sistêmico e comunitário, não rompeu totalmente com a primazia do protótipo organicista naquele momento. Assim, fez-se um alerta para o fenômeno descrito como *psiquiatrização do social* em que houve uma mudança de cenário de atendimento (do hospital psiquiátrico para a comunidade), mas manteve a mesma lógica tradicional de cuidados da perspectiva higienista. Oliveira e Caldana (2016) reforçam a necessidade de atenção a esse aspecto, a fim de não

se instalar e/ou manter *manicômios difusos* e serviços de saúde desagregados e desarticulados.

Pode-se afirmar que os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, ao longo dos anos, permitiram uma ruptura maior com o modelo centralizado no hospital e a concretização de alternativas de intervenção, dando condições às novas práticas de atenção psicossociais para além da mudança de *setting* individual e fortalecendo a saúde coletiva. Como um dos resultantes iniciais desse processo deu-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2005). A partir desse decurso, houve a possibilidade de incorporação de conceitos que permitissem incluir a subjetividade e a apreensão de espaços sociais e comunitários como fundamentais para a relação saudável do desenvolvimento humano (Berlinck, Magtaz, & Teixeira, 2008).

É nesse contexto de uma história recente que a clínica ampliada ganha força, fortalecendo o acolhimento humanizado, o estabelecimento de uma rede de saúde incluindo a saúde mental, a incorporação da noção de territorialidade, a reinserção social da pessoa com transtorno mental, com aumento da autonomia, dos direitos e da cidadania (Schneider, 2015). Por outro lado, pela complexidade da transformação paradigmática em saúde, de valores e práticas, muitos desafios são impostos hodiernamente para a efetivação desse processo, com muitos impasses e conflitos. Por exemplo, somente em 2001, com a aprovação da Lei Federal 10.216, inicialmente proposta em 1989, foi possível ressaltar as intervenções de base comunitária em detrimento ao tratamento manicomial (Almeida, 2019). Ainda que tenha sido uma mola propulsora para colocar em prática os novos preceitos da saúde e do SUS, favorecendo financiamentos voltados para a saúde

mental (Brasil, 2005), não estabeleceu mecanismos específicos para desospitalização, quiçá para desinstitucionalização.

Nesse sentido, novas práticas, novos desenhos de conexão de serviços de saúde, novas relações interpessoais, novas políticas públicas precisaram ser estabelecidas e ainda estão em processo de (re)construção até o momento atual. A cada dia se encoraja a aproximação das ações e da rede de atenção no cuidado integral à saúde em detrimento de intervenções isoladas. Porém, ainda há um caminho a ser percorrido a fim de preencher lacunas e de perpassar as barreiras para a efetivação do atendimento em saúde nesses termos. À medida que as mudanças vão ocorrendo, se torna fundamental que se identifique no percurso o processo e os resultados das intervenções psicossociais, seja nas ações e estratégias de saúde, bem como nos programas, sistemas e políticas de saúde (Paim, 2014), fortalecendo a estruturação e organização do cuidado de forma eficaz. No Brasil, as intervenções preventivas têm sido foco de estudos e aplicação, porém, para que elas possam ser difundidas e utilizadas em larga escala, é necessário que sejam baseadas em evidências de eficácia, efetividade e eficiência (Menezes & Murta, 2018).

Nesse sentido, a avaliação é um dos pilares que sustentam a possibilidade de tomada de decisões visando o aumento da qualidade do cuidado em saúde. Nesse processo, busca-se, para além de uma análise de aspectos específicos de um programa, o aperfeiçoamento de intervenções que possam, de fato, aumentar o bem-estar individual e comunitário (Menezes & Murta, 2018). Jannuzzi (2014) ressalta que a proposta de avaliação de programas perpassa por questões sociais multideterminadas e, portanto, a construção interdisciplinar do conhecimento é fundamental. A relação entre saúde e aspectos sociais e econômicos vem sendo

reforçada desde a Declaração de Alma-Ata, que ilumina o olhar para a atenção primária em saúde, incluindo a equidade e a intersetorialidade como pilares (Tavares, Zancan, Carvalho, & Rocha, 2011).

Partindo desse breve vislumbre sobre as mudanças na saúde, este capítulo tem por objetivo discorrer sobre programas, estratégias, sistemas e políticas de prevenção e promoção de saúde, como elementos importantes para a implementação de intervenções psicossociais. Para tanto, inicialmente, far-se-á uma contextualização sobre a rede de atenção à saúde (RAS), como forma de possibilitar as intervenções psicossociais. Na sequência, será apresentado o modelo de Determinantes Sociais em Saúde, pela sua importância na identificação das condições de vida e saúde que sustentam a lógica do trabalho em redes. Por último, será explicitado cada um dos conceitos supracitados, apresentando-os na lógica do SUS.

Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecida pela portaria 4.297/2010, tem como objetivo principal minimizar a fragmentação do sistema de saúde e favorecer a organização do SUS para que se possa efetivar a integralidade, a partir da territorialidade. A ideia central é que haja uma integração em todos os níveis de assistência, interligando os pontos de atenção (Unidade Básica de Saúde – UBS, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Hospitais etc.), e que considere as diversidades regionais e culturais, a fim de produzir resultados na saúde vistos pelo impacto em seus indicadores (Brasil, 2014). Dessa forma, deseja-se romper com o sistema hegemônico que ainda prevalece no SUS, ou seja, com ações voltadas para o cuidado de condições agudas, de atenção à demanda espontânea, a ênfase remanescente dos aspectos biológicos, cujo

resultado esbarra em soluções pontuais aos problemas apresentados. Esse sistema de organização do SUS, como consequência, mantém o foco na doença, na consulta fortemente centrada em especialistas e com baixa possibilidade de participação do usuário nesse processo. Além disso, a lógica de financiamento nesse sistema hegemônico é baseada nos procedimentos executados em cada serviço, porém pondera-se a importância da reorganização para um valor adequado e suficiente que possibilite o alcance de metas e ações da rede de saúde (Mendes, 2011).

A necessidade de redesenhar o SUS emergiu da transição epidemiológica e demográfica no país, que por sua vez, impactou nas condições crônicas de vida. Falar de condições crônicas vai além de doenças crônicas em si, mas também do acompanhamento no ciclo de vida (seja infância, adolescência, adulto ou pessoas idosas), de deficiências físicas e de transtornos mentais (Mendes, 2010). Os problemas de causas externas (como violência), o aumento da desnutrição e as mudanças nas características de doenças infecciosas (Mendes, 2011) também são aspectos de saúde delineados na população brasileira que fortaleceram a busca pelo cuidado integral de saúde e, conseqüentemente, a efetivação da integralidade no SUS. Logo, entende-se que a partir do momento em que a proposta da RAS suporta a inclusão do enfrentamento de condições crônicas, exige-se uma resposta social proativa que, por sua vez, cria condições para a continuidade da atenção em saúde em todos os níveis de atenção (Mendes, 2010).

Como característica e contraponto à concepção hierárquica do sistema de saúde entre os diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, a RAS é representada por uma rede poliárquica ou em malha, com ampla coletividade e sem hierarquia ou diferença entre pontos de atenção à saúde, na qual

a atenção primária ocupa o espaço central, como mediadora da comunicação (Mendes, 2011). Esse novo desenho, com a integração horizontal do sistema, permite que vários caminhos possam ser percorridos, passando pelos diferentes nós da malha, de maneira interconectada, de acordo com a necessidade de cuidado e vinculados à Atenção Primária em Saúde (APS) (Figura 1.1). Assim, a doença perde o papel de protagonista das ações dos profissionais e o foco passa a ser o indivíduo, sua família, com a inclusão das perspectivas territoriais e culturais.

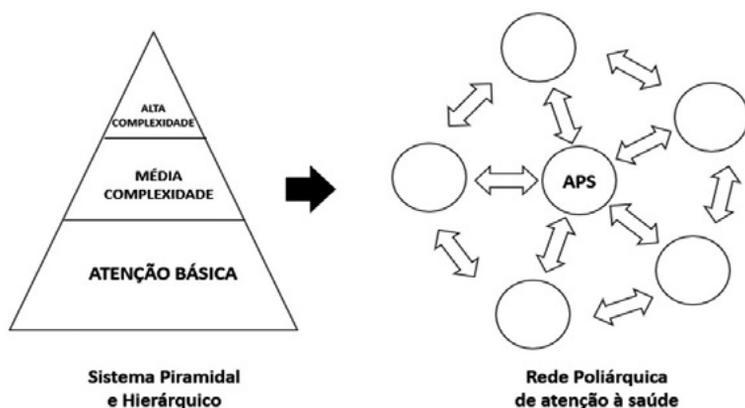


Figura 1.1. Sistema Hierárquico versus Rede de Atenção à Saúde. Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Um desafio lançado permanentemente é a capacidade e rapidez com que o sistema consegue (ou não consegue) se adaptar às mudanças exigidas e necessárias pela transformação da demanda social. Para tanto, a articulação de componentes essenciais da RAS fomenta o modelo de atenção adotado, a fim de perpassar o desafio mantendo os princípios que regem a saúde (Brasil, 2014; Mendes, 2011):

- 1. Território:** é preciso definir sua regionalização, isto é, a abrangência da região, incluindo a população e limites geográficos a serem atendidos pela rede específica, em todos os níveis de atenção;
- 2. Serviço:** engloba os serviços de diferentes densidades tecnológicas e complexidades, sem hierarquia ou grau de importância;
- 3. Logística:** incorpora vários sistemas logísticos e de suporte, como o de identificação do usuário em diferentes pontos da rede por prontuários eletrônicos e articulados, que, por sua vez, facilita a orientação do percurso ao longo do cuidado e a acessibilidade a rede;
- 4. Regulação e gestão:** sistema de normas e protocolos, que orientam o acesso do usuário e definem responsabilidades, competências, processos decisórios e planejamento. Conta com ativa participação social na governança que ocorre de forma sistêmica integrando todos os pontos de atenção e sistemas de apoio e logísticos da rede;
- 5. Financiamento:** incorpora toda a rede como um sistema e não mais por procedimento de cada serviço e pontos de atenção isoladamente;
- 6. Intervenções:** vão desde intervenções de promoção, de prevenção e de cuidados, até as com enfoque curativo, reabilitador e paliativo. Articula as intervenções sobre os determinantes sociais de saúde;
- 7. Ações do sistema:** a partir de uma equipe multidisciplinar e usuário, considerado corresponsável pela própria saúde, é estabelecido um plano de cuidados customizado de acordo com a demanda.

Dentre as primeiras RAS temáticas está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria 3.088/2011, que visou consolidar o modelo de base comunitária estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas regida pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica com a Lei Federal 10.216/2001 (Brasil, 2014; Schneider, 2015). Ronzani et al. (2015) destacam, de forma didática, sete componentes com distinta complexidade e densidade tecnológica que compõem a RAPS (Figura 1.2), ressaltando a importância de entendê-los na rede poliárquica, ou seja, de forma integrada, fluida e sem grau de hierarquia.

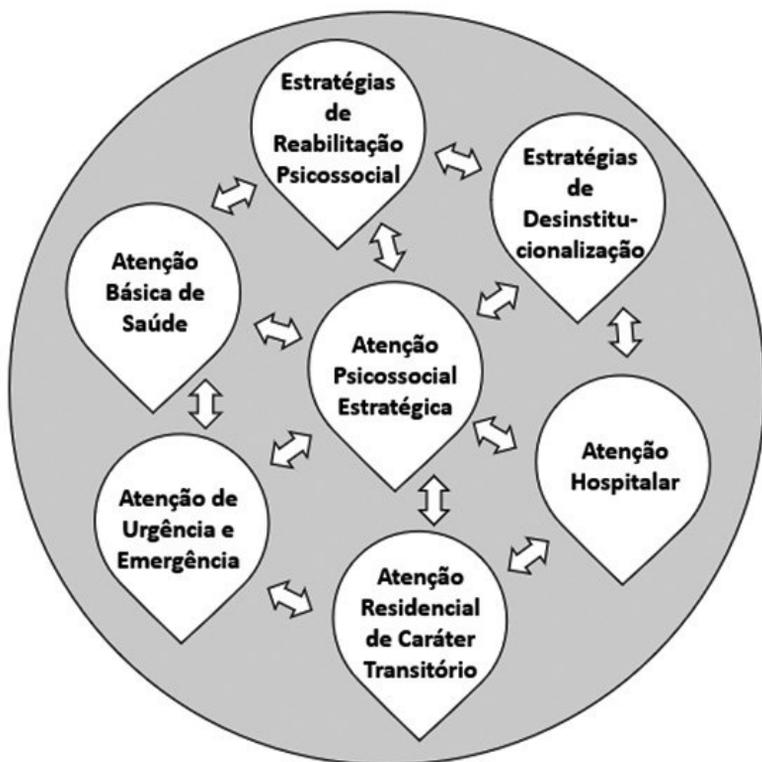


Figura 1.2. Componentes da RAPS em rede poliárquica.
Fonte: Elaborado pela autora do texto.

Vale ressaltar a noção de territorialidade como base das RAPS, reforçando a importância da significação sociocomunitária, cultural e relacional na construção de possibilidades das idiossincrasias e singularidades (Schneider, 2015). Ao se pensar na sua composição, são diversos os pontos de atenção que contemplam os componentes da RAPS (Brasil, 2014; Ronzani et al., 2015): (a) Atenção Básica de Saúde – Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Equipe de Consultório de Rua (ECR) e Centro de Convivência e Cultura (CC); (b) Atenção de Urgência e Emergência - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro (PS) e UBS; (c) Atenção Residencial de Caráter Transitório - Unidade de Acolhimento (UA) adulto e infantil, Comunidade Terapêutica (CT); (d) Atenção Hospitalar – Hospitais Gerais com leitos para saúde mental; (e) Estratégias de Desinstitucionalização – Serviço de Residências Terapêuticas (SRT) e Programa de Volta para Casa; (f) Estratégias de Reabilitação Psicossocial – iniciativas de geração de renda e de trabalho, iniciativas de fortalecer o protagonismo do usuário e seus familiares, empreendimentos solidários e cooperativas sociais e; (g) Atenção Psicossocial Estratégica - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III, para álcool e drogas, e infanto-juvenil.

O CAPS é considerado o ponto de atenção central da RAPS, que faz a comunicação entre os demais nós da malha e compreende a Atenção Psicossocial Estratégica. Tem características de serviço aberto e comunitário com intuito de substituir o modelo asilar e internações psiquiátricas de longo prazo, baseado no acolhimento humanizado centrado na pessoa que está em sofrimento mental e também é referência para o cuidado especializado decorrentes do abuso de diversas drogas e álcool. Por outro lado, a principal porta de entrada para o atendimento em saúde mental pelo

SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando essencial a relação estabelecida entre Atenção Básica em Saúde e os CAPS, reforçando o cuidado compartilhado e não hierárquico como um desafio cotidiano (Omena et al., 2018).

Determinantes sociais de saúde

Alguns modelos explicativos têm se debruçado para identificar variáveis presentes no cotidiano que podem interferir nas condições de saúde das pessoas, como o Modelo de Determinantes Sociais em Saúde elaborado por Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008). A partir desse modelo, entende-se que as condições de vida como desemprego, habitação insegura e a fraca rede de apoio são estressores que podem impactar a saúde mental e a forma de lidar com a vida. Dessa forma, a relação entre os determinantes sociais proximais, intermediários e distais pode aumentar a suscetibilidade e vulnerabilidade de populações específicas. Entre os determinantes sociais proximais estão os aspectos individuais, que incluem os fatores hereditários, idade e sexo, considerados aspectos não modificáveis. Nesse modelo, os indivíduos estão na base central. Outros determinantes diretamente relacionados ao indivíduo e considerados modificáveis são o estilo de vida, recursos pessoais e as redes sociais e comunitárias, incluindo as relações mais próximas, como os familiares e amigos. Já entre os determinantes sociais intermediários estão as condições de vida e de trabalho, como acesso à educação, ao saneamento básico, ao emprego e atenção à saúde. Na camada mais longínqua estão alocados os determinantes sociais distais, sendo as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Mendes, 2011; Murta & Barletta, 2015). Schneider (2015) aponta que o Modelo de Determinantes Sociais não apresenta uma direção única, ou

seja, há uma retroalimentação entre os determinantes proximais, intermediários e distais.

Entender tais aspectos pode favorecer a elaboração e planejamento de programas de prevenção aos transtornos mentais e de promoção da saúde mental. Nesse sentido, Mendes (2011) resalta que as ações planejadas para intervir nos determinantes de saúde proximais são consideradas promocionais, uma vez que se aumentam repertório de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Àquelas focadas nos determinantes sociais intermediários, são consideradas ações de prevenção, uma vez que minimizam riscos ambientais. Por outro lado, Schneider (2015) destaca que também é possível promover ações da comunidade e serviços de saúde o que, por sua vez, fortalecem ambientes salubres e sustentáveis. Com esse mesmo raciocínio, Sant'anna et al. (2010) reforçam a inter-relação com os determinantes distais, uma vez que tais intervenções perpassam por aspectos ambientais, socioeconômicos e culturais. Murta e Barletta (2015) ressaltam que programas de prevenção e de promoção têm uma interseção comum e, por isso, algumas vezes se torna difícil distingui-los, mas apresentam objetivos diferentes, ainda que complementares. Enquanto as intervenções preventivas buscam refrear o surgimento de transtornos mentais ou mesmo dos fatores de risco, as de promoção focam no aumento do bem-estar. A convergência entre as intervenções consiste no entendimento que a promoção de saúde mental significa potencializar os fatores de proteção para saúde mental, o que pode implicar na extenuação dos fatores de risco (também ligados à prevenção) (WHO, 2013).

Dentre os fatores protetivos mais comumente relacionados à saúde mental estão: (a) as competências individuais, incluindo o repertório de habilidades interpessoais, chamadas de habilidades

sociais (HS), (b) as competências familiares, como práticas parentais positivas e afetivas, (c) os recursos comunitários disponíveis, como rede de serviço de saúde, escolas, esgoto, centros esportivos e, (d) aspectos culturais, como as relações de gênero estabelecidas como norma daquela comunidade (Murta & Barletta, 2015). As intervenções de prevenção e promoção são atividades que compõem o cuidado em saúde mental e englobam um amplo espectro de intervenções, desde a promoção do desenvolvimento positivo aos tratamentos de longa duração, perpassando por diferentes *settings*, como unidade de internação, cuidado domiciliar, hospital dia, ambulatório de saúde mental, CAPS, escolas, locais de trabalho e centros comunitários (Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005), conforme Figura 1.3.

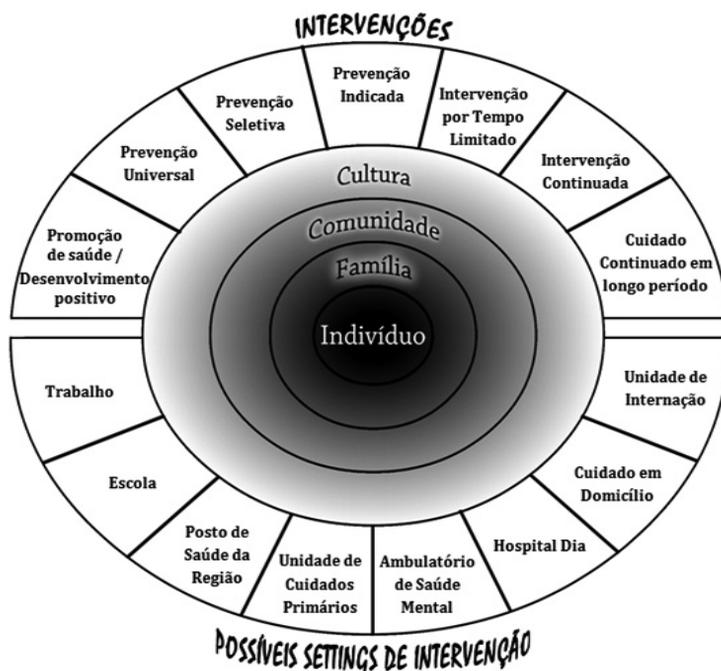


Figura 1.3. Modelo Integrativo entre Promoção, Prevenção e Tratamento. Fonte: Weisz et al. (2005) traduzido e adaptado por Murta e Barletta (2015).

A Organização Mundial de Saúde, apoiada no raciocínio similar a esse do Modelo Integrativo entre Promoção, Prevenção e Tratamento, propõe que a assistência primária integrada em saúde mental possa trabalhar em conjunto aos outros serviços de saúde mental e saúde geral, com apoio entre os diversos *settings* e nos diferentes níveis de atuação (Aguiar et al., 2012), fortalecendo a proposta de ações intersetoriais. Portanto, pode-se entender que o planejamento das intervenções em saúde mental varia de acordo com o objetivo a ser alcançado, perpassando desde os processos intra e interpessoais aos processos ecológicos, isto é, aspectos sociais, ambientais e culturais.

À vista disso, os programas de intervenção em saúde mental podem ser focados nas pessoas, no ambiente ou em ambos. Ao focar nas pessoas, espera-se promover fatores protetivos cognitivos (como fortalecer o senso de autoeficácia), emocionais (como manejo de estresse) e comportamentais (como fortalecer o repertório de HS, incluindo a comunicação, empatia e resolução de problemas interpessoais). Ao focar no ambiente, espera-se fortalecer os determinantes comunitários e sociais, como ações psicoeducativas que aumentem hábitos saudáveis da população local, maior oferta de espaços públicos geradores de saúde (por exemplo, parques e bibliotecas), elaboração de políticas públicas de promoção de saúde (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernandez, 2011; Murta & Barletta, 2015). Nesse contexto, intervenções de prevenção e promoção de saúde deixam de lado a lógica do cuidado apenas individualista, descontextualizado e fragmentado para a inclusão dos aspectos do ambiente na própria significação, amplificando o desenvolvimento saudável e contemplando as necessidades da coletividade (Brasil, 2010). Ou seja, descarta-se a opção da saúde como resultante apenas da vontade pessoal (por exemplo, campanhas e propostas psicoeducativas

que focam exclusivamente no: Diga não às drogas!) para o desenvolvimento de recursos e ferramentas contextualizadas que favoreçam o alcance do bem-estar (Leite, 2017).

A partir desse olhar é possível compreender como outros modelos perpassam pelos determinantes sociais de saúde e facilitam a compreensão do planejamento de intervenções de promoção e prevenção no contexto do SUS e das RAPS. Por exemplo, Mendes (2011) ressalta que a cronicidade das condições de saúde é resultante da relação entre determinantes sociais, oportunizando diferentes fatores de risco e de proteção interagirem, portanto, é fundamental estratificar os riscos para adequar as intervenções e os recursos a serem utilizados. Esse autor aponta que 70 a 80% da população total está em condições crônicas consideradas simples e, por conseguinte, se beneficiariam de intervenções de promoção e/ou prevenção com foco nos determinantes sociais proximais e intermediários, com a meta de aumentar o autocuidado apoiado. Por exemplo, programas de prevenção à violência ou ao consumo de tabaco e programas com projetos de ações intersetoriais, aproximando a saúde da educação, entre outras possíveis articulações.

Uma ressalva que tem sido levantada na literatura internacional e merece atenção, diz respeito ao impacto de intervenções preventivas com possíveis efeitos iatrogênicos inesperados, ou seja, a ocorrência, mesmo sem a intenção ou previsão, de algum possível dano. Alguns desses efeitos podem acontecer sem serem notados, como: (a) aqueles que impactam a equidade - por exemplo, quando as ações preventivas atingem apenas as pessoas que têm menor risco ou vulnerabilidade em detrimento das que mais necessitam da intervenção; (b) aqueles que, ao invés de minimizar o risco, o aumentam, ou aqueles que acabam por classificar

as pessoas que estão em risco, rotulando-as; e (c) aqueles que, de forma contraditória ao objetivo da intervenção, diminuem o acesso aos recursos ou mesmo os dissipam completamente (Bonell, Jamal, Melendez-Torres, & Cummins, 2015). Como forma de minimizar os efeitos negativos, Matos (2017) sugere que os programas preventivos devam usar estratégias de prevenção seletiva (foco em grupos/subgrupos expostos a fatores de risco para uma problemática) e de prevenção universal (com foco na população geral) conjuntamente, a fim de aumentar a qualidade e alcance da intervenção.

Apesar de todo o escopo de conhecimentos e práticas em saúde mental supracitados, bem como os cuidados e ressalvas destacadas na literatura internacional, há outras barreiras e dificuldades que são encontradas no Brasil. Uma das dificuldades está no pouco acesso e alcance populacional ao atendimento especializado e de qualidade (Murta & Barletta, 2015). Além disso, mesmo com as mudanças em conceitos e valores empregados no atendimento em saúde mental, os transtornos mentais ainda são refletidos pelos estigmas sociais. Estes aspectos mantêm as práticas de atendimento sendo ofertadas de forma fragmentada no cuidado de saúde mental, mantendo a disponibilização de serviços baseados no tradicional modelo organicista e ao redor das tomadas de decisões de único profissional central (Aguilar et al., 2012).

Assim, um dos desafios encontrados é a necessidade de adaptação do fazer profissional às mudanças ocorridas (e ainda em processo de transformação) na sociedade, na concepção ideológica, na estrutura e nas bases que sustentam o modelo de saúde. Por exemplo, Alves e Oliveira (2010) relataram a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos a partir dos anos

2000 no Brasil e o aumento de práticas humanizadas, mas que muitos enfermeiros ainda enfrentam o desafio de reinserir socialmente pacientes internados de longa data, incluindo a mudança de *setting* terapêutico (do hospital psiquiátrico para serviços na comunidade). Esse desafio esbarra diretamente na formação profissional e nas práticas educativas efetivas que possam habilitar profissionais com qualidade para a atuação em prol do desenvolvimento da autonomia da pessoa com transtorno mental e na capacitação comunitária para melhoria das condições saudáveis do contexto ambiental e social (Aguiar et al., 2012). Oliveira e Caldana (2016) apresentam situação similar na formação de psicólogos, ressaltando a necessidade da instrumentalização em intervenções psicossociais dos futuros profissionais.

A partir desse olhar, a proposta a seguir é diferenciar e contextualizar os termos estratégias, programas, sistemas e políticas públicas. Entende-se que tais conceitos podem favorecer o desenvolvimento de intervenções preventivas, tão comumente usadas na RAPS e nas intervenções psicossociais de uma forma geral. Para tanto, alguns pontos (já descritos anteriormente) precisam ser ressaltados. Um deles é o entendimento que esses conceitos fazem parte do mesmo processo de atenção à saúde cujo principal objetivo está em responder às necessidades da população. Portanto, o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde como norte das escolhas interventivas se faz fundamental. Outro aspecto diz respeito à importância das avaliações, desde as estratégias às políticas de saúde (Paim, 2014), para respaldar a necessidade, o processo, eficácia, eficiência, custos e alcances da proposta (Miranda, 2016; Ronzani et al. 2015), bem como os possíveis efeitos adversos e iatrogênicos (Bonell et al., 2015).

Estratégias, Programas, Sistemas e Políticas: integrando ações para uma atenção integral à saúde

Estratégias

As estratégias podem ser entendidas de duas formas no contexto da saúde: como ações planejadas com o fim de alcançar metas ou como um conjunto de intervenções no bojo de políticas de saúde. Tomando-se a primeira forma, há o reconhecimento de estratégias como ações, métodos ou caminhos para alcançar algum objetivo, ou seja, estratégias para intervenções em saúde (Bartholomew et al., 2011; Murta & Santos, 2015). Esses autores apontam que as estratégias são escolhidas conforme o que se espera modificar, bem como, são baseadas em uma teoria voltada para o indivíduo, comunidade, organização ou políticas públicas. A título de exemplo, podemos incluir estratégias psicoeducativas, oficinas com uso de metodologias ativas, visita domiciliar, intervenções breves, uso de jogos, treinamento de habilidades de vida, promoção do sentido da vida, entre outras. Vale lembrar que ao desenvolver programas de prevenção e promoção de saúde, é fundamental que as estratégias de atenção à saúde sejam elencadas baseadas nas demandas avaliadas da população-alvo e do objetivo da intervenção (Murta & Barletta, 2015).

As estratégias adotadas na Reabilitação Psicossocial, como um dos componentes das RAPS, são consideradas um conjunto de práticas com intuito de aumentar a autonomia e direitos de usuários de seus familiares, fortalecendo o exercício da cidadania, reiterando a singularidade e fortalecendo a reinserção na comunidade (Ribeiro & Bezerra, 2015). Esses autores reforçam que não são medidas isoladas, mas sim iniciativas de geração de renda contextualizadas, com base nos conceitos de territorialidade, integralidade e integração do serviço de saúde. Citando

caso análogo, Alves (2015), descreveu a iniciativa de um CAPS do interior de Santa Catarina que fomentou um Grupo de Economia Solidária com vistas à inclusão social e inserção comunitária de usuários da RAPS em consonância com o plano terapêutico singular de cada participante. Como proposta realizaram ações de capacitação técnica de integrantes da rede, oficinas produtivas, exposição de produtos e rodas de conversa para significação e autonomia dos participantes.

Um cuidado a ser tomado ao elaborar intervenções de atenção à saúde, como ressaltam Noal et al. (2016), é lançar mão de estratégias desconectadas do sistema integral, sem considerar o todo. Na vivência desses autores, que participaram da elaboração da estratégia da atenção psicossocial e saúde mental referente ao incêndio da boate Kiss², um dos desafios para além do cuidado da comunidade e articulação da rede de saúde, foi a grande quantidade de atores externos. A queixa perpassa pela intervenção desarticulada com o todo, com ofertas específicas e sem correlação ou conhecimento de outras ações e estratégias já em andamento, o que gerou intervenções sobrepostas, contraditórias e até mesmo prejudiciais. Dessa forma, ressalta-se que as estratégias de saúde mental e atenção psicossocial devem estar alinhadas e articuladas com o sistema de saúde, em especial, as RAPS e serviços em funcionamento no próprio município. Portanto, conhecer os serviços em operação e a rede municipal de atenção à saúde favorece a operacionalização e efetivação de estratégias não isoladas.

No que se refere à segunda forma, adotando-se um olhar mais amplo, a estratégia pode ser entendida como um conjunto de

2 Acidente trágico ocorrido em janeiro de 2013 em uma boate na cidade de Santa Maria, localizada no estado do Rio Grande do Sul, que teve como desfecho mais de 200 mortes e 600 feridos.

intervenções e iniciativas que visa dar vazão às políticas públicas, sem tempo para seu encerramento, baseando-se nos princípios que sustentam o modelo de atenção à saúde. Portanto, são consideradas ações e práticas de longo prazo, favorecendo a gestão das ações em saúde que asseguram sua continuidade independente da alternância governamental e inconstância política (Campos, 2017). Nesse sentido, verifica-se que as práticas e abordagens com características de continuidade foram necessárias, a fim de aumentar a garantia de ancoragem nos princípios que regem o modelo de atenção à saúde, sem a interrupção por questões macro sociopolíticas. Para tanto, são estratégias que lançam mão de recursos, intervenções e programas de saúde com múltiplos participantes, desde equipes multidisciplinares, ações interdisciplinares, articulação entre distintos pontos de atenção, comunidade e território, bem como, intersetorial.

A esse exemplo têm-se a ESF como, notadamente, um dos pilares de transformação do modelo de atenção à saúde. A ESF desenvolveu-se gradualmente, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que inicialmente abarcava apenas regiões específicas do nordeste do país e mais tarde, em 1994, se transformou no Programa Saúde da Família (PSF) de âmbito nacional. Ao longo dos anos, com descentralização do sistema de saúde e o aumento da responsabilidade dos municípios sobre o cuidado de saúde de sua região, o PSF passou a ser o elemento organizativo das mudanças do SUS, fortalecendo os pilares que fomentaram e sustentaram a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006. Nesse contexto, o PSF passou a ser a principal estratégia para a implementação da PNAB, transformando-se em ESF e favorecendo o modelo de atenção compatível aos princípios do SUS e a ampliação do acesso aos serviços de saúde (Pinto & Giovanella, 2018).

Programas

Programas em saúde são caracterizados como ações propostas para implementar uma atividade de atenção e cuidado em saúde de acordo com as necessidades de uma região e/ou comunidade. Portanto, é uma atividade com início, meio e fim. Para exemplificar, será abordado o Programa Famílias Fortes (PFF), inicialmente chamado de Programa Fortalecendo Famílias, que, de acordo com Miranda (2016), tem por objetivo fortalecer fatores de proteção familiares, como as relações interpessoais, com intuito de prevenir comportamentos de risco de uso/abuso de álcool e drogas em crianças e adolescentes.

A decisão em adaptar culturalmente um programa originalmente do Reino Unido para sua implementação no Brasil, foi justificado pela falta de programas nacionais com evidências para difusão (Miranda, 2016) e pelo custo-benefício da adaptação cultural em relação a elaboração de um novo programa (Menezes & Murta, 2018). Miranda (2016) reforça que o programa apresentava bons resultados de eficácia e efetividade no processo de adaptação cultural no Reino Unido.

O PFF é um programa preventivo orientado para adolescentes de 10 a 14 anos e seus responsáveis, com intervenções focadas no desenvolvimento de habilidades educativas e estilos parentais efetivos dos responsáveis, sessões com os adolescentes para promoção de habilidades de vida e encontros conjuntos com intuito de fortalecer o vínculo, a comunicação e a resolução de problemas. Dessa forma, famílias com laços rompidos não são público-alvo do PFF, nem mesmo crianças abandonadas ou em abrigos, uma vez que a proposta é de fortalecimento das relações familiares. O programa é composto por sete encontros regulares e interativos, somados a quatro sessões *booster* para reforço das

novas habilidades (Miranda, 2016). A autora aponta que tanto nas UBS, nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) como nos Centros de Convivência e Orientação Socioeducativos (COSEs) têm sido implementado o programa.

A intervenção piloto foi realizada no DF e atualmente já foi disseminada para outras seis cidades nas regiões sul, sudeste, nordeste e norte. O processo de difusão do PFF foi investigado por Miranda (2016), indicando que há compatibilidade para o Brasil e com evidências de efetividade. Ressalta-se que entre as dificuldades estão os recursos escassos, incluindo matéria, humano e financeiros, o modelo hegemônico de atenção à saúde que ainda não prioriza a prevenção. Somado a isso, a autora destaca a falta de garantia de continuidade das ações e programas com a mudança de governo.

Além do PFF, que é uma proposta de implementação em larga escala, vários programas preventivos têm sido aplicados na saúde pública e privada, com diferentes alcances, sendo mais ou menos regionalizados. Partindo dessas diferenças, podem ser citados dois programas preventivos de diferentes amplitudes, apenas para exemplificação: (a) Programa de Volta para Casa, como uma das iniciativas da Estratégia de Desinstitucionalização, que apesar de ter um cunho compensatório pelo ressarcimento financeiro, visa o protagonismo, a reinserção social e autonomia de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas (por mais de dois anos sem interrupção), alocado em âmbito nacional (Lima & Brasil, 2014); e (b) Programa Viva Mais! que visa a preparação para aposentadoria de servidores públicos de uma universidade brasileira, alocado em âmbito regional. Este programa apresentou estratégias educativas, instrucionais e vivenciais, bem como a promoção de habilidades de manejo e enfrentamento às

situações referentes à transição para aposentadoria, incluindo temas como: finanças, relacionamentos de amizade e familiares, lazer, atividade física, espiritualidade, saúde, estudos e outra carreira laboral (Murta et al., 2014).

Sistemas

A definição de sistema, pela Abordagem Sistêmica, traz a ideia de um todo indivisível, com seus diferentes componentes interligados ou que interagem entre si, que são considerados sistemas menores (Araújo & Gouveia, 2016). Esses autores reforçam que a interação dos componentes acontece com a finalidade de alcançar objetivos específicos, portanto, conhecer as funções de cada componente do sistema favorece o entendimento de seu funcionamento. Outro destaque é dado ao entendimento que o todo é considerado uma unidade complexa, em que suas qualidades não são identificadas separadamente em cada componente. Além disso, também há interação do sistema com o ambiente no qual está inserido, no caso de ser aberto, por canais de informação e de comunicação.

Bispo Jr e Messias (2005) apresentam uma definição de sistema de saúde como “um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população” (p. 81), cujo arranjo vai depender dos valores e objetivos. Identificar a estrutura do sistema (arquitetura), a capacidade de respaldar as demandas sociais (fisiologia) e elencar recursos para movimentar o sistema (instrumentos) podem favorecer a compreensão do seu funcionamento, o que impacta: (a) na gestão, aumentando a equidade e eficiência e (b) nas intervenções e práticas baseadas nos princípios norteadores.

Ao identificar a mudança do sistema piramidal e hierárquico para uma configuração de rede poliárquica (Mendes, 2011),

ressalta-se a integralidade como valor que sustenta esse modelo de atenção bem como o leque de ações em saúde. Para aumentar a qualidade de seus atributos, a intersetorialidade é um exercício cada vez mais requerido no sistema de saúde, estabelecendo parcerias e pactuando possibilidades. Dessa forma, nos dias atuais se fortalece a noção de um “sistema de saúde que não é um sistema de serviços, mas um sistema que esteja a serviço das pessoas que usam o sistema de saúde” (Leite, 2017, 4min52s). Diante desse raciocínio, pode-se entender a reorganização do sistema de saúde (em rede ou malha) como uma estratégia de promoção da qualidade de vida tanto das pessoas e das comunidades como também do próprio sistema como possibilidade de desenvolvimento sustentável (Tavares et al., 2011).

Políticas de Saúde

A política pública é um conjunto de ações do Estado, incluindo as escalas federal, estadual e municipal, para garantir os direitos da população. As políticas públicas de saúde compreendem um conjunto de princípios e diretrizes voltadas para garantir a universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde. De acordo com Leite (2017), as políticas de saúde possibilitam a prática de ações que beneficiem o coletivo e, para tanto, quatro aspectos devem ser enfatizados: (a) o desenvolvimento de políticas de saúde deve ser baseado em evidências, a fim de sustentar práticas que sejam eficazes; (b) deve ser baseada nas necessidades das pessoas e do coletivo; (c) deve ter foco na população geral, mas prioritariamente nas pessoas em vulnerabilidade, cujas condições de vida e trabalho sejam desfavoráveis; (d) não deve ser setorizada e sim integrada, a fim de possibilitar autonomia de todos. Esta autora ressalta quatro perguntas que podem ajudar a identificar esses aspectos no desenvolvimento de políticas

públicas de saúde: O que queremos das políticas de saúde? Qual a necessidade das pessoas? Quem são essas pessoas? Quais as evidências científicas que apoiam as boas práticas?

De forma correspondente, Tavares et al. (2011) reforçam que políticas preventivas e promocionais devem basear-se em determinantes sociais de saúde, a fim de fortalecer a promoção e melhora da qualidade de vida. Esses autores apontam que essa forma de pensar a política potencializa o fortalecimento de grupos que, por sua vez, influenciam as decisões políticas. Esse ciclo impacta sobre os próprios determinantes sociais e viabiliza a promoção de saúde. Assim, mantém-se o empenho das políticas públicas em responder às necessidades das pessoas e comunidades, fortalecendo o *empowerment* e autonomia como foco na nova política de saúde. Por outro lado, as políticas públicas de saúde, por vezes, esbarram em complicadores para sua operacionalização, especialmente por apresentarem algumas características na sua elaboração e execução: vertical, setorizada, normativa e hierárquica (Silveira & Vieira, 2009). Essas autoras reforçam que tais características não levam em consideração as necessidades das comunidades, fortalecendo o foco no sistema de serviços de saúde, nas condições agudas, descaracterizando a intersectorialidade e dificultando a relação fluida entre referência e contrarreferência do sistema de saúde.

As políticas públicas em saúde são, de uma forma geral, frutos de movimentos e lutas importantes na nossa história. A Política de Saúde Mental, por exemplo, é resultante da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial que contou com usuários, familiares, gestores e profissionais na busca de direitos e cidadania. Nesse sentido, ressalta-se a importância da participação social na construção de políticas que contemplem as necessidades

de uma comunidade e também do controle social, através dos conselhos e conferências em saúde, com intuito de acompanhar sua implementação, fortalecendo a própria cidadania.

Considerações finais

A mudança de paradigma na saúde representa uma nova construção de significados, cuja transição é lenta e esbarra em muitos desafios. Para alcançar o objetivo deste capítulo - discorrer e contextualizar estratégias, programas, sistemas e políticas públicas de saúde - foi preciso destacar as transformações em voga, a fim de facilitar a reflexão sobre as intervenções psicossociais, preventivas e promocionais de saúde. O SUS, por si só, confere a concretização de mudanças de valores na saúde e um longo e árduo caminho tem sido percorrido desde então para sua efetivação.

A mudança organizativa do sistema de saúde vem no sentido de remodelar o sistema hegemônico hierárquico que mantém o foco na doença, na medicalização, nas ações dos profissionais especialistas, na descontextualização e individualização do atendimento. O sistema de rede aumenta a possibilidade de acesso e tramitação em diferentes sentidos na malha, de acordo com as demandas, além de potencializar a aplicação dos valores que sustentam a saúde, como a integralidade, a coletividade e a territorialidade. Um desafio é a capacidade do sistema poder se adaptar na mesma velocidade que as transformações sociais e novas demandas surgem.

Para tanto, se torna fundamental alinhar as estratégias de atenção à saúde às necessidades da população e de grupos vulneráveis, à relação das equipes de saúde e usuários, bem como à rede de atenção. Ao planejar um programa de prevenção e

promoção de saúde, inicialmente, é necessário identificar a conjuntura que envolve o problema, a partir de uma avaliação de necessidades (para mais informações sobre tipos de avaliação, conferir capítulo 4 desta obra), da identificação de outros fatores que porventura estejam associados a problemática e a população-alvo, e como acessá-la. Esses elementos dão continência ao desenvolvimento da intervenção em si, ajudando na tomada de decisão do foco da proposta interventiva: determinantes sociais, fatores de risco e de proteção, objetivo(s), conteúdo a ser contemplado e formato de execução. Para a continuidade do programa de intervenção psicossocial, como ressaltam as boas práticas em saúde, a etapa de difusão é um pilar relevante. A parceria intersetorial para a implementação da intervenção em diferentes contextos e para a disseminação em regiões mais amplas e abrangentes é uma possibilidade para que o programa de prevenção e promoção de saúde se mantenha até o alcance da sustentabilidade, ou seja, momento em há a continuidade da intervenção sem a necessidade de investimentos tão altos (Murta & Barletta, 2015). Reitera-se a importância das evidências científicas, estabelecidas ao longo do ciclo de pesquisa em prevenção, para chegar à difusão, passando por estudos de eficácia, efetividade e eficiência (Miranda, 2016; Ronzani et al., 2015).

Nesse contexto, intervenções preventivas e promocionais ganham força como possibilidade de mudança nas condições de vida e saúde das pessoas e comunidade, baseados nos determinantes sociais de saúde. Ressalta-se que ao escolher estratégias e desenvolver programas de intervenção psicossociais é necessário estar atento para não se desconectar do todo com ações isoladas. Além disso, desenvolver ou adaptar programas de intervenção baseados em evidência se torna fundamental para que se identifique mecanismos do processo e resultados

que possam, de fato, gerar benefícios e não causar malefícios. Por último, compreender que políticas públicas de saúde fazem parte do mesmo contínuo de atenção à saúde, pode aumentar as chances da ativa participação social e do impacto positivo na transformação da saúde que contemple os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Referências

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- Alves, G. O. (2015). *Saúde mental e economia solidária: construindo estratégias de reabilitação psicossocial*. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências. No endereço <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/174448>
- Araújo, A. C. M., & Gouveia, L. B. (2016). Uma revisão sobre os princípios da Teoria Geral dos Sistemas. *Revista Estação Científica*, 16, 1-14. Retirado de <https://portal.estacio.br/media/3727396/uma-revis%C3%A3o-sobre-os-princ%C3%ADpios-da-teoria-geral-dos-sistemas.pdf>
- Alves, M., & Oliveira, R. M. P. (2010). Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (1), 64-70. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/zmpYPXkQgwqr9B8ptHH9dXb/?format=pdf&lang=pt>
- Aguiar, M. I. F., Lima, H. P., Braga, V. A. B., Aquino, P. S., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. (2012). Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto de saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 157-163. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900025>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>
- Bispo Jr., J. P., & Messias, K. L. M. (2005). Sistemas de Serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Revista Saúde.Com*, 1(1), 79-89. Recuperado de <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. J., & Cummins, S. (2015). 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. *Epidemiology Community Health*, 69, 95-98. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204671>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2014). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (2017). Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. *Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva*, 3, 36-40.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde [CNDSS] (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Jannuzzi, P. M. (2014). Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. *Estudos em Avaliação Educacional*, 25(58), 22-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.18222/eaec255820142916>

- Leite, A. (2017, 8 de dezembro). Glossário: Políticas Públicas. [arquivo de vídeo]. No endereço <https://www.youtube.com/watch?v=si0m-EzzS5c>
- Lima, S. S., & Brasil, S. A. (2014). Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 67-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100005>
- Matos, M. G. (2017). Sem medo e sem riscos: desafios da psicologia na prevenção e promoção do século 21. In: Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP (Org.). *Pensar a Psicologia*. (pp. 50-65). Lisboa, Portugal: OPP. Recuperado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/pensar_a_psicologia_ebook.pdf
- Mello, G. A. (2017). Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 24(2), 499-517. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702017000200011>
- Mendes, E. V. (2010). *As redes de atenção à saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Menezes, J. C. L., & Murta, S. G. (2018). Adaptação Cultural de Intervenções Preventivas em Saúde Mental Baseadas em Evidências. *Psico-USF*, 23(4), 681-691. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230408>
- Miranda, A. A. V. (2016). *Prevenindo o uso abusivo de drogas: uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília: Brasília/DF

Murta, S. G., & Barletta, J. B. (2015). Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em Terapia Cognitivo-Comportamental. In: C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. Rangé (Org.), *ProCognitiva: Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 9-62). Ciclo 1. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção* (pp. 168-191). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Murta, S. G., Abreu, S., Leandro-França, C., Pedralho, M. S., Seidl, J., Lira, N. P. M., Carvalhedo, R. K. M., Conceição, A. C., & Gunther, I. A. (2014). Preparação para aposentadoria: implementação e avaliação do Programa Viva Mais!. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100001>

Noal, D. S., Vicente, L. N., Weintraub, A. C. A. M., Fagundes, S. M. S., Cabral, K.V., Simoni, A. C. R., Pacheco, M. L. L., Pedroza, R. L. S., & Pulino, L. H. C. Z. (2016). Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 932-945. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002062016>

Oliveira, T. T. S. da S. & Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 02-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p02>

Omena, K. V. M., Costa, P. J. M., Amorim, D. G., Vilhena, M. P., Leão, R. C. C., & Pessoa, N. (2018). *Cartilha de orientação em Saúde Mental: Em direção ao território*. Penedo, Alagoas: Secretaria Municipal de Saúde de Penedo. Acesso em 10/04/2020 no endereço <https://educapes.capes.gov.br/>

Paim, J. S. (2014). Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz, Z. M. A., & Silva, L. M. V. (Orgs.), *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 4ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903-1913. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

Ribeiro, M. C., & Bezerra, W. C. (2015). A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional*, 26(3), 301-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p301-308>

Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Costa, P. H. A. (2015). Avaliação de necessidades em saúde mental: utilizando métodos participativos. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (pp. 152-167). Novo Hamburgo: Sinopsys

Sant'anna, C. F., Cezar-Vaz, M. R., Cardoso, L. S., Erdmann, A. L., & Soares, J. F. S. (2010). Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 92-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100013>

Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (p. 34- 53). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019>

Tavares, M. F. L., Zancan, L., Carvalho, A. I., & Rocha, R. M. (2011). Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: *Manual Instrucional do Curso de Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

WHO – World Health Organization (2013). *Investing in Mental Health: evidence for action*. Geneve: WHO.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *The American Psychologist*, 60(6), 628-648. DOI: <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.68>

Intervenções Complexas: o exemplo do tratamento comunitário

**Maria Inês Gandolfo Conceição
Maria Aparecida Penso**

Introdução

Neste capítulo trataremos de discutir as contribuições do pensamento complexo de Edgar Morin às intervenções complexas. A escolha do paradigma complexo se apoia na defesa de se tratar de uma perspectiva que pode auxiliar na formulação de novas propostas no desenvolvimento de intervenções abertas, racionais, críticas e autocríticas, reflexivas e com poder de se auto-organizar. Serão apresentadas as ideias centrais do paradigma complexo, bem como será brevemente descrita a contribuição do tratamento comunitário como exemplo de tecnologia social complexa que se utiliza dessa base teórico-epistemológica como subsídio para intervenções em contextos de grande vulnerabilidade social. Por sua vez, ilustramos essa intervenção complexa do tratamento comunitário com um exemplo concreto levado a cabo no contexto da Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde, no Distrito Federal.

O ser humano carrega consigo a complexidade oriunda da realidade na qual está inserido (Moretti-Pires, 2009). Questões humanas demandam compreensões e intervenções complexas,

sobretudo por se tratar de realidades edificadas a partir de construtos subjetivos e intersubjetivos atravessados pela intencionalidade. Assim, partindo do pressuposto de que a subjetividade humana não é passível de ser reduzida a um arranjo linear, ordenado, previsível e simplista, haja vista sua complexidade inerente, este capítulo trata de aportar as compreensões teóricas que subsidiam intervenções complexas e sistêmicas, na contramão do pensamento disjuntivo.

A complexidade se coloca como contraponto desse pensamento disjuntivo simplificador que separa e fragmenta o objeto. Essa compreensão dos fenômenos humanos busca apreender o objeto em seus mais diversos ângulos, com os mais diferentes olhares. A complexidade vê o objeto em suas ordem e desordem inerentes.

A ordem e a desordem são dois inimigos: uma suprime a outra, mas ao mesmo tempo, em certos casos, colaboram e produzem organização e complexidade. O princípio dialógico permite-nos manter a dualidade no seio da unidade. Associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos (Morin, 1990, p. 33).

No campo da saúde, o reconhecimento dessa complexidade foi refletido na ruptura com modelos simplistas e reducionistas e propôs o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo biopsicossocial, advindo da necessidade de superação do modelo baseado na extrema fragmentação do atendimento em especialidades, e da formação em saúde em disciplinas (Almeida & Conceição, 2015). As iniciativas de promoção da saúde na proposta do SUS representam um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar as abordagens reducionistas sobre os problemas de saúde (Magalhães, 2016). Por sua vez, os princípios norteadores do SUS, quais sejam, qualidade, humanização, equidade, integralidade, participação, dentre outros vinculados à Reforma Sanitária Brasileira (Lima &

Santana, 2006; Paim, 2006), refletem o caráter complexo da saúde humana. Nessa esteira, o campo da assistência social alinhou igualmente suas políticas à compreensão complexa e sistêmica. No Brasil, assistimos a recentes transformações do sistema de proteção social, com foco na consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que rompeu com anteriores paradigmas excludentes e segregacionistas (Jaccoud, Bichir, & Mesquita, 2017). No campo da educação, a aposta na complexidade equivale ao investimento em projetos capazes de promover questionamentos ético-políticos auto-organizadores que façam emergir a tomada de consciência planetária e influir positivamente no futuro da humanidade (Petraglia, 2008).

A seguir, apresentaremos uma experiência de intervenção complexa no campo da saúde, qual seja, as bases preliminares de uma experiência de implantação da metodologia de articulação de redes nos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, com base no tratamento comunitário. A teoria da complexidade de Edgar Morin é a base teórica deste estudo, pois ampara a teoria do tratamento comunitário, bem como o modelo biopsicossocial do atendimento em saúde em seus fundamentos basilares de compreensão da universalidade e integralidade do ser humano.

A Teoria da Complexidade e o pensamento complexo

A teoria da complexidade elaborada pelo sociólogo francês Edgar Morin (2000, 2015) surgiu em contraposição à ciência tradicional moderna e seus pressupostos de simplicidade, estabilidade e objetividade, que elucidam os fenômenos parcialmente mas cegam globalmente, pois possibilitam o conhecimento das partes, mas não a compreensão do todo. Edgar Morin é um crítico do pensamento simplificador:

[...] o pensamento simplificador é incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo (unital multiplex). Ou ele unifica abstratamente ao anular a diversidade, ou, ao contrário, justapõe a diversidade sem conceber a unidade. [...] precisamos compreender que continuamos na era bárbara das ideias. Estamos ainda na pré-história do espírito humano. Só o pensamento complexo nos permitirá civilizar nosso conhecimento (Morin, 2015, p. 16).

Nesse sentido, é preciso reconhecer que a simplificação obscurece as inter-relações existentes entre os fenômenos, não considerando a causalidade recursiva e o pressuposto da complementaridade, no sentido de que a parte está no todo e o todo está na parte (Morin, 1996). Morin não apenas critica o pensamento da ciência moderna, mas também apresenta como alternativa a proposta do desenvolvimento de um pensamento complexo: “É necessário o que chamarei de um pensamento complexo, ou seja, um pensamento capaz de unir conceitos que se rechaçam entre si e que são suprimidos e catalogados em compartimentos fechados” (p. 55). O autor também sugere que os sistemas são instáveis e que o mundo está em movimento e transformação constante, daí ser impossível prever e predeterminar os fenômenos sociais. Assim, propõe a emergência de um pensamento complexo que possa abrigar as contradições, a multiplicidade e a riqueza da realidade. O termo “complexidade” vem do latim, *complexus*, que significa *entrelaçado* ou *torcido junto*. Corresponde à multiplicidade, ao entrelaçamento e à contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural.

Segundo Ribeiro (2011), a complexidade não deve ser reduzida ao seu significado no senso comum, que na maioria das vezes, pressupõe a ideia de complicação. Para a autora, a teoria da complexidade se propõe a observar o todo de forma indissociável, tendo como objetivo a construção do conhecimento numa perspectiva

multi e transdisciplinar. Isso significa vencer o desafio de uma visão simplificadora e reducionista, em que o simples deve ser integrado ao pensamento complexo.

Aun (2005) afirma que pensar a complexidade do mundo e das relações existentes e acreditar na capacidade de auto-organização dos seres vivos é o grande desafio atual. A experiência humana é um todo biopsicossocial, que não pode ser dividido em partes nem reduzido a nenhuma delas. Primeiro, percebemos o mundo, em seguida, as percepções geram sentimentos e emoções e, na sequência, estas são elaboradas em forma de pensamentos, que vão determinar o nosso comportamento no cotidiano (Marlotti, 2000).

Morin (2000) estabelece sete princípios da complexidade: (1) o princípio sistêmico ou organizacional – segundo o qual não é possível conhecer o todo sem conhecer as suas partes, nem conhecer as partes sem conhecer o todo. Nesse sentido, o todo é menor e maior que a soma de suas partes. (2) o princípio hologramático – defende que o todo está na parte e a parte também está no todo. (3) o princípio do círculo retroativo – considera que o sistema possui processos autorreguladores que permitem a sua autonomia. (4) o princípio do círculo recursivo ou da autoprodução e auto-organização – segundo o qual os produtos e os efeitos são eles mesmos produtores e causadores daquilo que os produz. (5) o princípio da auto-eco-organização – cuja noção de autonomia está estreitamente relacionada com a dependência. (6) o princípio dialógico – o qual propõe a convivência das noções contraditórias como ordem/desordem/organização. (7) o princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento – considera o conhecimento como uma reconstrução por um espírito em uma cultura e tempo determinados.

Também Demo (2000) aponta algumas características da complexidade: (1) dinâmica: a estabilidade é sempre um rearranjo provisório, ou seja, os fenômenos são observados em processo, em vir a ser, com componentes formalizáveis e controláveis e outros incontrolláveis e não formalizáveis; (2) não-linear: na complexidade não-linear existe uma relação própria entre o todo e as partes, feita ao mesmo tempo de relativa autonomia e profunda dependência; (3) reconstrutiva: não quer dizer que seja reprodutiva, ao contrário, ela permanece a mesma, mudando sempre, num processo de reconstrução, pois é sempre incompleta; (4) processo dialético evolutivo: os níveis reflexos de consciência representam estágios mais avançados, produzidos de forma dialética e criativa, não repetitiva; (5) irreversível: refere-se à inserção temporal e a sua irreversibilidade, isto é, com o passar do tempo, nada se repete; (6) intensidade: a intensidade, e não a extensão, é a característica primária dos eventos -isso não quer dizer que sejam opostas, mas que convivem no fenômeno, sendo sua oposição apenas no sentido dialético; (7) ambiguidade/ambivalência: a ambiguidade refere-se ao fato de que as estruturas são desconstruídas numa “unidade de contrários”, ou seja, algo é unitário (forma o todo) e, ao mesmo tempo, múltiplo e aberto (ultrapassa os seus limites). A ambivalência consiste na processualidade dos fenômenos, estando ligada ao processo.

Para Esteves de Vasconcellos (2013), a partir da complexidade é possível perceber que as contradições que ocorrem na sociedade favorecem a diversidade que propicia crescimento a partir do diferente. Assim, a instabilidade, associada à incerteza, contribui com as diferenças, sem situações preestabelecidas e sem programações que a enrijecem.

A complexidade só pode ser entendida por um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível: o pensamento complexo. Este configura uma nova visão de mundo, que aceita e procura compreender as mudanças contínuas do real e não pretende negar a multiplicidade, a aleatoriedade e a incerteza, e sim, conviver com elas (Marlotti, 2000).

Para a teoria da complexidade, a noção de homem é uma noção complexa, no sentido de que este tem muitas dimensões e tudo o que desloca este complexo é limitante para o conhecimento e a ação. As dimensões que compõem o sujeito são: indivíduo/sociedade/espécie, sendo que cada uma dessas dimensões contém outra e todas são complementares. Desse modo, uma compreensão complexa do ser humano engloba explicação, compreensão objetiva e compreensão subjetiva. É multidimensional, não reduz o outro a um dos seus traços ou atos.

A teoria da complexidade exige algumas mudanças na forma de compreensão dos fenômenos. Em termos teóricos é necessário renunciar a uma única e absoluta certeza sobre o comportamento humano e assumir a possibilidade de negociar com a incerteza, a diversidade e o questionamento constante. Também é necessário assumir as nossas limitações e dificuldades teóricas e pessoais com determinados temas (drogas, violência, doença mental, entre outros) e o conhecimento sobre essas questões deve considerar o sujeito e seu bem-estar no centro do processo, trabalhando sempre na perspectiva da utilidade social. Isso significa desenvolver conhecimentos que estejam a serviço da sociedade e não das vaidades pessoais. É preciso ainda reconhecer nosso envolvimento com os sujeitos, bem como a consciência do que representa para nós o sofrimento trazido por eles, assumindo, assim, que estamos implicados no

processo. Caso contrário, corremos o risco de nos tornarmos tecnólogos, acríticos.

Entender a realidade como complexa é saber que não se deve observar aspectos isolados da realidade como se fossem verdades absolutas e que é necessário entrar em contato direto com o real e com todas as experiências de provações e dos seus obstáculos e limitações. Assim, deve-se desenvolver a consciência da impossibilidade de existência de causa única para qualquer fenômeno, levando-nos a refletir sobre os problemas e patologias como situações complexas.

Para Morin (1990), o pensamento fragmentado faz surgir a inteligência cega, que é o conhecimento advindo de um método de fragmentação da realidade, um método que isola o objeto de todo o universo de complexidades que o envolve, ignora a diferença enxergando apenas a unidade ou ignora a unidade enxergando apenas as diferenças. Tal simplificação do pensamento leva à compreensão equivocada da realidade, tem a pretensão de neutralidade e ignora a relação entre o objeto observado e o observador. Segundo Morin (2015), há um descompasso entre os saberes desunidos, compartimentados e as realidades cada vez mais transversais, multidimensionais.

A clínica baseada nos princípios da Teoria da Complexidade exige uma postura ética de busca de autonomia do sujeito, flexibilidade para as mudanças, papel ativo como agente transformador da realidade social, abertura e respeito por outros saberes, posição de não-saber que favoreça a eclosão de novos sentidos.

A Intervenção Complexa do Tratamento Comunitário

O tratamento comunitário é apenas um dentre os vários modos de intervenção complexa. O elegemos, em especial, por ser

uma abordagem que dialoga epistemologicamente com a Teoria da Complexidade, sendo uma ferramenta que

inaugura a sintonia entre tratamento, prevenção, redução de danos e integração social, através de uma prática de rede, de investigação, de respeito à diversidade e da criação de um sistema de proteção ao usuário no seu processo de desvinculação com a droga (Barros, 2015, p. 9).

O tratamento comunitário, criado pelo psicanalista italiano Efrem Milanese, é um método de trabalho com pessoas, grupos, comunidades e redes que vivem em contextos de alta vulnerabilidade. O método consiste em um processo composto por um conjunto de ações, instrumentos e práticas, com o objetivo de promover a qualidade de vida de pessoas que abusam de drogas e que vivenciam uma exclusão social grave. Seu foco no tema de drogas (redução da demanda) respeita a história desta proposta que, além de tudo, vai dirigido às situações de sofrimento social das pessoas, dos grupos e das comunidades em condição de alta vulnerabilidade nos âmbitos de educação, trabalho, direitos, laços familiares, de grupo, nas comunidades de vida e com as instituições, moradia, alimentação, segurança, legalidade, saúde etc. Um aspecto interessante da história do tratamento comunitário é que suas experiências foram realizadas todas na América Latina por latino-americanos e latino-americanas (Milanese, 2018b).

A complexidade da abordagem consiste em transpor a esfera individual do tratamento convencional e trabalhar interdisciplinarmente a qualidade de vida da comunidade onde os usuários moram (Milanese, 2018a). Entre os elementos conceptuais do tratamento comunitário encontram-se os seguintes: o tema da comunidade (entendida como um sistema aberto de redes que

anima, organiza e dá vida e sentido a um território); o tema do sofrimento social (produzido pelos relacionamentos no interior do sistema de redes); da inclusão/inserção/integração social; o tema das redes, das representações sociais, da exclusão social, da desigualdade, dos direitos humanos fundamentais, da investigação na ação, da ação social, das minorias ativas, do capital social, do limiar de acesso, da complexidade nos serviços, das políticas públicas na área da redução da demanda de drogas e dos processos de exclusão social.

Milanese entende a comunidade como o conjunto de pessoas que formam uma rede social em um território, no qual elas estabelecem relações mediadas por normas e crenças sociais. Além do espaço geográfico que constitui o território, a rede social também possui elementos, tais como uma ou mais linguagens, processos organizativos, funções sociais, conflitos, interesses e cultura. Milanese (2018a) parte da base conceitual de rede social para compreender as relações no âmbito do tratamento comunitário.

O conceito de rede social tem sido amplamente utilizado na busca pela compreensão da complexidade das relações humanas. É nas relações humanas que nos constituímos enquanto sujeitos. Ao conjunto dessas relações denominamos de rede. Sluzki (2003) define rede social como todas as relações que o indivíduo considera significativas ou diferenciadas do resto da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui nos seus processos de reconhecimento, pertencimento e são fonte de identidade pessoal e social (Sanicola, 2008; Sluski, 2003), além de incluir hábitos de cuidado com a saúde e capacidade de adaptação a crises (Sluzki, 2003).

As relações que compõem uma rede social podem adquirir diversas funções, tais como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos e podem ser limitadas a determinada área de convivência, como ambiente de trabalho, família, amizades, comunidade (Sluzki, 2003). Milanese (2018a) denomina essa rede social ampla, composta de todas essas relações pessoais, de rede subjetiva, e chama de rede operativa aquela composta de relações que se articulam em um contexto de ações de atenção e cuidado ao usuário de drogas. Portanto, quando se fala em rede operativa, está se falando de uma rede cujas articulações têm intencionalidade.

Segundo o autor, a rede operativa tem uma dimensão visível, que se constitui pela própria equipe, e uma dimensão invisível, que é composta pelos conceitos, ideias e representações da equipe. É nesse mundo simbólico que se encontram as raízes culturais do indivíduo, de sua formação e da organização de trabalho da equipe. São essas raízes culturais que mediam as relações interpessoais. Cada indivíduo traz para a rede operativa não só sua relação com os próprios membros da equipe, mas também suas relações com a rede comunitária e com a rede de recursos comunitários. Então, a rede operativa é composta pelos membros da equipe e suas relações com a comunidade onde a equipe está inserida (Milanese, 2018a).

Sumariamente, de acordo com Milanese (2018a), o marco conceitual de referência do tratamento comunitário inclui conceitos tais como: redes subjetivas comunitárias, rede de recursos comunitários, rede operativa, rede de líderes de opinião; minorias ativas; grupos de estudo; oficinas temáticas. Possui uma definição dinâmica de comunidade, pois a considera como

sistema de redes que constroem e animam um território, sendo o elemento fundamental da organização comunitária. A seguir, serão apresentados, brevemente, os elementos conceituais, eixos, processo, estrutura e avaliação que instrumentalizam a intervenção complexa do tratamento comunitário que se constituem em uma síntese da 4ª edição do manual de trabalho (Milanese, 2018a).

Como já mencionado, o tratamento comunitário é um método de trabalho com pessoas, grupos, comunidades e redes que vivem em contextos de alta vulnerabilidade, cujo objetivo é melhorar as condições de vida dessas pessoas, sobretudo aquelas envolvidas com uso abusivo e problemático de drogas. Seu foco está dirigido às situações de sofrimento social das pessoas, grupos e comunidades em condição de alta vulnerabilidade nos âmbitos de educação, saúde, trabalho, família, grupo, segurança, legalidade, direito, comunidade, instituição, habitação, nutrição.

A teoria do tratamento comunitário está alicerçada principalmente no conhecimento científico da psicologia social e comunitária e engloba os elementos conceituais: comunidade (entendida como um sistema aberto de redes que anima, organiza e dá vida e sentido a um território); sofrimento social (produzido pelos relacionamentos no interior do sistema de redes); inclusão/inserção/integração social; e redes, representações sociais, exclusão social, desigualdade, direitos humanos fundamentais, pesquisa-ação participativa, ação social, minorias ativas, capital social, limiar de acesso, complexidade nos serviços, políticas públicas.

Eixos do Tratamento Comunitário

A proposta do tratamento comunitário está configurada em cinco eixos articulados: prevenção/organização; assistência básica/redução de danos; educação/reabilitação; tratamento médico/

psicológico; ocupação/trabalho. Todos os eixos possuem seus respectivos objetivos táticos e estratégicos.

PREVENÇÃO/ORGANIZAÇÃO. O objetivo deste eixo é criar, organizar ou fortalecer o dispositivo para o tratamento comunitário. Se propõe a criar dispositivos – ou redes – necessários para sua implementação: (1) redes subjetivas comunitárias ou pessoas com as quais os membros da equipe têm relações de amizade e relações entre eles; (2) redes operativas ou nós das redes subjetivas comunitárias que participam com a equipe na implementação de ações e processos de tratamento comunitário e as relações entre eles; (3) redes de líderes de opinião ou entidade composta por líderes de opinião formais e informais de uma comunidade e das relações entre eles; e (4) minorias ativas ou redes com alto grau de densidade nas relações entre seus membros e foco na melhoria das condições de vida da comunidade. As atividades de prevenção (universal, seletiva e indicada) articulam-se de dois modos: tático, para atingir os objetivos conhecidos da prevenção; e estratégico, para favorecer a construção do dispositivo de tratamento comunitário. Com essas ações de prevenção/organização espera-se que sejam constituídas as redes subjetivas comunitárias da equipe, a rede operativa, a rede de recursos comunitários e a rede de líderes de opinião.

ASSISTÊNCIA BÁSICA/REDUÇÃO DE DANOS. Este eixo tem por objetivo reduzir as consequências negativas do consumo de drogas e de outras formas de exclusão (pobreza, falta de serviços básicos etc.) e melhorar as condições de vida de pessoas, grupos e comunidades. A assistência básica e a redução de danos estão focadas nos direitos fundamentais das pessoas, dos grupos e das comunidades em situação de exclusão grave. Sua finalidade é implementar ações sociais para diminuir as consequências do

sofrimento social, implementando ações para reduzir o impacto da pobreza e da precariedade de serviços nas áreas de educação, saúde, assistência social, justiça, trabalho, moradia, alimentação, higiene e apoio relacional. É característico do tratamento comunitário o fato de que essas ações são pensadas, planejadas e implementadas por meio das redes constituídas, nas quais estão incluídos os atores que são “parceiros” – beneficiários diretos – dessas ações. Também são esperados resultados táticos e estratégicos. O resultado tático seria a redução do impacto nocivo na legalidade, saúde física e mental, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família. Como resultados estratégicos procura-se a melhoria da participação dos atores comunitários (incremento na amplitude, densidade, conectividade, intermediação etc.) nas redes (redes subjetivas comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas) e a continuidade (tempo) na relação com as pessoas vinculadas às redes.

EDUCAÇÃO/REABILITAÇÃO. O objetivo deste eixo é melhorar os conhecimentos e as competências da comunidade e das pessoas vinculadas com formas de sofrimento social. Além disso, busca evitar que as formas de assistência básica e redução de danos viam assistencialismo ou novas formas de dependência e injustiça. As ações e os processos nesta área incluem: processos educativos informais (por meio do trabalho de rua em nível individual ou grupal) ou formais (cursos, oficinas, seminários etc.), alfabetização, educação digital, recuperação do ciclo escolar, melhoria das competências relacionais (habilidades sociais), das competências no trabalho (habilidades ocupacionais). Os temas de direitos humanos, de sensibilização de gênero, de relações com os recursos comunitários (formais e informais, institucionais e do setor privado), de mediação dos conflitos comunitários e de

diminuição dos impactos dos processos de exclusão são centrais neste eixo. As atividades culturais (cinema, teatro, fotografia, literatura, poesia, dança, música, pintura) e recreativas (jogos e esportes) são elementos centrais da metodologia de trabalho. Os resultados táticos deste eixo são: incrementar os conhecimentos e as competências nas áreas da legalidade, droga, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool. Como resultados estratégicos, espera-se a melhoria da participação dos atores comunitários (incremento na amplitude, densidade, conectividade, intermediação etc.) nas redes (redes subjetivas comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas) e manutenção na relação com as pessoas vinculadas às redes.

TRATAMENTO MÉDICO/PSICOLÓGICO. O objetivo deste eixo é reduzir as consequências nocivas da exclusão grave associada ao consumo de drogas na área da saúde mental e física. As condições de exclusão grave associadas ao consumo de drogas podem produzir consequências nocivas à saúde do usuário. O trabalho com as pessoas que sofrem essas condições se desenvolve por meio da prática médica e psicoterapêutica em contextos formais, quando possível, mas sobretudo em contextos ou dispositivos informais. As atividades neste eixo se interconectam com as atividades de assistência básica e redução de danos e com as atividades de educação/reabilitação. Neste sentido, o tratamento médico e psicológico é uma tarefa de toda a equipe e de toda a rede operacional. O elemento inovador neste eixo é a implementação de ações psicoterapêuticas em dispositivos informais (ruas, lares, bares etc.). Os resultados táticos esperados são redução do número de pessoas que não recebem atenção e melhoria das condições de saúde mental e física. Como resultados estratégicos, almeja-se

elevar a participação dos atores comunitários (incremento na amplitude, densidade, conectividade, intermediação etc.) nas redes (redes subjetivas comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas) e manutenção na relação com as pessoas vinculadas às redes.

OCUPAÇÃO/TRABALHO. O objetivo deste eixo é melhorar o nível de autonomia, as competências e as condições laborais das comunidades e das pessoas, famílias, grupos, redes vinculadas com situações de sofrimento social (legalidade, droga, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool). A autonomia das pessoas é fortemente enriquecida pela sua capacidade – individual, familiar, grupal ou em rede – em providenciar suas necessidades. O eixo de ocupação e trabalho se implementa por meio de atividades e processos formais e informais de capacitação para o trabalho, práticas em postos de trabalho, bolsas de trabalho, inserção em atividades produtivas, desenvolvimento de microempresas e atividades produtivas nos diferentes níveis. A experiência demonstrou que pessoas em grave estado de vulnerabilidade (como resultado de uso problemático de drogas e de condições de exclusão) necessitam também de apoio psicológico e relacional durante o processo de inserção e permanência no trabalho. Esse apoio é garantido por meio da continuidade do tratamento comunitário nos outros eixos. O resultado tático esperado é o incremento da capacidade das pessoas, famílias, grupos, redes em permanecer em atividades produtivas lícitas ou ocupacionais (escola). Como resultados estratégicos espera-se a melhoria da participação dos atores comunitários (incremento na amplitude, densidade, conectividade, intermediação etc.) nas redes (redes subjetivas

comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas), a manutenção na relação com as pessoas vinculadas nas redes e a melhoria no respeito aos direitos básicos fundamentais e da justiça e equidade.

Processos do Tratamento Comunitário

No tratamento comunitário, os processos acontecem em (1) ações de vinculação e 92) sistema de diagnóstico estratégico:

AÇÕES DE VINCULAÇÃO. Têm por objetivo produzir, fortalecer ou manter a participação comunitária por meio de suas redes. Essas atividades podem se incluir nas atividades mencionadas nos cinco eixos. Algumas têm particular impacto nas ações de vinculação: festas populares, civis e religiosas, acontecimentos culturais abertos (como o teatro de rua), música, dança para promover e sensibilizar temas específicos (tais como, gênero, direitos humanos, direitos de populações específicas). Estas ações incluem a construção de redes, a terapia de rede, a construção de formas organizadas na vida social (organizações, associações, grupos formais, grupos de auto ajuda). Como resultados, espera-se, apenas, os de tipo estratégico que consistem na melhoria da participação dos atores comunitários (incremento em amplitude, densidade, conectividade, intermediação etc.) nas redes (redes subjetivas comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas) e manutenção na relação com as pessoas vinculadas às redes.

SISTEMA DE DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO. No tratamento comunitário, a comunidade é tida como sujeito de tratamento, isto é, a abordagem metodológica é dirigida especificamente à comunidade. O Sistema de Diagnóstico Estratégico tem como finalidade,

unicamente, construir um marco lógico para o diagnóstico comunitário baseado na maior participação possível de atores comunitários. A prática do tratamento comunitário evidenciou como este processo pode ser muito eficaz, especificamente em alguns momentos: diagnóstico participativo; construção de redes e do dispositivo comunitário; terapia de redes; estudo e transformação das representações sociais. O objetivo é reduzir o impacto nocivo dos processos de exclusão social e melhorar as capacidades de inclusão social. O tratamento comunitário é implementado por meio de um processo que se inicia com a construção do dispositivo (prevenção/organização), com o diagnóstico (comunitário) e com a implementação das atividades nos outros quatro eixos.

O Sistema de Diagnóstico Estratégico opera em nove microprocessos: (1) identificação da comunidade por parte de seus líderes de opinião; (2) estudo dos projetos anteriormente desenvolvidos ou em fase de desenvolvimento; (3) análise dos fracassos dos projetos e das boas práticas; (4) breve histórico da comunidade; (5) elementos sociológicos (antropológicos e etnográficos); (6) identificação dos temas geradores; (7) elementos estratégicos de ancoragem e objetivação; (8) mitos e formas rituais; e (9) identificação de base no interior da comunidade.

Os atores/participantes do Sistema de Diagnóstico Estratégico são as redes (redes subjetivas comunitárias, redes operativas, redes de líderes comunitários, redes de recursos comunitários, minorias ativas) e toda a população que deseja participar. As modalidades de trabalho são as mais variadas: oficinas, seminários, grupos de discussão, grupos focais, assembleias, debates, encontros com expertos, jogos de papéis, teatro, música,

pesquisas comunitárias, cartografia social ou ecológica e todas as formas que a criatividade dos atores comunitários sugere.

As Estruturas do Tratamento Comunitário

As estruturas do tratamento comunitário envolvem os territórios comunitários, serviços naturais, recursos dos atores privados, centros de baixo, médio e alto limiar e baixa, média e alta complexidade. Com ele, busca-se atingir o nível de acesso mais alto possível e, por consequência, caracteriza-se pelo limiar de acesso mais baixo possível. O tratamento comunitário tem seus lugares específicos, isso não significa que não se integre na rede de recursos comunitários informais e formais: há outros atores trabalhando, outras instituições, todos no marco de uma coerente política pública.

Constituem-se territórios comunitários de ação do tratamento comunitário as praças, esquinas das ruas, lugares de esporte. Esses lugares são o primeiro recurso do tratamento comunitário: ali acontecem os primeiros contatos, dão-se ações de prevenção/organização, de assistência básica e redução de danos, de educação, de tratamento médico e psicológico e de capacitação para o trabalho. É o lugar principal porque é de todos, ali está o “povo”, é lugar público.

Há também os serviços “naturais”. Bares, restaurantes, postos de combustível, comércios estabelecidos formal e informalmente são de fato “serviços básicos na e da comunidade”, existem para responder a necessidades comunitárias. Cada um desses serviços pode ser um ator na rede de recursos comunitários, implementando ações ou processos incluídos no tratamento comunitário: prevenção universal, seletiva e indicada, informação, derivações, inserção no

trabalho etc. Cada um desses serviços tem sua estratégia de raiz no território e da gestão das relações com seus “clientes”.

O tratamento comunitário também conta com os recursos dos atores privados. Casas de habitantes da comunidade, lugares nos quais as pessoas possam se reunir, trabalhar, lugares nos quais os habitantes que precisem, possam encontrar serviços de higiene, comida, albergue etc. As formas de participação da comunidade são infinitas.

Existem também os centros de escuta comunitários e os *drop in center*. São duas formas de serviços de limiar e complexidade muito baixos. São ao mesmo tempo lugares de encontro e de serviços (alimentação, higiene, segurança, vida de grupo, construção de redes, saúde, educação etc.). Dentre suas características encontram-se a proximidade em relação às pessoas que o necessitam, a baixa estruturação de suas atividades e o acesso livre, sem horários ou agendamentos prévios.

Há os centros de baixo limiar e média complexidade, com um certo nível de complexidade (equipes com profissionais diferentes) que permitem, por exemplo, administração de tratamentos substitutivos, auxílio médico básico, atenção profissional a crises psicológicas ou relacionais etc. O nível de complexidade pode crescer até não haver conflitos com a necessidade do limiar de acesso mais baixo possível.

Os centros de baixo limiar e alta complexidade, por sua vez, são lugares/serviços nos quais o nível de organização das atividades é muito estruturado e as pessoas que desejam participar têm que respeitá-lo (embora a participação não seja obrigatória). Encontram-se ali equipes multiprofissionais, com horários de trabalho, regras de participação e exclusão etc.

A Avaliação do Tratamento Comunitário

A avaliação do tratamento comunitário foca-se nos produtos ou resultados esperados: táticos e estratégicos. Os produtos táticos consistem na redução do impacto negativo das condições de exclusão social nas áreas indicadas e na melhoria das condições de vida. Esses produtos são visualizados através da avaliação de casos realizada por meio de instrumentos específicos desse método (tais como, a Folha de Primeiro Contato - HPC, do Seguimento de Processos Individuais em Comunidades Locais - SPICL e do questionário de Avaliação do Tratamento Comunitário - CBT EvQuest). Os produtos estratégicos consistem nos dispositivos do tratamento comunitário efetivamente implementados. Eles são: a equipe, as redes subjetivas comunitárias, as redes operativas, as redes de recursos comunitários, as redes de líderes de opinião e as minorias ativas. Esses produtos são visualizados e avaliados por meio dos instrumentos clássicos do *Social Network Analysis* ou auxílio de *softwares* como o UCINET.

Em suma, o tratamento comunitário é uma proposta que tem objetivos táticos e estratégicos. Do ponto de vista tático, busca-se atingir os objetivos de cada um dos seus eixos, processos e serviços. Do ponto de vista estratégico, visa-se a fomentar processos que se dão de baixo para cima (*down-top*, ou seja, que provém de mobilizações engendradas na base), com o propósito de construir cenários que facilitem o encontro com processos de cima para baixo (*top-down*, ou seja, aqueles provenientes de processos decisórios da gestão de políticas sociais). Entre seus pontos de força encontram-se o respeito aos direitos humanos fundamentais, a busca de qualidade profissional, a produção de evidências científicas junto com a pesquisa qualitativa e a busca de articulação com as políticas públicas.

Exemplo de intervenção em tratamento comunitário na saúde

A seguir, apresentaremos apenas a fase inicial do tratamento comunitário, realizada em uma comunidade com alto índice de pobreza e vulnerabilidade social do Distrito Federal (DF) que consistiu em identificar a comunidade local (território) e construir uma equipe inicial, uma rede operativa. A rede operativa é composta por todas as pessoas que participam na realização das diferentes tarefas do projeto, independentemente se são membros da equipe ou não.

O objetivo da intervenção aqui relatada foi capacitar a equipe do Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF) da Região Administrativa (RA) escolhida e a equipe de Saúde da Família, para o trabalho na lógica do tratamento comunitário, nos eixos da prevenção/organização de redes e da educação em saúde. Os NASFs são dispositivos da política de Saúde Pública brasileira que têm como função o apoio matricial às equipes de Saúde da Família. O Sistema de Saúde Pública do DF está organizado na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a complexidade do procedimento demandado pelo usuário do sistema de saúde: baixa, média e alta complexidade. O DF está organizado em 15 Regionais de saúde, sendo que cada uma abriga ações nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Entre suas atribuições está o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou

a manutenção de doenças e danos evitáveis. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 1990).

No contexto da Atenção Básica encontra-se a Estratégia de Saúde da Família, estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. As equipes de Saúde da Família funcionam na lógica do território, sendo que cada equipe cobre um território de cerca de 3.500 famílias e tem como atribuição atuar nesse território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população.

O NASF foi criado com o objetivo de aumentar a resolubilidade das equipes de Saúde da Família mediante o apoio matricial de especialistas, no desenvolvimento de ações básicas de saúde. Deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando as práticas em

saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família no qual o NASF está inserido. Os NASFs fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Saúde da Família). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias. Prevê a revisão da prática de encaminhamento com base na referência e contrarreferência, ampliando-se para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica.

Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASFs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Deve também buscar o fortalecimento do protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição. Cada NASF pode ser responsável por no máximo 15 equipes de Saúde da Família,

por isso, na ocasião desta experiência (fevereiro de 2014), muitas equipes de cada Regional de Saúde não tinham assistência do NASF, existiam ainda Regionais de Saúde com mais de um NASF e algumas que não tinham nenhum.

O uso de drogas em contextos de alta vulnerabilidade exige metodologias de intervenção complexas. Neste sentido, o tratamento comunitário pode ser uma opção pertinente. Na lógica do tratamento comunitário, ao abordar a questão do uso de drogas e situação de exclusão social grave, é necessário construir um conjunto de ações, instrumentos, práticas e conceitos organizados em um processo que tem como fim tanto o melhoramento das condições de vida das pessoas como das condições de vida nas comunidades locais nas quais eles vivem (Milanese, 2018a).

Relato de experiência das fases preliminares do tratamento comunitário em um NASF do DF

Para ilustrar a aplicabilidade do tratamento comunitário apresentamos as fases iniciais de uma experiência realizada junto a uma equipe de NASF do DF. Esta equipe de NASF foi escolhida porque já possuía uma visão mais ampliada da comunidade, tinha um bom vínculo com as nove equipes de Saúde da Família que matriciavam, estava localizada em uma região com o segundo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais baixo do DF, sendo portanto uma área com problemas multifatoriais, área de vulnerabilidade e risco social, possuía um alto índice de uso de drogas e não contavam com CAPS AD II. Além do matriciamento das equipes de saúde da família, os profissionais do NASF também atendiam os casos considerados mais problemáticos na lógica de atendimentos compartilhados.

A experiência teve início em fevereiro de 2014, com contatos iniciais e reuniões com a Diretoria de Atenção Primária, Gerência de Gestão da Atenção Primária, Coordenação Geral dos NASFs do DF e Direção Regional de Saúde da Regional de Saúde da localidade para apresentação do projeto do tratamento comunitário e discussão sobre a escolha da equipe NASF e se estendeu por oito meses, com reuniões mensais.

Posteriormente, foram realizadas reuniões locais com a equipe do NASF para apresentar o projeto e discutir sua realização. Por motivos de preservação da identidade dos participantes e não estigmatização da população, omitiremos o nome de seus participantes. A RA escolhida fica a 30km de Brasília e possui 120 mil habitantes. Sua origem deriva de uma ocupação irregular de terras da União e de particulares (característica comum à maioria das RAs do DF) que, anos depois, virou uma cidade. Em 2001, chegaram famílias de outros estados e das redondezas, que buscavam melhores condições de sobrevivência. A expectativa de regularização estimulou o crescimento do núcleo. Esse ano foi marcado pela chegada de famílias de outros estados e das redondezas, que fugiam do aluguel que não podiam pagar em outros lugares; outros justificavam que na RA viam a única chance de ter uma moradia, fortemente estimuladas pelo ostensivo populismo do governo local. Assim, a expectativa de regularização estimulou o crescimento do núcleo. Sem medidas restritivas por parte do Governo do Distrito Federal (GDF), a invasão cresceu, trazendo migrantes de várias partes do Brasil. Em 2005, o GDF criou a RA da cidade para oferecer melhores condições de vida à população. Para legalmente poder atender à população, em 3 de janeiro de 2005, o GDF criou essa RA, visando oferecer melhores condições de vida à sua população.

No início, 2,5 mil pessoas lotearam a área onde hoje é conhecida a RA, embora outras regiões vizinhas, de área pública e particular, receberam seus primeiros “invasores” logo em seguida. Mandados de reintegração de posse foram apresentados por oficiais de Justiça acompanhados da Polícia Militar. Alguns barracos foram retirados, mas os “invasores” retornaram. Muitas famílias trabalhavam durante a semana e aproveitavam os sábados e domingos para transformar seus barracos em casas de alvenaria. Por causa do crescimento desordenado, os problemas eram inevitáveis. Fossas e poços d’água eram cavados todos os dias. Com o início das chuvas, problemas de saúde apareciam devido à contaminação em poços.

Na RA, há um Centro de Saúde e um posto de saúde, sendo a cobertura de Saúde de Família de aproximadamente 37% da população. Há três escolas de ensino fundamental, que são insuficientes para atender a demanda. Não há escola de ensino médio, nem creches públicas, embora haja algumas nas proximidades que são conveniadas. As crianças que frequentam creches vão para espaços conveniados, Organizações Não Governamentais (ONGs), igrejas, creches particulares de outras regionais. Há muitas igrejas e bares. Não se encontram comércios grandes, porém há lojas de pequeno e médio portes. A população precisa de vários serviços que só existem na região vizinha: bancos, hospital, defensoria pública etc. Metade dos moradores possui automóvel (49%) e 43.3% possuem bicicleta. O levantamento da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) apontou que 70.1% dos domicílios situam-se em assentamentos ou invasões e 15.1% são alugados.

A RA detém a segunda colocação no *ranking* das cidades com os mais baixos rendimentos do DF, o que leva à uma grande

procura por benefícios governamentais. Os programas Bolsa Família e o Bolsa Escola têm a adesão de 24.1% e 8.7% dos habitantes, respectivamente. A escolaridade é baixa: metade da população, 49.9%, não completou o ensino fundamental; 0.4% têm ensino superior; e 3.1% são analfabetos. A maior parte dos habitantes (27.3%) tem de 25 a 39 anos. A proporção de moradores de até 14 anos (33.8%) supera a média geral do DF, que é 25.5%.

Acerca da caracterização da micro área atendida pela equipe NASF da RA, esta possui uma população vivendo em situações de grande vulnerabilidade social e econômica, composta, em sua maioria, de jovens adultos (20-39 anos). Muitos problemas de uso de drogas, violência, abuso e violência sexual contra mulheres, idosos, crianças e adolescentes, foram relatados pelos membros da equipe do NASF.

A população oficial para atendimento da ESF é de 3.842 pessoas distribuídas em 1.028 famílias. No entanto, os agentes comunitários de saúde relatam que atendem muito mais do que essa população, pois essas famílias recebem muitos parentes de fora de Brasília que querem ser acompanhados. Essa grande área é dividida em micro áreas.

A equipe era composta pelos seguintes profissionais: uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma médica pediatra. Foi realizado um planejamento com todas as ações previstas no tratamento comunitário, como apresentado abaixo.

Foram construídas as seguintes ações ou passos do trabalho comunitário no NASF:

Tabela 2.1. Ações do Trabalho Comunitário

Ação	Objetivo	Procedimento
1. Mapeamento da rede operativa	Apontar o NASF como articulador da organização comunitária; Identificar a rede de líderes (mapeamento de redes de líderes) que definirá as prioridades; Definir temas geradores.	Foi realizada a seguinte pergunta: Com quem você se relaciona na equipe, na comunidade onde trabalha e nas instituições?
2. Realização de grupo focal sobre o compartilhamento de casos na lógica do tratamento comunitário	Definir o que seria o compartilhamento de casos.	Foi realizado grupo focal com a equipe do NASF para estudar a forma como o tratamento comunitário organiza o compartilhamento de casos
3. Construção da rede de recursos do NASF	Conhecer quais são as instituições com as quais o NASF (enquanto equipe) se relaciona.	A equipe do NASF construiu sua rede de recursos a partir das seguintes perguntas: com que instituições você compartilha casos? Para quem você encaminha casos? Como estas instituições se relacionam entre si?
4. Reunião com a equipe do NASF.	Discutir o mapeamento da rede operativa de cada um e da rede de recursos.	Apresentação da rede operativa e de recurso de cada um na equipe e discussão como os mesmos sobre a efetividade desta rede.
5. Construção da rede subjetiva comunitária.	Construir a rede subjetiva comunitária de cada membro da equipe do NASF.	Reunião com a equipe para cada um construir a rede subjetiva comunitária.
6. Construção de indicadores de resultados do serviço e comparação com as variáveis da rede no Network.	Identificar como a rede do NASF está relacionada com os indicadores escolhidos.	Reunião com a equipe para discutir sobre realização de consultas compartilhadas, atividades na comunidade etc, entre a equipe do NASF e equipe de Saúde da Família.
7. Formação de conceitos sobre o Tratamento Comunitário.	Trabalhar, na equipe do NASF, os conceitos de: rede, vínculo, relação, pertencimento, exclusão social, sofrimento social, comunidade, território, representação social, dispositivo comunitário.	Apresentação dos conceitos com resumos disponibilizados para os membros da equipe e posterior discussão sobre tais conceitos.
8. Discussão da rede subjetiva comunitária da equipe do NASF.	Contribuir para que a Equipe conheça sua rede subjetiva.	Apresentação da rede subjetiva comunitária e discussão com a equipe.

9. Discussão sobre formas de replicação dos conceitos com as equipes de Saúde da Família.	Realizar o matriciamento de casos na lógica do Tratamento Comunitário.	Reunião com a equipe para escolha de uma equipe para realizar o trabalho de matriciamento de casos na lógica do Tratamento Comunitário.
10. Discussão sobre as estratégias de abordagem da equipe do NASF com a equipe de Saúde da Família.	Definir estratégias de abordagem com a Equipe de Saúde da Família.	Realização de encontro de discussão com a equipe do NASF para decidir os procedimentos e ações para abordagem da ESF escolhida com foco no gerenciamento de caso e mapeamento da rede subjetiva comunitária dos seus membros.
11. Inclusão da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (Equipe 10) no projeto.	Aplicar os conceitos e métodos de trabalho do Tratamento Comunitário em uma equipe de Saúde da Família.	A equipe do NASF deverá incluir na sua abordagem a Equipe de Saúde da Família os conceitos do tratamento comunitário.
12. Reunião com a Equipe 10 de Saúde da Família, juntamente com equipe do NASF.	Apresentar o projeto para a equipe e ajudar na escolha de um caso para trabalhar na lógica do gerenciamento e compartilhamento de casos.	Reunião com a equipe do NASF e equipe 10 para apresentar o projeto de Tratamento Comunitário e os ajudar na escolha de um caso para trabalhar na lógica do gerenciamento e compartilhamento de casos (contrarreferência).
13. Conhecimento do território administrado pela Equipe de Saúde da Família.	Conhecer o território da Equipe de Saúde da Família e seus dispositivos.	Visitas ao território acompanhadas pela equipe NASF.

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

Compartilharemos, mais detalhadamente, algumas dessas ações. Quanto ao item sete do planejamento, foram realizados três encontros para discutir os principais conceitos do tratamento comunitário (rede, vínculo, relação, pertencimento, exclusão social, drogas, violência sofrimento social, comunidade, território, representação social, dispositivo). Esse foi um momento que permitiu o compartilhamento dos conhecimentos sobre o tratamento comunitário e a tentativa de adaptá-los aos princípios do SUS.

O item cinco, foi contemplado em um encontro para construção da rede subjetiva comunitária, a partir da seguinte questão: *como*

profissional do NASF, atuando na sua área de referência, quem são as pessoas com quem você mantém relações amigáveis e com as quais você pode contar?

A título de ilustração, a Figura 3 apresenta a rede subjetiva comunitária da assistente social da equipe (Dados da rede: Densidade = 0.385; No. de Ligações = 3222; No. Médio de Ligações = 35.022).

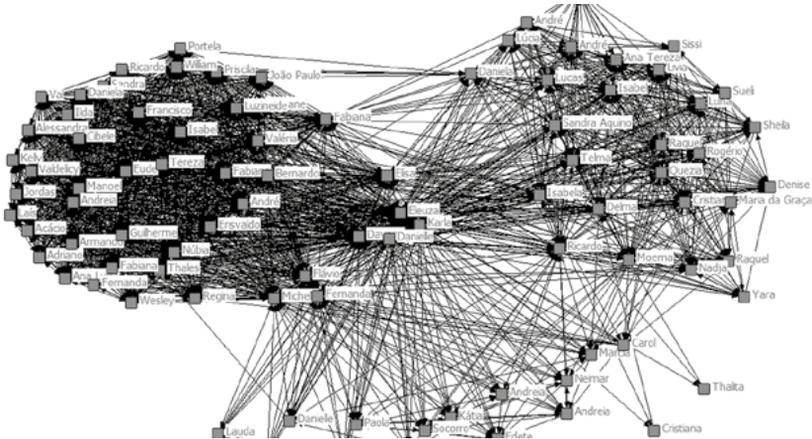


Figura 2.1. Rede subjetiva comunitária da assistente social do NASF. Fonte: Elaborada pelas autoras.

Outra ação que apontamos aqui foi o encontro com a equipe do NASF para discussão sobre as Equipes de Saúde da Família que eles matriciavam, visando à escolha de uma equipe para realização do trabalho de matriciamento e gerenciamento de casos na lógica do Tratamento Comunitário, bem como as estratégias de abordagem da equipe de saúde da família. Neste encontro também apresentamos e discutimos as redes subjetivas comunitárias de cada membro da equipe.

Em reuniões com a equipe escolhida pelos profissionais do NASF, após a apresentação do projeto e apresentação dos principais conceitos do tratamento comunitário, propusemos a escolha

de um caso para trabalhar na lógica do gerenciamento de casos, buscando desconstruir a lógica da referência e contrarreferência e construir a lógica do compartilhamento. A equipe trouxe o caso de Joana, que apresentamos a seguir. Todos os nomes utilizados são fictícios para preservar a identidade dos envolvidos.

Relato do caso escolhido pela equipe para trabalhar na lógica do Tratamento Comunitário.

O caso em questão foi acompanhado, inicialmente, pela médica de família, um agente comunitário de saúde (ACS) e um enfermeiro. Além desses membros, essa equipe de Saúde da Família era composta por uma odontóloga, um técnico de higiene dentária, duas técnicas de enfermagem e mais quatro ACS. O caso trata-se de uma família constituída pela mãe (Joana), o pai (Lucas) e duas meninas de 2 e 4 anos de idade. A história de Joana foi inicialmente trazida pela médica de família da equipe de Saúde da Família e, em seguida, foi realizada uma visita pelo agente comunitário de saúde.

A médica trouxe a história que Joana conta quando vem trazer as crianças para as consultas. O marido de Joana, Lucas, é alcoolista e está em uso cada vez mais crônico de álcool. Ela relata que ele tem sido cada vez mais violento com ela. Lucas saiu do emprego devido ao uso abusivo de álcool e está recebendo seguro desemprego. Joana está fazendo faxina para conseguir dinheiro para a família. As famílias de origem moram perto deles, mas não auxiliam. Joana relatou que não tem um bom relacionamento com a mãe de Lucas. Em uma das agressões, o vizinho veio ajudá-la porque a filha foi chamá-lo. A filha mais velha, de 4 anos, está na escola. Em reuniões com a equipe do NASF e a ESF foi construída a rede de recursos (vide Figura 2.1).

Pode-se perceber que foi possível mapear uma série de recursos que poderiam ser acionados para ajudar Joana. Foi planejada como ação inicial uma visita domiciliar pelo enfermeiro e agente comunitário da equipe. Posteriormente, a médica de família realizou uma consulta com Joana e as crianças, e percebeu que Joana estava se organizando para buscar alternativas de inserção laboral perto de sua casa e, também, procurando vagas para as filhas em projetos comunitários. Foi realizada uma consulta compartilhada com a assistente social e a fonoaudióloga. Essas consultas foram realizadas com avaliação das crianças. Ao final, a família estava bem, o marido conseguiu um emprego, a criança mais nova foi para uma creche e seguiram sua vida.

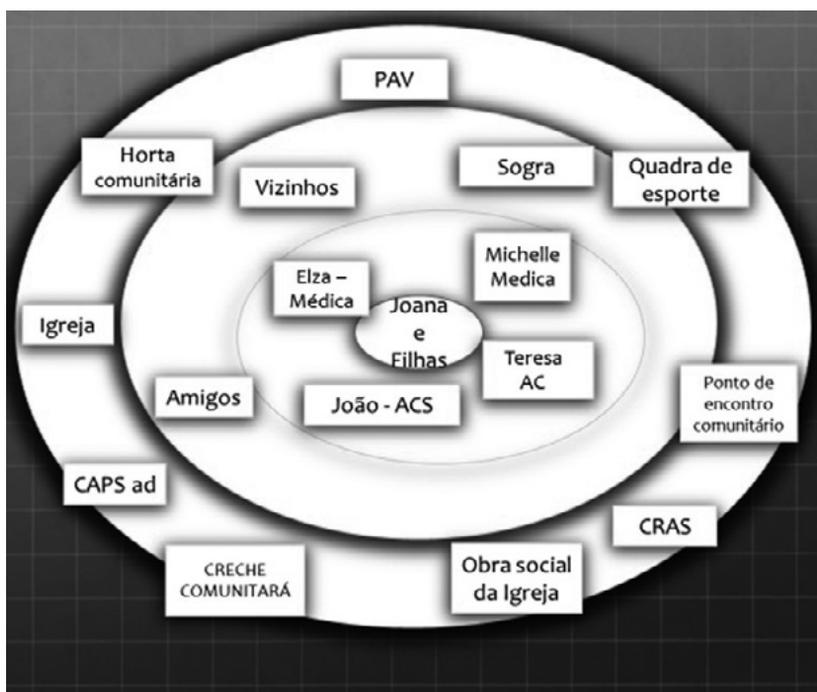


Figura 2.2. Rede de recursos comunitários de Joana construída pela equipe. Elaborada pelas autoras.

O território onde Joana morava

Também foi feito o reconhecimento do território onde a equipe atuava, com a visita a alguns dispositivos públicos ou privados de atendimento à população. A área visitada é a mais vulnerável da RA, nomeada pela equipe como “invasão da invasão”. Muitos dos habitantes são parentes vindos principalmente da região nordeste do país. Poucas são as casas de alvenaria, a maioria é de madeirite, porque o governo sempre derruba as casas. Por isso faziam desse material para terem menos prejuízo. No momento em que se deu a visita, as derrubadas haviam cessado. A rede de esgoto havia sido feita pelo governo, mas os moradores não fizeram a ligação por falta de recursos. Então, o esgoto corria a céu aberto ainda. Havia energia elétrica e água da cisterna em algumas casas.

Em outras casas, as pessoas faziam ligação por “gambiarra” para obter água da companhia de água. O governo estava construindo uma mini vila olímpica voltada para o lazer e esporte dos jovens, numa proposta de melhoria das condições de vida da população. Havia muita quantidade de lixo nas ruas, despejados pelos moradores nos arredores da quadra, além de grande quantidade de pragas urbanas (ratos, baratas, escorpiões etc). Fomos informadas de que a maioria da população era de jovens (adulto jovem, crianças e adolescentes). Na rua havia muitos adultos e crianças circulando em meio à sujeira e pode ser observado que dentro das residências havia muito acúmulo de materiais, entulhos, água e lixo. O agente comunitário de saúde relatou que a população tinha muita resistência em modificar esse hábito de descarte nas ruas e acúmulo. Também referiu que a maior parte da renda da população vinha de trabalhos precarizados

e transferência de renda governamental (bolsa família, bolsa escola e recursos emergenciais).

A área onde Joana residia era um pouco mais organizada, com ruas mais largas e casas de alvenaria. Mesmo assim, foi observada grande quantidade de descarte nas ruas e muito papel de propaganda política. Observou-se a presença de dispositivos comunitários nos arredores do endereço de Joana: escola de ensino fundamental, horta comunitária, igreja e Centro de Referência em Assistência Social.

Foi realizada uma visita à horta comunitária, um projeto do governo local. Nesse espaço existia também um galpão amplo, onde eram realizadas diversas atividades, como cursos e oficinas terapêuticas ou de geração de renda. A horta no momento não tinha muitas plantações e a terra estava sendo preparada para o plantio por um funcionário do governo local. Segundo ele, seu papel era o de capinar e deixar os canteiros limpos para que a população pudesse plantar o que achasse melhor. No galpão estava funcionando um projeto de uma ONG em parceria com empresa estatal, que oferecia cursos e oficinas para a comunidade.

Considerações Finais

Neste capítulo defendemos a necessidade de pensar intervenções complexas no contexto comunitário, mais especificamente, no contexto da saúde. Para isso, nos baseamos na teoria de Edgar Morin, como aporte teórico, e no modelo do tratamento comunitário como aporte metodológico.

As bases teóricas do tratamento comunitário e sua proposta se adequam muito bem ao atendimento no SUS, um modelo de saúde pública brasileiro baseado em princípios de equidade, universalidade e gratuidade. Em um país com grandes desigualdades, e

enorme contingente de populações vulnerabilizadas, as propostas de intervenção, nos diferentes níveis (primário, secundário e terciário), precisam contemplar formas de intervenção comunitárias e criativas, buscando aproveitar todos os recursos da comunidade. Assim, compreendemos que o tratamento comunitário é uma metodologia que se aplica a esse contexto do campo da saúde.

Intervenções complexas são compostas de vários elementos, que podem ser independentes ou interdependentes entre si. A experiência aqui relatada exemplifica a aplicação do tratamento comunitário e mostrou como a articulação em redes, o conhecimento e mapeamento do território e a adoção de condutas de aproximação à realidade da clientela atendida podem contribuir para a reversão de situações de risco. O envolvimento da equipe com o caso e seu empenho em buscar alternativas são o marco dessa experiência. O capital social encontrado diz respeito ao mapeamento das redes dos profissionais, que com suas diferentes expertises, podem ajudar a todos.

Mais do que dependência das instituições, o sucesso da experiência do tratamento comunitário baseia-se nas possibilidades de construções de redes dos servidores dessas instituições. Isso é importante porque retira a responsabilidade de um ente abstrato (a instituição) e a coloca nas pessoas que compõem tal instituição, rompendo com o argumento de que não dá certo, porque a “instituição” não funciona. As instituições são feitas de pessoas e são elas que atuam para resolver ou não os problemas. A intervenção é complexa, mas os dispositivos são simples e facilmente aplicáveis a diferentes problemáticas e realidades, já que as condutas dependem mais das relações do que as relações das condutas.

Por fim, retomamos o conceito de Efreim Milanese sobre a questão da solidariedade. Segundo o autor e criador do tratamento

comunitário, solidariedade é um conceito ideológico. Significa reconhecer que todos estamos interconectados. É bom que os profissionais tenham essa consciência e se coloquem em posição de “estar juntos”, estar com aqueles a quem acompanham nos diferentes serviços e níveis de atenção à saúde. E mais, em se tratando de construção de parcerias, o trabalho perde seu caráter reprodutor de relações de opressão e dominação e prepara o terreno para as almejadas ações de baixo para cima.

Referências

Almeida, M. M., & Conceição, M. I. G. (2015). O Sistema Único de Saúde e a Política sobre drogas no Brasil. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição & I. M. Silva, & S. R. L. B. Santos. (Eds.), *ABRAMD Compartilhando Saberes, 1* (pp. 11-23). Brasília: Technopolitik.

Aun, J. G. (2005). Contextualização dos atendimentos de famílias e redes sociais. In J. C. Aun, M. J. E. Vasconcellos & S. V. Coelho (Eds.), *Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais I. Fundamentos Teóricos e Epistemológicos* (pp. 16-57). Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.

Barros, R. (2015). Prólogo (raíss). In E. Milanese (Ed.), *Tratamento comunitário. Manual de Trabalho I* (3ª ed.). Sorocaba: Associação de Formação e Reeducação Lua Nova.

Brasil (1990). *Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, Casa Civil, Presidência da República.

Demo, P. (2000). *Certeza da incerteza: ambivalências do conhecimento e da vida*. Brasília: Plano.

Jaccoud, L., Bichir, R., & Mesquita, A. C. (2017). Transformações recentes e perspectivas. *Novos estudos CEBRAP*, 36(2), 37-53. <https://dx.doi.org/10.25091/s0101-3300201700020003>

- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2013). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência* (10. ed.). Campinas: Papirus.
- Lima, N. T., & Santana, J. P. (Eds.) (2006). *Saúde Coletiva como compromisso. A trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz/ABRASCO.
- Magalhães, R. (2016). Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>
- Marlotti, H. (2000). *As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade*. São Paulo: Editora Palas Athena.
- Milanese, E. (2018a). *Tratamento comunitário: manual de trabalho* (4a ed.). Brasília: Technopolitik.
- Milanese, E. (2018b). *Tratamento comunitário: teorias e conceitos: glossário ECO²*. (2a ed.). Brasília: Technopolitik.
- Moretti-Pires, R. O. (2009). Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 153-166. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. (Trad. D. Matos). Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (1996). A noção de sujeito. In D. F. Schnitman (Ed.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade* (pp. 45-58). (J. H. Rodrigues, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (2000). O pensamento complexo, um pensamento que pensa. In Morin, E. & Le Moigne, J. (Eds.), *A inteligência da complexidade* (pp. 197-214, 2ª ed., Trad. N. M. Falci.). São Paulo: Fundação Peirópolis.
- Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo*. (5ª ed., Trad. E. Lisboa). Porto Alegre: Sulina.
- Paim, J. S. (Ed.) (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA.

Petraglia, I. (2008). Educação complexa para uma nova política de civilização. *Educar*, 32, 29-41. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S0104-40602008000200004>

Ribeiro, F. N. (2011). Complexidade e pensamento complexo de Edgar Morin. *Caderno de Produções Acadêmicas Científicas do Programa de Pós-Graduação em Educação*, 17(2), 40-50. Retirado de <https://periodicos.ufes.br/prodiscente/article/view/5773>

Sanicola, L. (2008). *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras.

Sluzki, C. E. (2003). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas* (2^a. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Processo de desenvolvimento de intervenções: modelos e ações possíveis

Márcia H. S. Melo

Introdução

A vida em sociedade tem impulsionado o desenvolvimento e a implementação de intervenções, e questões sociais e de saúde importantes têm convocado instituições como a universidade e o poder público a desenvolver, avaliar, relatar, implementar e sustentar práticas e programas que possibilitem responder a tais questões de forma eficiente, em diferentes partes do mundo. Ao mesmo tempo que essas questões são produzidas pela sociedade, ela deve investir em ferramentas de cuidado, coordenadas prioritariamente pelos governantes, pelos pesquisadores e pela sociedade numa relação desejável de co-construção (Durlak, Weisberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011; Pechmann, Biglan, Grube, & Cody, 2012; Pechmann, Catlin, & Zheng, 2020). Nesse sentido, o desenvolvimento e a implementação de intervenções psicossociais constituem-se uma via relevante para a formulação e disseminação de políticas públicas.

É sabido que materializar uma intervenção no cotidiano das instituições requer um longo processo de produção de conhecimento científico que envolve muitas decisões e ações criteriosas, nomeado pela ciência da prevenção como ciclo de pesquisa.

Embora já consigamos afirmar que as intervenções preventivas realmente produzem os resultados desejados, pelo menos em condições ideais, questões referentes a essa materialização no mundo real ainda estão por serem melhor respondidas. Isso impulsionou a ciência da prevenção a migrar de um tempo histórico que chamo de demonstrativo para uma escrita mais atual da história com tons mais compreensivos de como as intervenções baseadas em evidências podem ser implementadas em uma escala mais ampla, sustentadas ao longo do tempo, e que produzam impactos maiores junto às populações. Contribuindo para esse debate dos novos tempos, Spoth et al. (2013) e Fagan et al. (2019) indicam que os fatores que provavelmente influenciam o sucesso da implementação no mundo real devem ser incorporados ao longo do desenvolvimento e testes de intervenções. Os autores também reiteram nitidamente a necessidade de processos mais colaborativos envolvendo membros da comunidade, formuladores de políticas públicas, profissionais e pesquisadores no desenvolvimento de intervenções, contrapondo ao que o ciclo de pesquisa de Mrazek e Haggerty (1994) deixa implícito.

Um dos desafios desse novo tempo é ampliar a divulgação na literatura sobre os processos de (co)construções das intervenções. Pat Hoddinott (Hoddinott, 2015) no editorial em que apresenta a série especial sobre o desenvolvimento de intervenções na revista *Pilot and Feasibility Studies*, ao mesmo tempo em que manifesta seu incômodo com o parco progresso desse campo de pesquisa a partir de claros elementos que atestam a situação, afirma um crescente interesse por parte de pesquisadores, agências de fomento, profissionais que atuam diretamente com usuários, em compreender e aprimorar o processo de formulação de intervenções. Mais recentemente, cinco anos após o editorial de Hoddinott (2015), Duncan et al. (2020) tocam na mesma questão e

apontam a falta de nitidez sobre as razões para a subnotificação dos processos de desenvolvimento de intervenções em revistas científicas. A revisão da literatura publicada por Abreu e Murta (2016) sobre as pesquisas voltadas para a prevenção em saúde mental em terras brasileiras apresenta cenário equivalente, localizando a maioria das publicações em momentos anteriores ao desenvolvimento de intervenções.

No movimento de colocar os estudos sobre desenvolvimento de intervenções como prioridade nas agendas, vários guias e modelos para desenvolver, avaliar e relatar intervenções em saúde baseadas em evidências têm sido publicados (Bartholomew Eldredge et al., 2016; Craig et al., 2008; Francis & Baker-Henningham, 2020; Hoffmann et al., 2014; Michie, van Stralen, & West, 2011; O’Cathain, Croot, Duncan, et al., 2019; Voorberg, Bekkers, & Tummers, 2015).

Nesse contexto, este capítulo explora aspectos relevantes associados aos modelos de desenvolvimento de intervenções preventivas e promotoras de saúde à luz da literatura da área, permitindo ao leitor refletir sobre modelos, ações e valores. O capítulo está organizado em três seções e quatro subseções. Inicialmente, o processo de desenvolvimento de intervenções é contextualizado como um campo de pesquisa e alguns conceitos são discutidos. Na seção seguinte, são apresentadas referências para subsidiar o desenvolvimento de intervenções, tanto apoiadas nos modelos identificados nas revisões de literatura de O’Cathain et al. (2019) e Croot et. al. (2019) como em outros autores da área. Esta seção está dividida em quatro subseções, que apresentam componentes comumente discutidos na abordagem a essa temática: (1) uso de teorias e evidências científicas; (2) métodos usados na teoria da intervenção; (3) pesquisa formativa com a comunidade e (4)

questões a serem consideradas no desenvolvimento de intervenções. Para finalizar, na terceira subseção, algumas considerações são tecidas de forma a articular as principais contribuições do capítulo.

Contextualização de estudos de desenvolvimento: definições

O desenvolvimento de intervenções tem sido referido na literatura como um processo que ocorre articulado com outros processos que compõem o ciclo de pesquisa no campo da prevenção e da promoção da saúde, que se vincula a avaliações anteriores que identificam determinados problemas sociais ou de saúde, fatores de risco e de proteção a eles associados, e com os estudos posteriores de eficácia, efetividade, processos e de difusão (para mais detalhes sobre essas avaliações, conferir o capítulo 4 desta obra). Podemos pensar que em cada uma dessas etapas estão envolvidos vários processos com suas especificidades mas também com similitudes. As intervenções nos permitem aportar em novas e melhores evidências que orientam a oferta de serviços à população, como também em novos modelos teóricos que procuram explicar a influência de variados aspectos, sejam eles genéticos, psicológicos, ambientais e desenvolvimentais, e ainda, variados desfechos negativos. Em outras palavras, esses achados tanto promovem evoluções teórica e conceitual como subsidiam – ou pelo menos é desejável que façam – a formulação, a implantação e avaliação de políticas públicas, possibilitando o acesso da população a serviços ou intervenções com eficácia e efetividade comprovadas.

Mas o que é um estudo de desenvolvimento de intervenção? Dentre os que se lançaram na formulação de uma definição, Hodinott (2015) afirma ser *um estudo de desenvolvimento de intervenção*

aquele que descreve os fundamentos, os processos de tomada de decisão, as descobertas e os métodos, estabelecidos desde sua concepção até sua finalização. A partir desse ponto, podem ser realizados os testes de viabilidade formal, piloto ou mesmo de eficácia antes de um ensaio ou avaliação completa. A definição de Hoddinott ao mesmo tempo em que nos apresenta elementos relevantes do processo de elaboração de intervenções, ela marca certas características enevoadas desse campo tão plural. Digo isso especialmente em relação à dificuldade em demarcarmos os momentos da concepção ou mesmo da finalização da construção de um programa. No que toca os testes de viabilidade e o piloto, por exemplo, que não raras vezes são realizados em períodos subsequentes tal como a definição de Hoddinott sugere, precisam ser realizados em alguma medida ao longo do processo de desenvolvimento, a fim de que seus resultados possam auxiliar nas melhorias da intervenção e eventualmente novas testagens precisam ocorrer.

Outra nuance que vale a pena ser mencionada é o uso indistinto que correntemente se faz entre os termos *desenvolvimento* e *design/desenho*. Pesquisadores (Hoddinott, 2015; O’Cathain, Croot, Sworn, et al., 2019; Rousseau et al., 2019) têm marcado em seus estudos que o termo *desenvolvimento* se refere à todo o processo de amadurecimento, de evolução que percorre uma ideia primeira até que esteja em condições de ser submetida a testes mais robustos, enquanto o termo *desenho* é circunscrito a um momento desse processo no qual os desenvolvedores se lançam em movimentos de tomadas de decisões e ações em relação a conteúdo, formato e entrega da intervenção.

Quando pensamos num marco para o início da intervenção, encontramos na literatura diferentes posições. O’Cathain et al. (2019) comentam que estudos de revisão da literatura sobre a

eficácia das intervenções existentes bem como estudos de desenho qualitativo com as partes interessadas podem configurar tanto um *período de preparação* para o *desenvolvimento*, quanto parte do processo de desenvolvimento. Em relação ao marcador de finalização, é comum encontrarmos na literatura apresentação de intervenções como manual, que inclui um plano de formação de pessoas (treinamento) para entregar a intervenção à população-alvo. Nessa perspectiva, é bastante plausível a posição de alguns autores (e.g. Craig et al., 2008) ao defenderem que o início e o fim a serem considerados para o desenvolvimento deva ser balizado pelo potencial efeito de utilidade da intervenção. Complementando a posição de Craig, chegar nesse ponto requer processos de avaliações e de reformulações tantos quantos se façam necessários e em ocasiões que fizerem sentido.

A despeito da pluralidade de concepções de trabalho de desenvolvimento de intervenções, entendo ser fundamental que consigamos especificar os aspectos envolvidos nas decisões tomadas ao longo da construção de uma intervenção no sentido de tornar possível o entendimento do *que* e *como* foi feito, embasando novas pesquisas, novas questões, novos conhecimentos.

Modelos e referências disponíveis para o desenvolvimento de intervenções

Considerando que iniciar o processo de elaboração de uma intervenção requer a tomada de várias decisões, uma das que se destaca como prioritária é a escolha de um *modelo/framework*, de uma *abordagem de trabalho*, de um *guia*, de um *método* que orientará esse percurso, já trilhado por outros pesquisadores, dado que as opções são realmente diversas e atendem a diferentes objetivos e contextos. Opções também não faltam para o termo que usaremos para nomear o que fizemos ou o que iremos fazer.

A opção neste capítulo foi pelo uso do termo *modelo* que se refere à uma estrutura, um esboço ou plano composto de categorias descritivas, sem qualquer viés explicativo, que indicam ingredientes relevantes para o processo de desenvolvimento de uma intervenção, provenientes de estudos empíricos (Nilsen, 2015). Os modelos disponíveis para caracterizar ou orientar o desenvolvimento de intervenções têm sido direcionados, em termos gerais, à mudança de comportamento, à saúde pública e promoção da saúde, à saúde digital, às intervenções complexas, à melhoria da qualidade ou serviço, à pesquisa clínica, à política social ou inovação (Croot et al., 2019; O’Cathain, Croot, Sworn, et al., 2019). São ferramentas úteis por nos possibilitarem construir uma intervenção com maior probabilidade de futuramente ser implementada, com sucesso, no mundo real.

As revisões sistemáticas sobre o desenvolvimento de intervenções em saúde conduzidas por O’Cathain et al. (2019) e Croot et al. (2019) exemplificam bem a diversidade dos modelos (ou abordagens – termo utilizado por esses autores) que têm sido utilizados pelos desenvolvedores de intervenções, especificando diferentes nuances do trabalho. Vale dizer que ambos os estudos são produtos de uma única revisão, conduzidos por pesquisadores de um mesmo grupo, entre 2015 e 2016, com intuito de informar o desenvolvimento de futuras intervenções. Enquanto o estudo liderado por O’Cathain identificou abordagens para o desenvolvimento de intervenções, Croot e seus colaboradores analisaram, em uma sub-amostra de 30 estudos, as ações dos desenvolvedores em intervenções com foco na saúde e explicitaram as razões que sustentaram essas ações.

O’Cathain et al. (2019) localizaram 11 abordagens de desenvolvimento de intervenção em 87 publicações – livros, websites,

artigos científicos entre 2007 e 2016, e as sistematizaram em oito categorias (Figura 3.1), a saber:

1. *Baseada em evidências e teorias*. Modelos orientados por evidências de pesquisas já publicadas e teorias existentes.
2. *Baseada em relações de parceria*. Modelos que envolvem todos os seus membros equitativamente nas decisões.
3. *Centrada no público alvo*. Modelos em que a intervenção é construída a partir das opiniões e ações de seu público-alvo.
4. *Com base na implementação*. Modelos em que a intervenção é desenvolvida para garantir sua utilização no mundo real.
5. *Com base na eficiência*. Modelos nos quais os componentes da intervenção são testados com estudos experimentais para selecionar componentes que irão otimizar a eficiência.
6. *Etapas ou fases*. Modelos assentados em um conjunto de processos que obedecem a uma ordem.
7. *Específica*. Modelos desenvolvidos para um tipo específico de intervenção.
8. *Abordagem combinada*. Modelos que se mesclam a modelos existentes.

Saliente-se que embora os estudos incluídos na revisão de O’Cathain et al. (2019) relatem o desenvolvimento da intervenção como um processo sequencial e hierárquico, seus autores enfatizam ser o desenvolvimento da intervenção um processo cíclico ou interativo. Compreendo que podemos trabalhar apoiados nessa concepção de interatividade tanto ao longo do desenvolvimento da intervenção – que requer flexibilidade e customização a partir das necessidades e possibilidades locais, revendo uma ação já realizada, por exemplo –, quanto numa perspectiva mais longitudinal. Nesse último aspecto, é essencial

que consigamos lidar, no momento do desenvolvimento, com elementos da intervenção que afetarão etapas posteriores do ciclo de pesquisa, como a avaliação da efetividade e mais adiante, da difusão.

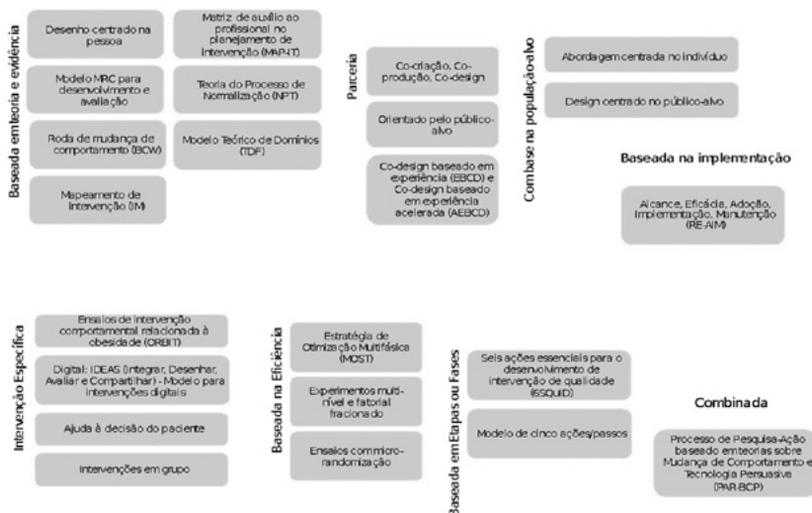


Figura 3.1. Abordagens utilizadas no desenvolvimento de intervenções agrupadas por categorias. Fonte: Adaptada de O’Cathain et al. (2019)

Observa-se na Figura 3.1 que a maioria dos modelos (abordagens) localizados no estudo O’Cathain et al. (2019) combinam evidências de pesquisas disponíveis na literatura e teorias formais (por exemplo, teorias psicológicas ou organizacionais). A Figura 3.2, por sua vez, sintetiza algumas ações que podem ser realizadas ao longo do desenvolvimento de intervenção. O percurso da intervenção retratado por O’Cathain et al. (2019) envolve: (1) *concepção*; (2) *planejamento*; (3) *desenho*; (4) *criação*; (5) *refinamento*; (6) *documentação* e (7) *planejamento para futuras avaliações* (eficácia, efetividade e processo de implementação), a serem conduzidas em momentos posteriores ao desenvolvimento de intervenção.

Ao analisar as ações realizadas ao longo do desenvolvimento de intervenções (Figura 3.2), O’Cathain et al. (2019) e Croot et al. (2019) apontam que alguns dos modelos de suas revisões abrangem mais ações do que outros. O Mapeamento de Intervenções (IM) foi o modelo que envolveu mais ações (13 das 18 identificadas) em praticamente todos os pontos do processo de desenvolvimento. Provavelmente, o maior número de ações que representam este modelo está relacionado à publicação em um livro, que comporta uma descrição mais detalhada do que foi realizado.

Adicionalmente ao apresentado por O’Cathain et al. (2019), no estudo de Croot et al. (2019), a categoria *abordagem pragmática* foi elaborada para indicar os estudos nos quais os desenvolvedores das intervenções não fizeram referência ao uso de abordagens específicas e disponíveis na literatura da área, ou optaram por utilizar um conjunto de ações que nomearam em seus estudos como *avaliação formativa* ou *métodos mistos*. Quase metade das 87 publicações (N=43) foram incluídas nessa categoria, embora os autores tenham se utilizado desses métodos de diferentes formas. Croot et al. (2019) encontraram narrativas inconsistentes nas publicações selecionadas, e quando o trabalho desenvolvido é apresentado, por vezes, não é claro e assim impossibilita o conhecimento e reconhecimento de outros pesquisadores sobre procedimentos realizados e mesmo pode comprometer o estudo como um todo. Penso que a não adoção de uma abordagem reconhecida ou estabelecida na literatura não se constitui um problema em si; a questão substancial que se impõe, a partir das colocações de Croot e colaboradores, é a falta de descrição do *que* e *como* foi feito.

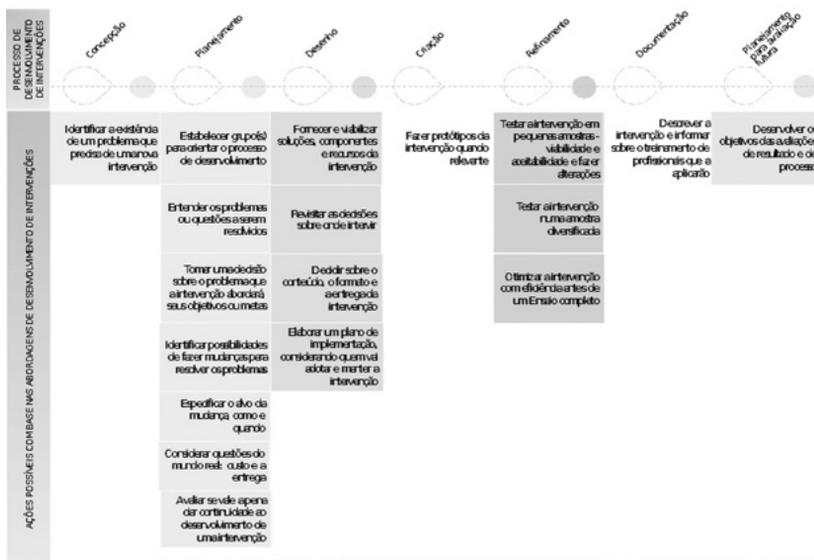


Figura 3.2. Ações realizadas pelos desenvolvedores de intervenções, com base nas abordagens por eles utilizadas ao longo do processo de construção. Fonte: Adaptada de O’Cathain et al.

A partir dos modelos referenciados nos estudos acima abordados, vale destacar brevemente alguns temas fundamentais no desenvolvimento de intervenções.

Uso de teorias e evidências científicas

Relacionando os achados compilados nas Figuras 3.1 e 3.2, podemos dizer que uma das primeiras ações a serem tomadas pelos desenvolvedores/pesquisadores na concepção e planejamento de intervenções se refere ao uso de teorias e evidências científicas. Para tanto, é desejável a execução de uma avaliação de necessidades em parceria, em colaboração com a população-alvo, bem como estudos de revisão de literatura.

Mihalic (2004) e Barry (2019) indicam que a avaliação de necessidades é relevante na medida em que elucida a primordialidade

da intervenção num determinado contexto; identifica características da população-alvo em termos, por exemplo, de idade, sexo, gênero, escolaridade, status socioeconômico, área geográfica, nível de risco e fatores protetivos, recursos, valores; e levanta características do contexto local, incluindo pontos fortes, dificuldades, recursos, entraves e aspectos facilitadores da comunidade, instituição em que a intervenção será implementada. Croot et al. (2019) relatam, por exemplo, que os desenvolvedores cujos estudos foram incluídos em sua revisão apoiaram suas justificativas para a necessidade da intervenção em achados da literatura, em políticas de saúde, em suas experiências como pesquisadores, em consulta a membros da comunidade ou ainda nesses aspectos em combinação. Mihalic (2004) e Barry (2019) ainda ressaltam que uma avaliação detalhada das necessidades locais fornece elementos que orientarão o desenvolvimento de uma intervenção mais qualificada de modo que a população-alvo se sinta atendida.

Em síntese, por meio da avaliação de necessidades, os desenvolvedores têm condições de tomar decisões sobre *em que intervir, como, onde, junto a quem, duração, quais variáveis focar*, e ainda sobre o *planejamento da adoção, da implementação e da sustentabilidade da intervenção* (e.g. Posavac, 2015; Royse, Thyer, & Padgett, 2015).

Ao decidir sobre a melhor forma de abordar um problema social ou de saúde ou necessidade identificada e ainda conhecer sua natureza e abrangência, é indicado a realização de uma ou mais revisões, sistemáticas ou integrativas, de estudos empíricos. Barry (2019) também recomenda o contato com outros grupos que tenham experiência direta na implementação de intervenções, a fim de se obter uma visão realista do que está envolvido. Nesse raciocínio, Croot et al. (2019) indicam que os desenvolvedores podem realizar uma série de atividades, ao longo de vários anos,

tais como avaliação da base de evidências, pesquisa qualitativa e ainda avaliações envolvendo os parceiros (gestores, população-alvo, especialistas). Essas atividades podem acontecer tanto anterior à fase de desenvolvimento que os autores chamam de “mais intensiva” como fazerem parte da fase de “desenvolvimento intensivo”.

Bartholomew e Mullen (2011) sinalizam que a apropriação teórica possibilita, essencialmente, compreender os determinantes envolvidos e os mecanismos potenciais de mudança, além de fornecer elementos para a seleção de métodos de intervenção para alcançar as mudanças.

Métodos usados na teoria da intervenção

O’Cathain et al. (2019) e Croot et al. (2019) apontam como métodos usados, nos estudos selecionados, para reunir evidências com a finalidade de orientar a formulação da teoria da intervenção, revisões sistemáticas da literatura para explorar a questão de saúde foco da intervenção; outros identificaram problemas por meio de pesquisas qualitativas com a população-alvo, e outros ainda utilizaram uma combinação de métodos como os descritos. Os resultados das revisões também indicaram o uso de diferentes métodos de pesquisa e de intervenção como o uso de observação não participante para compreender o problema e o contexto em que a intervenção irá operar, jogos para levantar ideias para o conteúdo da intervenção e método de ‘pensar em voz alta’ para compreender a usabilidade, aceitabilidade ou viabilidade de primeiras versões da intervenção.

Bartholomew, Parcel, Kok e Gottlieb (2011) definem métodos como processos, informados pela teoria, para influenciar a mudança nos determinantes do comportamento e das condições

ambientais. São comumente usados métodos de um ou vários níveis da ecologia social (intrapessoal, interpessoal, institucional, comunidade e política pública) para abordar os fatores de risco e de proteção e ainda as condições ambientais que serão o foco da mudança pela intervenção. Uma revisão da literatura sobre intervenções semelhantes também pode auxiliar no acesso a métodos e estratégias disponíveis que podem ser adaptadas pela equipe desenvolvedora, embora a intervenção em desenvolvimento também possa propor atividades e testá-las.

De posse das evidências científicas que informarão a teoria da intervenção, os desenvolvedores podem elaborar um modelo teórico da intervenção, também conhecido como modelo lógico. Ao ser concebido como a teoria e as ações da intervenção, o modelo lógico precisa demonstrar como a articulação entre seus componentes podem produzir o resultado ou desfecho esperado. Esses elementos se referem aos recursos (p.ex. humanos, financeiros, parcerias, informações relevantes), atividades, *produtos* e serviços destinados aos participantes, resultados (de curto, médio e longo prazo) e contexto que favorecerá o êxito da intervenção (Bartholomew Eldredge et al., 2016; Croot et al., 2019; Rohrbach, 2014). Esses autores também diferenciam métodos de estratégias, as quais são indicadas como aplicações práticas da abordagem teórica. A fim de avaliar os métodos e as estratégias já existentes ou mesmo criar novos, os desenvolvedores podem conduzir pesquisas ou avaliações formativas.

Pesquisa formativa com a comunidade

Esse tipo de pesquisa, geralmente com desenho qualitativo, com uso de grupo focal e outros métodos, revela informações necessárias sobre aceitação, o interesse, a viabilidade, adequação do formato e conteúdos da intervenção, pré-testagem de potenciais

atividades e novos materiais desenvolvidos especificamente para a intervenção. Isso possibilita reformulações e ajustes na intervenção, assim como a identificação de possíveis facilitadores e obstáculos para a adoção, implementação e sustentabilidade da intervenção no futuro (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Em geral, a pesquisa formativa é marcada por uma perspectiva colaborativa de trabalho, seja com membros da comunidade, profissionais de serviços e pesquisadores. Vários são os autores (Loeffler, 2020; Seaton et al., 2018; Spencer, Dineen, & Phillips, 2013; Voorberg et al., 2015) que defendem essa perspectiva na medida em que ela pode promover, possibilitar o reconhecimento da validade social da intervenção, contribuindo para fomentar corresponsabilidade nos envolvidos. Nos modelos de desenvolvimento de intervenção focados na parceria, segundo O’Cathain et al. (2019), as relações entre os envolvidos são horizontais, o que significa equidade nos processos decisórios. Os modelos de parceria incluem co-produção, co-criação, co-desenho, orientado pelo usuário.

Hawkins et al. (2017), ao proporem um modelo de co-produção de intervenções em saúde, comentam que as orientações existentes carecem de recomendações práticas sobre como desenvolver materiais e métodos de entrega de intervenções. O modelo com uso de métodos, de três estágios, foi testado para co-produzir conteúdo, recursos e procedimentos de entrega para duas intervenções: *+Frank e Frank friends*. Os estágios do modelo são: revisão de evidências científicas e consulta aos parceiros; co-produção da intervenção e construção de um protótipo.

Nesse processo da pesquisa formativa, testes piloto são essenciais e podem ser realizados em vários momentos da construção da intervenção em pequena escala com grupos cujas características se assemelham às do grupo-alvo da intervenção com intuito de

testar se os componentes do estudo principal funcionam bem em conjunto e embasando ajustes adicionais na intervenção antes de um estudo mais robusto. Partes da intervenção podem ser testadas individualmente ou em pequenos conjuntos, e caso os resultados apontem para alterações substanciais é recomendável que algumas delas sejam testadas mais de uma vez. Assim, o teste piloto é um dispositivo que possibilita ajustes, aprimoramentos na intervenção, com baixo custo, e reduz a probabilidade de investimentos de tempo e recursos financeiros expressivos que testes de eficácia e efetividade requerem (Francis & Baker-Henningham, 2020).

De posse das informações coletadas ao longo dessas avaliações e reformulações, a equipe desenvolvedora poderá refinar as descrições da intervenção que farão parte da entrega.

1. *A composição da equipe* de gestores locais, que podem incluir, por exemplo, um diretor de escola e dois professores. É relevante ainda que se especifique o *papel da equipe* no engajamento dos participantes nas atividades, por exemplo.
2. *Os componentes da intervenção*, que envolvem atividades, estratégias, dosagem (semanal e total) e a *sequência* em que devem ser apresentados. Deve ficar claro também como esses componentes serão *incorporados à rotina* da instituição.
3. *As informações sobre o treinamento e supervisão* que os implementadores receberão: duração e período, fornecimento de materiais e disponibilidade dos desenvolvedores para dar assistência quando necessário. Características do treinamento como por exemplo, discussão em pequenos grupos, *role play*, demonstração de estratégias que serão utilizadas pelo implementador, qual o conteúdo a ser tratado nos encontros. Deve também ficar claro quais as pessoas que devem estar presentes no treinamento.

Questões orientadoras para o desenvolvimento de intervenções

Considerando aspectos levantados na área de estudos de desenvolvimento de intervenções, são bastante pertinentes as recomendações de O’Cathain et al. (2019), seja no sentido de realçar elementos essenciais tratados neste capítulo seja no sentido de auxiliar os pesquisadores na tomada de decisão tanto na seleção de modelo(s) ou método(s) de trabalho como ações conectadas ao seu contexto, valores e necessidade:

1. Qual o objetivo da intervenção?
2. Qual é o contexto da intervenção?
3. Quais valores o desenvolvimento da intervenção tem como base?
4. Qual a experiência da equipe e como seus membros contribuem para o trabalho?
5. Quais os recursos disponíveis para o desenvolvimento da intervenção?
6. Sob quais modelos foram produzidas intervenções com consistentes evidências científicas?

Podemos adicionar: sob quais modelos foram produzidas intervenções efetivamente úteis para a sociedade? Olhando por esse ângulo, ao escolher um modelo que orientará o desenvolvimento de uma intervenção, penso que vale lembrar dos atributos relacionados à percepção dos potenciais adotantes sobre uma inovação/intervenção, levantados por Rogers (1995). Percepção essa que afetará a probabilidade de implementação e longevidade da intervenção. Seguem os cinco atributos destacados por Rogers.

1. Vantagem relativa [*Relative advantage*] se refere ao grau em que uma inovação se apresenta como melhor alternativa

que a anterior ou vigente. Pankratz, Hallfors e Cho (2002) afirmam que quanto maior a vantagem percebida pelo público-alvo de uma intervenção, maior a probabilidade de adoção de inovação.

2. Compatibilidade [*Compatibility*] é definida como o grau em que uma inovação é percebida como condizente aos valores, às experiências passadas e às novas necessidades locais. Quando a percepção de que a mudança é muito radical, ela será incompatível com as experiências vividas e é pouco provável de ser adotada.
3. Complexidade [*Complexity*] diz respeito ao grau de dificuldade percebida quanto à compreensão e ao uso da inovação. Quanto maior a complexidade percebida, menor a probabilidade de adoção.
4. Observabilidade [*Observability*] remete ao grau em que a efetividade da inovação é percebida pelo indivíduo ou comunidade, em outras palavras, os resultados são visíveis. Quando os efeitos forem percebidos como pequenos ou inexistentes, a probabilidade de adoção é reduzida.
5. Experimentação [*Trialability*] é entendida como o grau em que a inovação pode ser experimentada num contexto restrito. Isso pode incluir a possibilidade de testar partes de uma intervenção ou ter acesso ao uso dela por outras pessoas.

Ressalte-se ainda que devemos nos atentar para o fato de que pode ser inviável lidar com algumas ou várias das ações aqui apresentadas, e muito provavelmente nem todas serão necessárias para o todos os processos de desenvolvimento de intervenções. Devemos considerar o que nos é possível e o que está disponível para atender à uma proposta de desenvolvimento de intervenção.

Considerações Finais

Tendo em conta o objetivo deste capítulo de explorar de forma panorâmica os modelos de desenvolvimento de intervenções preventivas e promotoras de saúde, e questões pertinentes a eles, tivemos a possibilidade de obter uma fotografia bastante nítida do que tem sido feito ao longo das últimas décadas e que pode nos ser proveitoso em nossos trabalhos e contribuições para a produção de conhecimento e para as demandas sociais. Reitero aqui algumas particularidades do processo de desenvolvimento de intervenções sublinhadas neste capítulo.

É inequívoca a variedade de modelos registrados na literatura e possibilidades outras de desenvolvimento de intervenções sem aderir necessariamente a quaisquer desses modelos, como por exemplo, a pesquisa formativa. Tais modelos têm sido publicados em diferentes formatos (livros, periódicos, websites), nível de detalhamento e visibilidade do que foi realizado. Nota-se também um movimento, por parte especialmente de pesquisadores, em aprimorar esses modelos a partir de seus achados de pesquisa. À título de exemplo, um grupo de pesquisadores da Holanda e do Reino Unido (Bleijenberg et al., 2018) reuniu informações de uma série de guias e modelos publicados para o desenvolvimento de intervenção, com vistas a aprimorar o modelo MRC (Conselho de Pesquisa Médica, do Reino Unido).

Se por um lado, os modelos de desenvolvimento de intervenção podem ser ferramentas relevantes para orientar novos estudos, por outro, seu uso indica a necessidade de obtermos consensos sobre os aspectos fundamentais envolvidos, e pode oferecer obstáculos à implementação. Ilustrando a questão, Bleijenberg et al. (2018) comentam que o uso de modelos de desenvolvimento de intervenção existentes pode dificultar a integração da intervenção

ao mundo real. Principalmente, se eles não orientam para ações fundamentais como: produzir dados sobre o mecanismo causal entre os componentes e os resultados da intervenção, as interações entre os componentes da intervenção proposta e como os atores envolvidos interagem com a intervenção.

Estamos falando aqui de conceber uma intervenção orientada por variáveis presentes no mundo real, especialmente porque é esse mundo que mobiliza todo o investimento que temos feito, como pesquisadores, como profissionais de serviços, como gestores públicos, como sociedade. As pesquisas têm consistentemente nos indicado que produzir intervenções que funcionam bem em ambientes controlados, podem não ser úteis para as populações as quais elas se destinam. Tomando isso em consideração, se faz necessário que desenvolvamos intervenções cujos atributos as tornem adotáveis, dissemináveis, implementáveis e sustentáveis, como sinaliza Rogers (1995) em sua teoria da difusão de inovação. Discussões como essa têm marcado o momento compreensivo na evolução do campo da prevenção, e as perguntas sobre como desenvolver práticas bem-sucedidas em contextos reais continuam.

Dado esse novo cenário, faz todo sentido que defendamos que estudos de desenvolvimento de intervenções produzam evidências científicas mais robustas, investindo em criteriosa escolha de modelos e métodos de desenvolvimento de intervenções, com estudos piloto e orientados a questões práticas de implementação, assim como que tenham seu lugar de relevância nos meios de divulgação científica. É imperativo que os relatos científicos sejam de alta qualidade e rigor, com descrições, por exemplo, de como o público-alvo, os profissionais dos serviços, a equipe de pesquisa e os formuladores de políticas estão envolvidos nos

processos de tomada de decisão. Relatos transparentes, incluindo os aprendizados decorrentes dos estudos de desenvolvimento, são cruciais (Hoddinott, 2015).

Ao explicar sobre o porquê das subnotificações dos estudos de processos de desenvolvimento de intervenções em revistas científicas, Duncan et al. (2020) hipotetizam estar relacionada à baixa prioridade de financiamento de pesquisas ou mesmo à pressão para publicar estudos de eficácia ou efetividade. Os autores comentam ainda ser comum que os achados de estudos de desenvolvimento de intervenção sejam publicados como um item de estudos de viabilidade ou piloto, o que dificulta o acesso da comunidade científica aos detalhes do desenvolvimento. Garantir o espaço para relatos bem apresentados, mais estudos de desenvolvimento de intervenção, o rigor científico será aprimorado e todos podemos aprender com as experiências dos outros.

Os recursos a serem investidos na fase de desenvolvimento de intervenções é caro e o processo é demorado, sim. Entretanto, é uma oportunidade de melhorar a intervenção que não pode ser ignorada antes de executar um teste completo. Reconsiderar os investimentos feitos nas diferentes fases de desenvolvimento e teste de intervenções agrega valor à ciência para a prática. É necessário esforço máximo de pesquisadores, órgãos de fomento à pesquisa e dos veículos de divulgação científica nesta tarefa para reduzir o desperdício de pesquisa, agregar valor e aumentar a eficácia da implementação da intervenção (Bleijenberg et al., 2018).

Finalizo este capítulo com uma fala de Pat Hoddinott (Hoddinott, 2015) que retrata bem nosso tema: *o desenvolvimento da intervenção é onde a criatividade, a ciência e a arte se encontram e o equilíbrio é delicado.*

Referências

- Abreu, S., & Murta, S. G. (2016). O Estado da Arte da Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Interação Em Psicologia, 20*(1), 1–11. doi: 10.5380/psi.v20i1.34790
- Barry, M. M. (2019). A Generic Template for Implementing Mental Health Promotion. In *Implementing Mental Health Promotion* (pp. 131–159). Springer.
- Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruitter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. John Wiley & Sons.
- Bartholomew, L. K., & Mullen, P. D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry, 71*, S20–S33. doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00223.x
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, Nell H, Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach*. (Third; M. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, & Fernández, ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass-A Wiley Imprint.
- Bleijenberg, N., Janneke, M., Trappenburg, J. C., Ettema, R. G., Sino, C. G., Heim, N., ... & Schuurmans, M. J. (2018). Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *International Journal of Nursing Studies, 79*, 86–93. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.12.001
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Mitchie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Bmj, 337*(7676), 979–983. doi: 10.1136/bmj.a1655

Croot, L., O’Cathain, A., Sworn, K., Yardley, L., Turner, K., Duncan, E., & Hoddinott, P. (2019). Developing interventions to improve health: a systematic mapping review of international practice between 2015 and 2016. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 1–13. doi: 10.1186/s40814-019-0512-8

Duncan, E., O’Cathain, A., Rousseau, N., Croot, L., Sworn, K., Turner, K. M., ... Hoddinott, P. (2020). Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): An evidence-based consensus study. *BMJ Open*, 10(4), 1–12. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033516

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students’ social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x

Fagan, A. A., Bumbarger, B. K., Barth, R. P., Bradshaw, C. P., Cooper, B. R., Supplee, L. H., & Walker, D. K. (2019). Scaling up Evidence-Based Interventions in US Public Systems to Prevent Behavioral Health Problems: Challenges and Opportunities. *Prevention Science*, 20(8), 1147. doi: 10.1007/s11121-019-01048-8

Francis, T., & Baker-Henningham, H. (2020). Design and Implementation of the Irie Homes Toolbox: A Violence Prevention, Early Childhood, Parenting Program. *Frontiers in Public Health*, 8(November), 1–21. doi: 10.3389/fpubh.2020.582961

Hawkins, J., Madden, K., Fletcher, A., Midgley, L., Grant, A., Cox, G., ... White, J. (2017). Development of a framework for the co-production and prototyping of public health interventions. *BMC Public Health*, 17(1), 1–11. doi: 10.1186/s12889-017-4695-8

Hoddinott, P. (2015). A new era for intervention development studies. *Pilot and Feasibility Studies*, 1(1), 1–4. doi: 10.1186/s40814-015-0032-0

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... Johnston, M. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*, 348. doi: 10.1136/bmj.g1687

Loeffler, E. (2020). *Co-production of public services and outcomes*. Springer Nature.

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). doi: 10.1186/1748-5908-6-42

Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth*, 4(4), 83–105. Retrieved from <http://www.incredibleyears.com/wp-content/uploads/fidelity-importance.pdf>

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academy Press.

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 1–13. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0

O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., ... Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029954

O’Cathain, A., Croot, L., Sworn, K., Duncan, E., Rousseau, N., Turner, K., ... Hoddinott, P. (2019). Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: A systematic methods overview. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 1–27. doi: 10.1186/s40814-019-0425-6

Pankratz, M., Hallfors, D., Cho, H., & Pankratz, M. (2002). Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy. *Health Education Research*, 17(3), 315–326. doi: 10.1093/her/17.3.315

Pechmann, C., Biglan, A., Grube, J. W., & Cody, C. (2012). Transformative consumer research for addressing tobacco and alcohol consumption. In D. G. Mick, S. Pettigrew, C. Pechmann, & J. L. Ozanne (Eds.), *Transformative consumer research for personal and collective well-being* (pp. 353–389). Routledge/Taylor & Francis Group

- Pechmann, C., Catlin, J. R., & Zheng, Y. (2020). Facilitating Adolescent Well-Being: A Review of the Challenges and Opportunities and the Beneficial Roles of Parents, Schools, Neighborhoods, and Policymakers. *Journal of Consumer Psychology*, 30(1), 149–177. doi: 10.1002/jcpy.1136
- Posavac, E. J. (2015). *Program evaluation: Methods and case studies*. Routledge.
- Rogers, E. M. (1995). Diffusion of drug abuse prevention programs: Spontaneous diffusion, agenda setting, and reinvention. *NIDA Research Monograph*, 155, 90–105.
- Rohrbach, L. A. (2014). Design of prevention interventions. In *Defining prevention science* (pp. 275–291). Springer.
- Rousseau, N., Turner, K. M., Duncan, E., O’Cathain, A., Croot, L., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Attending to design when developing complex health interventions: A qualitative interview study with intervention developers and associated stakeholders. *PLoS ONE*, 14(10), 1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0223615
- Royse, D., Thyer, B. A., & Padgett, D. K. (2015). *Program evaluation: An introduction to an evidence-based approach*. Cengage Learning.
- Seaton, C. L., Holm, N., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C. M., ... Healy, T. (2018). Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1095–1109. doi: 10.1177/0890117117710875
- Spencer, M., Dineen, R., & Phillips, A. (2013). Co-producing services—Co-creating health. *Cardiff, Wales, UK: Public Health Wales & National Health Service Wales*.
- Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A., ... Hawkins, J. D. (2013). Addressing Core Challenges for the Next Generation of Type 2 Translation Research and Systems: The Translation Science to Population Impact (TSci Impact) Framework. *Prevention Science*, 14(4), 319–351. doi: 10.1007/s11121-012-0362-6

Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M., & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333–1357. doi: 10.1080/14719037.2014.930505

Avaliação de Programas Psicossociais e da Saúde: estudos para antes, durante e depois da implementação

Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

Introdução

Uma profícua discussão sobre o conceito de intervenção é feita por Ferreira Neto (2008), que tece a diferença entre duas visões do que seja intervir. Por um lado, a compreensão mais frequente do termo propõe a intervenção como um modo de ação em um determinado conjunto social, que ocorre de fora para dentro, com a intenção de interferir e modificá-lo. Nessa perspectiva, o “interventor” são os que vêm de fora e são os detentores do saber-poder de modificar. Por outro lado, e a que adotamos neste capítulo, a intervenção é entendida como o situar-se entre os elementos do conjunto social, dando voz àqueles sujeitos que, em última instância, são os mais capazes de indicar problemas e que detêm experiências pessoais, que devem ser transformadas em consciência e ação possível. Tratando-se o “interventor”, portanto, de um especialista coadjuvante cujo papel é fazer o circuito da mudança e superação funcionar.

Algumas intervenções podem ser consideradas complexas. A complexidade de uma intervenção deve-se à presença de vários

componentes de interação. O *Medical Research Council Guidance* (Guia do Conselho de Pesquisa Médica) aponta aspectos que caracterizam essa complexidade: “(a) número e interações entre os componentes nas intervenções (...); (b) número e dificuldade de comportamentos exigidos por aqueles que realizam ou recebem a intervenção; (c) número de grupos ou níveis organizacionais visados pela intervenção; (d) número e variabilidade dos resultados; (e) grau de flexibilidade ou adaptação da intervenção permitida” (Craig et al., 2008, p. 07). Por sua vez, essas intervenções podem ser classificadas, a partir do seu mecanismo de mudança, em políticas, estratégias e programas (Brown, 2015).

As políticas intervêm, por meio da ação legislativa, i. e. decretos e leis, em um determinado comportamento-problema (Brown, 2015). Este é o caso, por exemplo, da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019). As estratégias visam o alcance do mesmo objetivo por meio de uma ou mais atividades interligadas (Brown, 2015). Por exemplo, a estratégia de redução de danos, que engloba troca de seringas e material esterilizado, bem como o fornecimento de kits de redução de danos; serviços de informação e aconselhamento; terapias de substituição; implantação e aumento do acesso a serviços de saúde e assistência social; mapeamento de território e população-alvo (Gomes & Dalla Vecchia, 2018). E os programas podem ser definidos como “um conjunto de recursos e atividades direcionados ao alcance de um ou mais objetivos comuns, tipicamente sob a coordenação de um único agente ou uma equipe” (Newcomer, Hatry, & Wholey, 2015, p. 7). Trata-se de currículos, desenvolvidos/desenhados, implementados e executados por profissionais treinados, em um ambiente específico, que é preparado e planejado para esse fim (Brown, 2015). É sobre este que trataremos neste capítulo.

O uso de programas baseados em evidências científicas é recomendado por assegurar a melhoria da qualidade na atenção em saúde. Esse movimento de valorização de uma prática baseada em evidências começou nos Estados Unidos (Spring, 2007) e chegou ao Brasil, sobretudo, com a Medicina (Galvão & Sawada, 2003). Ao escolher a prática, no nosso caso, o programa a ser entregue aos usuários, deve-se considerar: (1) a experiência dos agentes de implementação; (2) o alinhamento com os valores, preferências, características e circunstâncias do usuário ou população-alvo; e (3) a robustez das evidências científica do programa indicando que tem bons resultados (Spring, 2007). Mas como atestar ou provar que este é o programa que tem a melhor evidência científica? Avaliando.

A avaliação de programas pode ser conceituada como “o uso de métodos de pesquisa social para investigar sistematicamente a eficácia de programas de intervenção social adaptados ao ambiente político e organizacional e são projetados para informar a ação social para melhorar as condições sociais” (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004, p. 25, tradução livre). Neste sentido, ela é utilizada para distinguir programas sociais eficazes de ineficazes e tomar decisões sobre o desenvolvimento de novos programas ou a revisão de programas existentes.

Um conceito mais amplo, e que, portanto, abarca a maioria dos tipos de avaliação de programas, é:

a avaliação é uma forma de mostrar que o programa está fazendo o que deveria estar fazendo. Há muitos tipos de avaliação, todos respondem a diferentes perguntas e requerem diferentes níveis de recursos. Todos os tipos de avaliação, no entanto, envolvem a coleta regular de informações como uma ferramenta para a tomada de decisões sobre o programa (Fonseca-Becker & Boore, 2008, p. 2).

Assim, é possível a avaliação dos seguintes domínios: (a) avaliação de necessidades, (b) avaliação de validade social, (c) avaliação de viabilidade, (d) avaliação de processo, (e) avaliação de resultados, podendo ser impacto, efetividade ou eficácia, (f) avaliação de eficiência e avaliação econômica, e (g) avaliação de sustentabilidade.

Este capítulo tem como objetivo oferecer aspectos gerais, porém introdutórios, sobre cada uma dessas avaliações. A estrutura de cada seção a seguir busca responder: qual o objetivo da avaliação, qual pergunta a avaliação busca responder e quais variáveis devem ser analisadas no escopo da avaliação e finaliza com indicações de leitura onde o leitor pode encontrar exemplos de desenvolvimento de cada uma das avaliações. Espera-se que esta leitura sirva de passo inicial no campo teórico-prático da avaliação de programas.

Avaliação de Necessidades

O propósito primário de um programa é atender a uma questão social, portanto a primeira etapa da avaliação de um programa deve ser verificar e analisar qual é a necessidade social presente. Por exemplo, um programa de redução de uso de drogas entre adolescentes somente se justifica se houver adolescentes fazendo uso de drogas; assim como, a manutenção desse programa somente se justifica com a continuidade desse problema social. Destarte, a avaliação de necessidades tem como objetivos: “avaliar a natureza, magnitude e distribuição de um problema; até que ponto há necessidade de intervenção; e as implicações dessas circunstâncias para o desenho da intervenção” (Rossi et al., 2004, p. 57, tradução livre). Ela pode ocorrer em dois momentos: quando o pesquisador não sabe qual a necessidade do grupo/população ou quando o pesquisador sabe a necessidade e quer descobrir a melhor forma de intervir.

Assim, a avaliação de necessidades contempla dois componentes. O primeiro se refere ao acesso da questão social, analisando, dos pontos de vista epidemiológico, comportamental e social, os problemas de um grupo ou uma comunidade. O segundo componente se refere ao acesso a possíveis causas e determinantes desse problema, buscando captar características, potencialidades, limitações, conhecimentos e compreensão do grupo ou comunidade sobre o problema e como esses indivíduos têm lidado com ele (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2016). Assim, esta avaliação responde a duas perguntas principais: Qual o problema “correto” a ser tratado? E, ao mesmo tempo, fornece informações valiosas para embasar a decisão sobre: Qual a forma de intervenção mais apropriada para manejar esse problema? (Kaufman & English, 1979).

Rossi et al. (2004) definem cinco etapas para o processo de avaliação de necessidades. Primeiro, é necessário identificar e conhecer os potenciais usos da avaliação, i. e. para que e para quem servirá a informação que será produzida, bem como os potenciais usuários, que são aqueles afetados pelo problema, i. e. a população-alvo. Segundo, é necessário descrever a população-alvo e o ambiente no qual ela se insere, considerando aspectos geográficos, demográficos, culturais, e, sobretudo, os serviços disponíveis (potenciais implementadores) e outros programas ou intervenções que possam complementar ou concorrer com a estratégia, a ser definida, para lidar com o problema (Rossi et al., 2004).

Em seguida, na terceira etapa, descreve-se o problema e as possíveis soluções (Rossi et al., 2004). No que se refere à descrição do problema, a resposta buscada é “em que intervir”. Há diversas opções que podem ser utilizadas para especificar a extensão e tendência de um problema: usar bases de dados já existentes,

indicadores sociais, registros de agências, censos, consultar *experts*, realizar pesquisa de levantamento e/ou uma pesquisa social (Rossi et al., 2004). Podem ser utilizados delineamentos qualitativos ou quantitativos, dependendo do que se quer descobrir. Enquanto os qualitativos proporcionam uma compreensão profunda da vida, necessidades e situações pelas quais passam os sujeitos; o quantitativo proporciona a medição da extensão das necessidades e dos recursos a serem necessários para a atuação (Rogers & Goodrick, 2010).

No que se refere às possíveis soluções, tem-se dois casos: (a) possíveis soluções quando você já tem alguma estratégia de resolução em curso e (b) possíveis soluções quando você não tem nenhuma estratégia em curso. Se já há outro programa ou estratégia em curso, a avaliação de necessidades busca verificar se há uma melhor opção disponível, seja trocando, modificando ou adaptando a atual. Sendo assim, o pesquisador deve incluir na análise: resultados atuais e esperados, eficácia e viabilidade atuais para comparar com a viabilidade de outra solução. Seria, em síntese, uma avaliação de necessidades de troca ou substituição de intervenção. Em seguida, e ainda na terceira etapa, seja o caso (a) ou o caso (b), informações são geradas para sustentar decisões sobre o desenho do programa, por exemplo: como deve ser o programa (desfechos esperados, quantidade e frequência de encontros), onde deve ser implementado e para qual população-alvo (Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo, & Furtado, 2011).

Na quarta etapa, ocorre a análise das informações coletadas e uma síntese que indique recomendações para a ação. Por fim, na quinta etapa, os resultados precisam ser comunicados a potenciais usuários, implementadores, *policy makers* e outros *stakeholders* (Rossi et al., 2004), aqueles previstos na etapa 1.

Indicações de leitura

Se você já definiu o problema no qual deve intervir e busca saber possíveis opções de como intervir, o capítulo cinco desta obra descreve como foi feita uma avaliação de necessidades para um programa de promoção do perdão. Agora, se você ainda não sabe qual a necessidade de seu grupo ou população, Murta e Tróccoli (2007) descrevem como avaliaram as necessidades de intervenção em um grupamento do Corpo de Bombeiros do estado de Goiás.

Avaliação de Validade Social

Validade social se refere ao grau de aceitação das variáveis incluídas em um procedimento ou programa considerando três componentes principais: (1) o significado social dos objetivos do programa, (2) a adequação social dos procedimentos que compõem o programa, e (3) a importância social dos efeitos esperados ou alcançados pelo programa (Wolf, 1978). Assim, a avaliação de validade social de um programa tem como objetivo fornecer informações sobre a relevância e pertinência em acessar e investigar os problemas apontados pelo programa e da forma como eles são abordados, que, em conjunto com o alcance dos resultados, ditam a atratividade, adoção e continuidade ou manutenção de um programa sob a perspectiva do usuário (Carter & Wheeler, 2019).

O significado social dos objetivos de um programa envolve tanto a identificação de objetivos relevantes – que pode ser feito em uma etapa de avaliação de necessidades – quanto a busca pela adesão da comunidade para priorizá-los e validá-los (Francisco & Butterfoss, 2007). Pode ser acessada em três níveis, nomeadamente, validade de objetivos sociais amplos, p. e., melhoria de habilidades parentais; validade de categorias ou variáveis relacionadas com o objetivo amplo, p. e., supervisão parental; e validade

de comportamentos de interesse que possibilitam o alcance da categoria relacionada, p. e., instruir o filho a dizer para onde vai sair (Fawcett, 1991). Destarte, as perguntas que este componente da avaliação busca responder são “Estamos almejando uma preocupação que é compartilhada pelos prováveis participantes? A comunidade, na qual nós trabalhamos, valoriza nossos objetivos como importantes para eles?” (Francisco & Butterfoss, 2007, p. 131, tradução livre).

Já a adequação social dos procedimentos do programa tem o propósito avaliar aspectos da implementação do mesmo (Francisco & Butterfoss, 2007). Pode ser acessada nos seguintes níveis: compreensão da proposta terapêutica e validade dos componentes principais e dos procedimentos – incluindo-se técnicas e materiais – a serem adotados e utilizados para a implementação do programa (Fawcett, 1991). Assim, algumas prováveis perguntas a serem respondidas são: “Os participantes relatam que gostam de envolver-se com o programa? Os participantes o recomendam para outras pessoas? As pessoas que se relacionam com o participante (família, amigos etc.) relatam que o participante está satisfeito com o programa e seu progresso? Os participantes sentem que são incluídos no desenvolvimento e implementação do programa? Eles sentem que eles têm voz para propor melhorias no programa?” (Francisco & Butterfoss, 2007, p. 131, tradução livre).

Por último, a validação social dos efeitos do programa busca respostas a “Os resultados são sentidos pela comunidade mais ampla? A comunidade em geral valoriza esses resultados como algo que deve ser estendido para outras comunidades? *Stakeholders* valorizam os resultados e acreditam que eles foram realmente causados (ou facilitado) pelo programa?” (Francisco & Butterfoss, 2007, p. 131, tradução livre). Neste componente se avalia, por

consequente, os efeitos esperados em curto, médio e longo prazos ou efeitos imediatos, intermediários e distais (Fawcett, 1991).

Como pode ser percebido, a participação e engajamento da comunidade desde a identificação da questão social a ser acessada e o desenho do programa é condição imperativa para o sucesso do mesmo. A comunidade pode revelar informações únicas e desempenhar um papel central na prática baseada em evidência (Strain, Barton, & Dulap, 2012).

Indicações de leitura

Um exemplo de avaliação de validade social, publicado em português, pode ser encontrado no Estudo 3 da Tese de Doutorado de Leonardo Martins Barbosa (Barbosa, 2017). O citado estudo tem como título “Com quantos pilotos se faz uma intervenção? Validação social de uma intervenção de educação para a aposentadoria” e pode ser encontrado no repositório institucional da Universidade de Brasília (<https://repositorio.unb.br/handle/10482/22400>).

Avaliação de Viabilidade

Estudos de viabilidade buscam produzir informações sobre a relevância e sustentabilidade de um programa a fim de fundamentar a decisão de recomendá-lo, ou não, para futuras avaliações, tais como de eficácia e efetividade (Bowen et al., 2009). Destarte, são

estudos realizados, previamente a estudos principais, para responder à pergunta: “Este estudo pode ser feito?” (National Institute for Health Research [NIHR], 2012) ou “A avaliação planejada pode ser feita?” (O’Cathain et al., 2015).

A avaliação da viabilidade de um programa é indicada em cinco cenários. Quando: (a) as parcerias com as comunidades que receberão o programa precisam ser estabelecidas e/ou aumentadas;

(b) há poucas evidências sobre o uso do programa; (c) pesquisas anteriores sobre esse programa, em população específica, não foram alvo de estudos em profundidade, ou não foram guiadas pelas crenças de saúde sociocultural da população-alvo, ou não foram realizadas por membros de equipes de pesquisas diversas, ou não foram realizadas por pesquisadores familiarizados com a população-alvo e em parceria com a comunidade-alvo; (d) foi demonstrada a necessidade de revisão de conteúdos, métodos ou desfechos; (e) ofertas anteriores que empregaram um método semelhante não obtiveram sucesso, mas versões revisadas ou atualizadas obtiveram, ou ofertas anteriores obtiveram bons resultados, mas em contextos diferentes (Bowen et al., 2009).

Diante do planejamento de uma avaliação de viabilidade, esforços podem ser empreendidos em oito áreas. (1) Aceitabilidade, que investiga se o programa é considerado satisfatório, apropriado e atrativo para a população-alvo e para os agentes de implementação. (2) Demanda, que busca a demanda percebida, o interesse e intenção de participação, bem como, do ponto de vista do local de implementação, os efeitos que podem ser obtidos e se está alinhada à cultura organizacional. (3) Implementação, que avalia barreiras e facilitadores para analisar em que medida esse programa será entregue, como planejado, no local escolhido. (4) Praticidade, que avalia se o programa pode ser entregue utilizando-se os recursos, meios e circunstâncias disponibilizadas pelo local de implementação. (5) Adaptação, que questiona em que medida o programa adaptado é capaz de produzir resultados semelhantes à versão original quando entregue a uma população diferente. (6) Integração, que busca entender se o programa pode integrar-se ao sistema onde planeja-se inseri-lo. (7) Expansão, que responde sobre a possibilidade de escalonamento do programa. (8) Eficácia Limitada, que se destina a avaliar se o programa alcança

resultados esperados na população-alvo mesmo em ambiente altamente controlado (Bowen et al., 2009).

Este tipo de avaliação pode evitar desperdício de recursos financeiros ao antecipar riscos e barreiras antes de realizar-se um estudo mais amplo, porém, ao mesmo tempo, por demandar tempo do pesquisador e de pesquisa, pode retardar o início do estudo definitivo (Morgan, Hejdenberg, Hinrichs-Krapels, & Armstrong, 2018). Assim, a escolha por qual ou quais áreas a serem alvo de investigação em um estudo de viabilidade proporciona indícios de: se o programa pode funcionar; se o programa pode ser eficaz nas circunstâncias e contexto de implementação atuais e se ele será efetivo no “mundo real” (Bowen et al., 2009).

Indicações de leitura

Um exemplo de avaliação de viabilidade, publicado em português, pode ser encontrado no Estudo 4 da Tese de Doutorado de Karine Brito dos Santos (Santos, 2016). O citado estudo tem como título “Desenvolvimento de uma intervenção para prevenção à violência no namoro: evidências de viabilidade baseadas em indicadores de processo” e pode ser encontrado no repositório institucional da Universidade de Brasília (<https://repositorio.unb.br/handle/10482/21269>). Outra boa leitura é de autoria de Durgante, Sá e Dell’Aglio (2019) que conduziram uma avaliação de viabilidade de um programa de promoção da saúde para aposentados denominado Vem Ser.

Avaliação de Processo

A avaliação de processo de intervenções busca encontrar fatores que afetam e refletem no modo como a intervenção é conduzida e recebida, identificando se o curso de ação foi eficaz na hora e local em que foi realizada. Em consequência, visa proporcionar

um melhor entendimento da validade interna e externa da intervenção, bem como identificar fatores causais e contextuais que permitiram obter determinados resultados (Baranowsky & Stables, 2000, Moore et al., 2015). “O principal objetivo de uma avaliação dos resultados é testar a teoria da intervenção, em termos de verificar se o curso de ação selecionado levou à mudança desejada” (Moore et al., 2015, p. 22, tradução livre). Apesar de importante, inclusive para nortear a avaliação de resultados e, junto a ela, a possível adoção da intervenção no rol de políticas públicas, a avaliação de processo é pouco realizada ou realizada com lacunas de sistematização (Baranowsky & Stables, 2000; Murta, Sanderson, & Oldenburg, 2007).

Tal avaliação envolve a medição sistemática para determinar (...) em que extensão uma intervenção foi entregue conforme planejado e os seguintes elementos puderam ser alcançados: os participantes foram expostos à intervenção, o programa atingiu o grupo-alvo, os participantes ficaram satisfeitos com o programa, todas as atividades do programa foram implementadas, e todos os materiais e componentes do programa alcançaram um padrão aceitável e qualidade (Murta, Sanderson, & Oldenburg, 2007, p. 248-249).

Ela pode ser conduzida em diversos momentos, quer seja concomitante à avaliação de viabilidade, à avaliação de efetividade ou à avaliação de escalonamento; e deve contemplar três aspectos: (1) a implementação, que corresponde às estruturas, recursos e processos de entrega, bem como a quantidade do que foi entregue, qualidade com a qual foi entregue e engajamento/envolvimento com o que foi recebido; (2) mecanismos de impacto, que é a forma como as atividades e a interação entre os participantes do programa geram ou permitem que mudanças sejam geradas; e (3) contexto, que são os fatores externos ao programa que influenciam ou impactam sua entrega (Moore et al., 2015).

Várias taxonomias foram propostas para nortear avaliações de processo. Neste capítulo, apresentaremos duas. A primeira foi elaborada por Baranowski e Stables (2000) e contempla onze componentes: *recrutamento* de participantes, agentes de implementação e agências de implementação; *manutenção* de participantes durante a oferta do programa; *contexto*, aspectos do ambiente que impactam ou influenciam a entrega; *recursos*, materiais ou características dos participantes e agentes de implementação; *implementação*, em que medida o programa foi entregue conforme planejado; *alcance*, em que medida o programa alcançou sua população-alvo; barreiras para o alcance; *exposição*, o quanto os participantes interagiram com o material do programa; *uso inicial*, em que medida o participante se comporta conforme aprendeu ou foi especificado no material do programa; *uso continuado*, que se refere à continuação do uso; e *contaminação*, que é a recepção de intervenções por fora do programa, seja programas em paralelo seja por sujeitos que já receberam o programa. A segunda, proposta por Steckler & Linnan (2002), além dos componentes contexto, alcance e recrutamento, utiliza dose recebida, que indica em que grau os participantes estão engajados e utilizam os materiais do programa; dose entregue, a quantidade de componentes foram entregue aos participantes; e fidelidade, que coincide com o conceito de implementação de Baranowski e Stables (2000).

Destarte, nesta avaliação, explora-se a fidelidade, aceitabilidade e a sustentabilidade percebida do programa e utiliza-se tais resultados para aperfeiçoar o modelo lógico da intervenção (Moore et al., 2015). Tornando-se, assim, de suma importância na medida em que permite que se verifique potenciais barreiras que levam ao fracasso de um programa, quer seja uma falha de implementação, que consiste em não colocar em prática o que fora planejado, quer

seja uma falha teórica, quando as atividades realizadas não conseguem produzir os resultados ou efeitos esperados (Weiss, 1997).

Indicação de leitura

Na literatura nacional, Garcia (2018) realizou a avaliação da fidelidade de entrega do Programa Elos (<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193631>) e Medeiros (2016) avaliou além da fidelidade, a aceitabilidade e viabilidade do programa *Unplugged* (<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41877>).

Avaliação de Resultados: Efetividade, Eficácia e Impacto

Resultados (*outcomes*) são “mudanças pessoais ou organizacionais ou benefícios que se seguem como resultado ou consequência de alguma atividade, intervenção ou serviço. Alguns resultados estão relacionados à organização e outros à pessoa. Os resultados podem ser de curto, médio ou longo prazo” (Schalock, 2001, p. 7). Com esta definição, temos três aspectos importantes: resultados são consequências de um programa, resultados podem ter alcance pessoal, grupal, organizacional ou comunitário, e resultados são esperados ao longo do tempo após o programa. Destarte, mensurar se o programa atingiu os resultados aos quais ele se propôs é uma importante dimensão na hora de se avaliar um programa.

As avaliações de resultados medem como os participantes e suas circunstâncias mudam, e se a intervenção ou programa foi um fator que causou essa mudança (WHO, 2000). Há, então, duas formas de se avaliar o alcance desses resultados: avaliando os efeitos e avaliando o impacto (Ver Figura 4.1). Quando avaliamos os efeitos, avaliamos em que extensão o programa alcançou os resultados que ele se propôs a alcançar, em contrapartida, quando avaliamos o impacto, avaliamos se o programa fez diferença na

vida do participante ao ser comparado com outro programa ou nenhum programa (Schalock, 2001).



Figura 4.1. Tipos de Avaliação de Resultados. Nota. Elaborada pela autora.

A avaliação de efeitos mensura os efeitos que o programa gerou na população-alvo, por meio da avaliação do alcance dos resultados ou objetivos aos quais ele se propôs (Schalock, 2001). Assim, esta avaliação atende a três princípios básicos: “(1) comparar as metas do programa com seus resultados alcançados; (2) relatar o desempenho do programa e resultados de valor; e (3) fornecer informações de feedback formativo para mudança de programa e melhoria contínua” (Schalock, 2001, p. 42). Isto pode ser feito por avaliações de eficácia e de efetividade.

Estudos de eficácia investigam os efeitos do programa sob condições altamente controladas ou em condições ideais; já os estudos de efetividade investigam os efeitos do programa quando executado no “mundo real”. Longe de serem contraditórias, essas avaliações devem ser entendidas em um *continuum*. Por um lado, o estudo de eficácia permite, e até maximiza, a probabilidade de observar o efeito do programa, por outro lado, o estudo de efetividade leva em consideração fatores contextuais, tais como aceitação, engajamento, recursos disponíveis no local de implementação, habilidades do agente de implementação, que podem afetar o

efeito de um programa (Singal, Higgins, & Waljee, 2014). Ambas as avaliações proporcionam riqueza de informações e servem para embasar decisões sobre a adoção ou não de um programa.

Não obstante, a avaliação de efeitos, seja de eficácia ou de efetividade se concentra nos efeitos do programa. Porém, de um programa são esperados amplos resultados. Aí é onde entra a avaliação de impacto. Toda avaliação de impacto traz em seu bojo uma comparação. Isso porque, por meio dela, busca-se determinar qual seria a condição de um sujeito que participou ou recebeu um programa caso ele não o tivesse recebido/participado ou se ele tivesse recebido ou participado em “outra coisa”, seja outra intervenção ou outro programa (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2018). Este tipo de avaliação responde a questões de causa e efeito, buscando determinar que diferença o programa faz no alcance de resultados (Gertler, Martinez, Premand, Rawlings, & Vermeersch, 2010). Nesse sentido, uma boa pergunta seria: Qual é o impacto ou efeito causal de um programa em um resultado de interesse? (Gertler et al., 2010, p. 8)

Ao mesmo tempo, ela não se centra somente nos resultados esperados e definidos no modelo lógico do programa (para mais detalhes sobre modelo lógico, conferir capítulo 3 desta obra). Ela deve ir além e examinar efeitos positivos e negativos, primários e secundários, em curto, médio e longo prazo produzidos de forma direta ou indireta, intencional ou não intencionalmente (Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OECD-DAC], 2010). Assim, por exemplo, em um programa de prevenção ao uso de drogas, pode ser esperado efeitos de prevenção do uso, redução do uso ou adiamento do primeiro uso, e impactos no sistema de saúde ou nos anos potenciais de vida perdidos.

Indicação de leitura

Uma avaliação de efetividade de um programa de uma intervenção digital na diminuição da prática de *binge drinking* entre frequentadores de baladas foi realizada por Baldin, Sanudo e Sanchez (2018).

Avaliação de Eficiência e Avaliação Econômica

Face à limitação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, é necessário produzir a combinação de bens e serviços com maior valor agregado possível (Aday, Bergley, Lairson, & Balkrishnan, 2004; Folland, Goodman, & Stano, 2001). A eficiência examina se os recursos financeiros estão sendo usados para obter o maior valor agregado pelo dinheiro investido (Williams, 1988). Aplicado aos serviços de saúde, por exemplo, “a eficiência está preocupada com a relação entre insumos de recursos (custos, na forma de trabalho, capital ou equipamento) e resultados intermediários (números tratados, tempo de espera etc.) ou resultados finais (vidas salvas, anos de vida ganhos, qualidade anos de vida ajustados)” (Palmer & Torgerson, 1999, p. 1136, tradução livre).

Avaliar a eficiência de um programa implica analisar a relação custo de investimento com resultados alcançados pelo programa, não somente considerando os resultados de efetividade, como também os resultados de impacto. Para tal, devem ser utilizados três tipos de eficiência: técnica, alocativa e produtiva. A *eficiência técnica* refere-se à relação física entre recursos (financeiros e humanos) e os resultados (Palmer & Torgerson, 1999), i. e. quando um programa obtém os maiores resultados com o número mínimo de entrada. Tomemos como exemplo um programa de quatorze sessões. Caso os participantes obtenham os mesmos resultados recebendo dez e recebendo quatorze sessões, a dose/oferta de

dez sessões é tecnicamente mais eficiente. A *eficiência produtiva* requer a produção de um determinado nível ou magnitude de resultado com custo mínimo (Davis, Anderson, Rowland, & Steinberg, 1990). Refere-se, portanto, “à maximização do resultado de saúde para um determinado custo, ou a minimização do custo para um determinado resultado” (Palmer & Torgerson, 1999, p. 1136, tradução livre). Assim, se temos um valor X para investir no alcance de resultado A, precisamos alcançar o melhor de A usando X ou usar o mínimo possível de X para alcançar A. A *eficiência alocativa* depende da obtenção do “correto”, mais importante resultado ou resultados (Davis et al., 1990). Nessa perspectiva, não seria suficiente para um programa obter resultados pelo menor custo, mas, principalmente, a eficiência da distribuição desses resultados pela comunidade. Trata-se de uma visão de eficiência social ou economia do bem-estar social. Em teoria seria: um programa é eficiente se faz, ao menos uma pessoa e/ou suas condições de vida, menos pior (Palmer & Torgerson, 1999).

A eficiência de um programa pode ser avaliada por meio de dois componentes: custo-benefício e custo-efetividade. Enquanto no primeiro os resultados são medidos em termos monetários e requer estimativas de custos diretos e indiretos e de benefícios tangíveis e intangíveis; no segundo são medidos em termos substantivos (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2018). Diante de um programa que busca reduzir o uso de drogas entre jovens, o custo-benefício é a diferença entre os reais investidos no programa e o que se economizaria, em curto, médio e longo prazo, em reais, no tratamento de um jovem usuário de drogas. Incluindo cuidados médicos, psicológicos, sociais, dias ativos de trabalho etc. Já o custo-efetividade desse mesmo programa é quantos reais tiveram que ser gastos para converter cada usuário de droga em não-usuário.

Entretanto, para a tomada de decisão sobre a adoção de um programa, não basta saber a eficiência desse programa, é necessário, ainda, compará-lo com outras intervenções disponíveis. As avaliações econômicas comparam os custos e resultados de duas (ou mais) intervenções em saúde almejando investir o dinheiro da melhor forma possível ao alocá-lo em saúde e bem-estar social (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, & Torrance, 2015; Fox-Rushby & Cairns, 2005). Ver Figura 4.2. Relativo aos resultados, toma-se por base os indicadores de eficiência, nomeadamente custo-benefício e custo-efetividade.

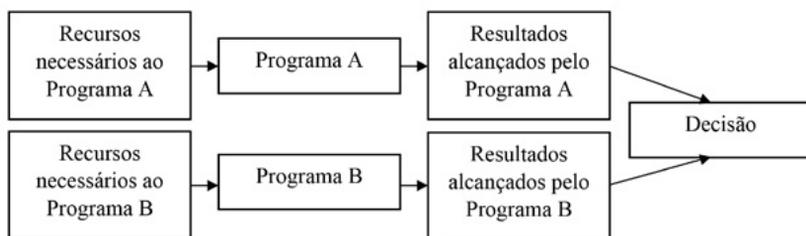


Figura 4.2. Avaliação econômica comparando Programas A e B. Nota. Elaborada pela autora.

Indicação de leitura 📖

A literatura nacional ainda é tímida na produção de avaliações de eficiência e econômica acerca de programas de saúde e psicossociais. Não obstante, sugere-se a leitura de Catellan, Mello e Bezerra (2020), que fizeram uma avaliação de eficiência do Programa Bolsa Família nos municípios paranaenses.

Avaliação de Sustentabilidade

A sustentabilidade de um programa refere-se à sua continuação, manutenção de sua oferta, ao longo do tempo (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). É possível encontrar na literatura vários termos

utilizados como sinônimos para sustentabilidade, tais como, institucionalização, adoção, durabilidade, rotinização, consolidação, incorporação, longevidade, permanência, perpetuação, sobrevivência. Quatro razões tornam a sustentabilidade uma variável imprescindível à hora de se avaliar um programa: (1) programas sustentáveis permitem a manutenção de resultados e efeitos em longo prazo; (2) há um intervalo de tempo entre o recebimento do programa e a percepção de seus efeitos; (3) diante de um programa considerado benéfico, a falta de sustentabilidade gerará perda dos recursos investidos em sua primeira oferta; (4) programas descontinuados geram frustração na população-alvo e agentes de implementação, bem como desconfiança diante de uma possível oferta desse ou outro programa (Pluye, Potvin, & Denis, 2004).

A pergunta que se busca responder com esta avaliação é: *Os componentes do programa desenvolvidos e implementados nas fases anteriores são (ou não) mantidos após o financiamento inicial ou outro incentivo ser removido?* Destarte, três elementos compõem a sustentabilidade de um programa: os resultados obtidos a nível individual, a implementação das atividades a nível organizacional e a capacidade a nível comunitário (Scheirer, 2005). O primeiro se refere à manutenção de efeitos de participantes e o alcance de efeitos em novos participantes mesmo após o fim do financiamento inicial; o segundo se refere à manutenção da oferta do programa pela organização/instituição que o implementou inicialmente, muitas vezes denominado processo de institucionalização ou rotinização do programa; e o terceiro se refere à capacidade da comunidade implementar o programa de forma autônoma, cabendo àqueles programas que foram desenvolvidos e implementados sob a forma de coalizão (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

Para ser sustentável, um programa carece de ter alta qualidade, sucesso em seu processo de avaliação, ter suporte de uma administração que planeje a continuação do investimento ou financiamento, ser baseado na e “abraçado” pela comunidade e atingir as expectativas dos financiadores. Sendo, em outras palavras, confiável, replicável e suportável (relativo ao custo) (Akerlund, 2000). Assim, considerando a perspectiva de avaliadores e pesquisadores, a avaliação de sustentabilidade de um programa requer seu próprio “espaço”, geralmente, após o programa ter demonstrado bons efeitos e impacto (Scheirer, 2005). Não obstante, apesar de ser a última etapa de avaliação de um programa, a sustentabilidade deve ser pensada desde o seu desenvolvimento, com desenvolvedores tendo clareza que o programa precisa se manter ao longo dos anos (Pluye, Potvin, & Denis, 2004).

Indicação de leitura

Como sugestão de leitura, Melo, Sá e Melo Filho (2016). Os autores analisaram a sustentabilidade do Programa Nacional de Alimentação Escolar em um município nordestino.

Considerações Finais

O intuito deste capítulo foi apresentar um panorama geral dos tipos e possibilidades de avaliações de programa de saúde e psicossociais. Considerando o propósito e alcance do capítulo, bem como seu papel no bojo deste livro, tratou-se de oferecer uma leitura ampla, porém não aprofundada, que oportunize a identificação dos objetivos, perguntas e variáveis implicadas em cada uma das avaliações, nomeadamente, necessidades, validade social, viabilidade, processo, resultados, eficiência e econômica, e sustentabilidade.

Apesar de terem sido tratadas em seções separadas, as avaliações não ocorrem, ou não devem ocorrer, de forma independente ao se pensar um programa ou política. Ao contrário, devem ser pensadas como combinadas umas com as outras, uma vez que se identifica em uma aspectos que permitem o desenvolvimento da outra e, portanto, mantém o ciclo, ilustrado na Figura 4.3, em movimento. Assim, ao tratar-se os problemas e demandas sociais, é necessário agir de forma continuada e requer uma abordagem sistêmica de todas as potenciais possibilidades de ação (Jannuzzi, Silva, Sousa, & Resende, 2009).

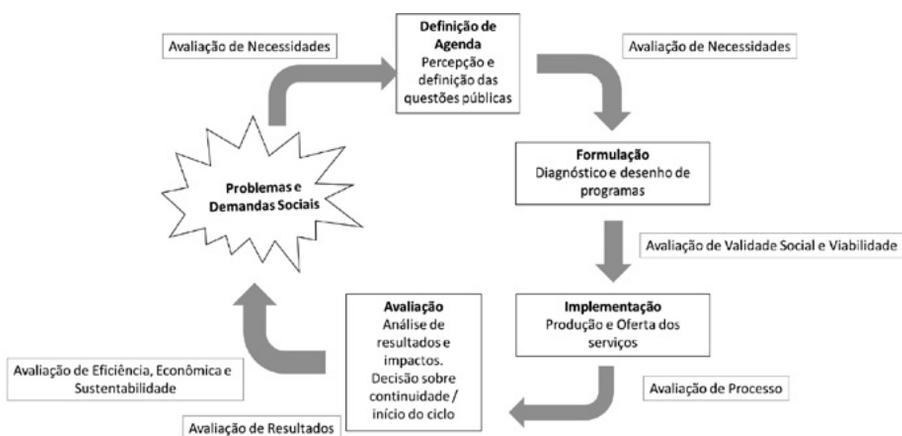


Figura 4.3. Ciclo de Políticas e Programas Públicos e os momentos de cada avaliação. Fonte: Jannuzzi et al. (2009, p. 110).

Destaca-se que a avaliação, além de um mecanismo técnico que garante a qualidade e viabilidade de um programa, consiste em um instrumento de gestão e controle social. Por um lado, alinha-se à ideia de que programas públicos são uma forma de combate à corrupção e às iniquidades sociais; por outro, é no programa público que se incorpora a realidade dos beneficiários e o impacto real em suas vidas (Laisner & De Mario, 2014). Seja

por um ou por outro, a prática contínua de avaliação de programas permite que os mesmos sejam “teoricamente embasados, sistematicamente planejados, cuidadosamente implementados e rigorosamente avaliados” (Murta, 2011, p. 83).

Referências

- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., & Balkrishnan, R. (2004). *Evaluating the Healthcare System: effectiveness, efficiency, and equity*. Washington: Academy Health.
- Akerlund, K. M. (2000). Prevention program sustainability: The state's perspective. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 353-362. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<353::AID-JCOP9>3.0.CO;2-6
- Baldin, Y. C., Sanudo, A., & Sanchez, Z. M. (2018). Efetividade de uma intervenção digital na diminuição da prática de binge drinking entre frequentadores de baladas. *Revista de Saúde Pública*, 52(2). doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000281
- Baranowski, T., & Stables, G. (2000). Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health Education & Behavior*, 27(2), 157-166. doi: 10.1177/109019810002700202
- Barbosa, L. M. (2017). *Do estado da arte ao desenvolvimento de uma intervenção para educação para a aposentadoria*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, DF, Brasil. Retrieved from <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22400>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2016). *Planning Health Promotion Programs*. São Francisco, California: Jossey-Bass.
- Brasil. (2019). Política Nacional sobre Drogas. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002

Brown, E. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamentos de jovens. Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 558-581). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Carter, S. L., & Wheeler, J. J. (2019). *The Social Validity Manual: subjective evaluation of interventions*. London, UK: Elsevier.

Cattelan, R., Mello, G. R., & Bezerra, F. M. (2020). Avaliação da Eficiência do Programa Bolsa Família nos Municípios do Paraná. *Administração Pública e Gestão Social*, 12(3). Retrieved from <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5573>

Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OECD-DAC]. *Evaluation Criteria*. Disponível em <https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, 1-8. doi: 10.1136/bmj.a1655

Davis, K., Anderson, G. F., Rowland, D., & Steinberg, E. P. (1990). *Health Care Cost Containment*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Durgante, H., Navarie e Sá, C., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Psicologia positiva para promoção de saúde em aposentados: estudo de viabilidade. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 269-281. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University Press.

- Fawcett, S. B. (1991). Social validity: a note on methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 235. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279568/>
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69. doi: 10.1590/S0102-71822008000100007
- Folland, S. A., Goodman, A. C., & Stano, M. (2001). *The Economics of health and healthcare*. Upper Saddle River, NY: Prentice-Hall, Inc.
- Fonseca-Backer, F. & Boore, A. L. (2008). *Community Health Cares' O'Process for Evaluation: A participatory approach for increasing sustainability*. Springer Science & Business Media, LLC.
- Fox-Rushby, J., & Cairns, J. (2005). *Economic evaluation*. London, UK: McGraw-Hill Education.
- Francisco, V. T., & Butterfoss, F. D. (2007). Social validation of goals, procedures, and effects in public health. *Health Promotion Practice*, 8(2), 128-133. doi: 10.1177/1524839906298495
- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 57-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>
- Garcia, D. (2018). *Avaliação da fidelidade de implementação de um programa preventivo em saúde mental infantil baseado na escola*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193631>
- Gertler, P. J., Martinez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. M. (2016). *Impact evaluation in practice*. Washington, USA: The World Bank. Retrieved from https://fapesp.br/avaliacao/manuais/impact_evaluation_2016.pdf
- Gomes, T. B., & Della Vecchia, M. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2327-2338. doi: 10.1590/1413-81232018237.21152016

Jannuzzi, P. de M., Silva, M. R. F. M., Sousa, M. A. de F., & Resende, L. M. (2009). Estruturação de sistemas de monitoramento e especificação de pesquisas de avaliação, os problemas dos programas públicos no Brasil. In: C. Franzese et al. (orgs.). *Reflexões para Ibero-América - Avaliação de Programas Sociais* (pp. 101-138). Brasília: ENAP.

Kaufman, R. A., & English, F. W. (1979). *Needs assessment: Concept and application*. Educational Technology.

Laisner, R. C., & De Mario, C. G. (2014). Os desafios da avaliação de políticas públicas como instrumento estratégico de gestão e de controle social. *Revista de Políticas Públicas*, 18(2), 619-630. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/233141441.pdf>

Medeiros, P. F. P. D. (2016). *Avaliação do processo de implantação do programa Unplugged de prevenção ao uso de drogas em escolas de São Paulo e Santa Catarina*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. Retrieved from <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41877>

Melo, M. N. T. D., Sá, R. M. P. F. de, & Melo Filho, D. A. D. (2016). Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1899-1908. doi: 10.1590/1413-81232015216.08752016

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350. doi: 10.1136/bmj.h1258

Morgan, B., Hejdenberg, J., Hinrichs-Krapels, S., & Armstrong, D. (2018). Do feasibility studies contribute to, or avoid, waste in research?. *PloS one*, 13(4), e0195951. doi: 10.1371/journal.pone.0195951

Murta, S. G. (2011). Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Eds.). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo* (pp. 83-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2011). Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 337-346. doi: 10.1590/S0102-37722011000300009
- Murta, S. G., Sanderson, K., & Oldenburg, B. (2007). Process evaluation in occupational stress management programs: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 248-254. doi: 10.4278/0890-1171-21.4.248
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 41-51. doi: 10.1590/S0103-166X2007000100005
- National Institute for Health Research. (2012). *NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordination Centre: Glossary*. Retrieved from www.netscc.ac.uk/glossary/#glos6/
- Newcomer, K. E., Hatry, H. P., & Wholey, J. S. (2015). Planning and Designing useful evaluation. Newcomer, K. E., Hatry, H. P., & Wholey, J. S. (Eds.). *Handbook of Practical Program Evaluation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- O’Cathain, A., Hoddinott, P., Lewin, S., Thomas, K. J., Young, B., Adamson, J., ... & Donovan, J. L. (2015). Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and Feasibility Studies*, 1(1), 1-13. doi: 10.1186/s40814-015-0026-y
- Palmer, S., & Torgerson, D. J. (1999). Economics notes: Definitions of efficiency. *BMJ*, 318(7191), 1136–1136. doi: 10.1136/bmj.318.7191.1136
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001

- Santos, K. B. dos. (2016). *Mobilizando comportamentos de ajuda na rede de amizades : uma estratégia de prevenção à violência no namoro baseada nos pares e na abordagem do espectador*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, DF, Brasil. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21269>
- Schalock, R. L. (2001). *Outcome-based evaluation*. New York: Springer Science & Business Media.
- Scheirer, M. A. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347. doi: 10.1177/1098214005278752
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108. doi: 10.1093/her/13.1.87
- Singal, A. G., Higgins, P. D., & Waljee, A. K. (2014). A primer on effectiveness and efficacy trials. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 5(1), e45. doi: 10.1038/ctg.2013.13
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. doi: 10.1002/jclp.20373
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, P. J., & Goodrick, D. (2010). Qualitative data analysis. In Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 429-453). São Francisco, California: Jossey-Bass.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2018). *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Strain, P. S., Barton, E. E., & Dunlap, G. (2012). Lessons learned about the utility of social validity. *Education and Treatment of Children*, 35(2), 183-200. doi: 10.1353/etc.2012.0007
- Weiss, C. H. (1997). Theory-based evaluation: past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 76, 41-55. doi: 10.1002/ev.1086

Williams, A. (1988). Priority setting in public and private health care. A guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*, 7(2), 173-83. doi: 10.1016/0167-6296(88)90015-X

Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 203-214. doi: 10.1901/jaba.1978.11-203



**Parte II:
Modelos de Avaliação
de Intervenção**

RE-AIM: um modelo versátil para avaliação de intervenções

José Marcelo Oliveira da Luz
Cláudia de Oliveira Alves

Introdução

RE-AIM consiste em um modelo de planejamento e avaliação de intervenções que aborda cinco dimensões de resultados em nível individual e ambiental (Kwan et al., 2019). A sigla RE-AIM é um acrônimo de R=*Reach* (Alcance); E=*Efficacy/Effectiveness* (Eficácia/Efetividade); A=*Adoption* (Adoção); I=*Implementation* (Implementação); e M=*Maintenance* (Manutenção). O modelo é uma estrutura que foi desenvolvida para avaliar o impacto real ou potencial de uma intervenção (programas e políticas). Ele surgiu a partir de uma mudança de paradigma em saúde ao adotar uma abordagem de causalidade múltipla e holística. Essa mudança parte do reconhecimento dos vários níveis de determinantes dos contextos e desfechos em saúde (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999).

A proposta da criação da estrutura RE-AIM foi tirar o foco acentuado da eficácia, resultado clínico tradicionalmente avaliado em intervenções, e expandir a atenção para vários outros fatores que envolvem impactos mais amplos (Glasgow et al., 2019; Holtrop, Rabin & Glasgow, 2018). Dessa forma, o modelo abrange

outras dimensões para além do impacto de uma intervenção (Alcance x Eficácia) e inclui dimensões relacionadas aos ambientes em que as intervenções ocorrem (Adoção, Implementação e Manutenção). Nessa estrutura, o impacto de uma intervenção é pensado a partir da interação entre as cinco dimensões avaliativas: Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção. Nesse sentido, essa estrutura é compatível com o pensamento baseado em sistemas socioecológicos, que entende que a saúde e o bem-estar humanos resultam da interação dinâmica entre diversos fatores ambientais (físicos e sociais) e pessoais (herança genética, disposições psicológicas, padrões de comportamento, dentre outros) (Glasgow et al., 1999).

O RE-AIM propõe o equilíbrio entre validade interna e externa. Tradicionalmente, a avaliação de intervenções focou prioritariamente na validade interna. Ao incluir na estrutura aspectos contextuais, o modelo RE-AIM agrega elementos que contribuem para determinar quais programas/intervenções valem investimento e que funcionam no mundo real (Glasgow et al., 2019; Glasgow et al., 1999). Dessa forma, a criação do modelo também visou contribuir para produção de programas e políticas com maior probabilidade de aceitação e sustentabilidade.

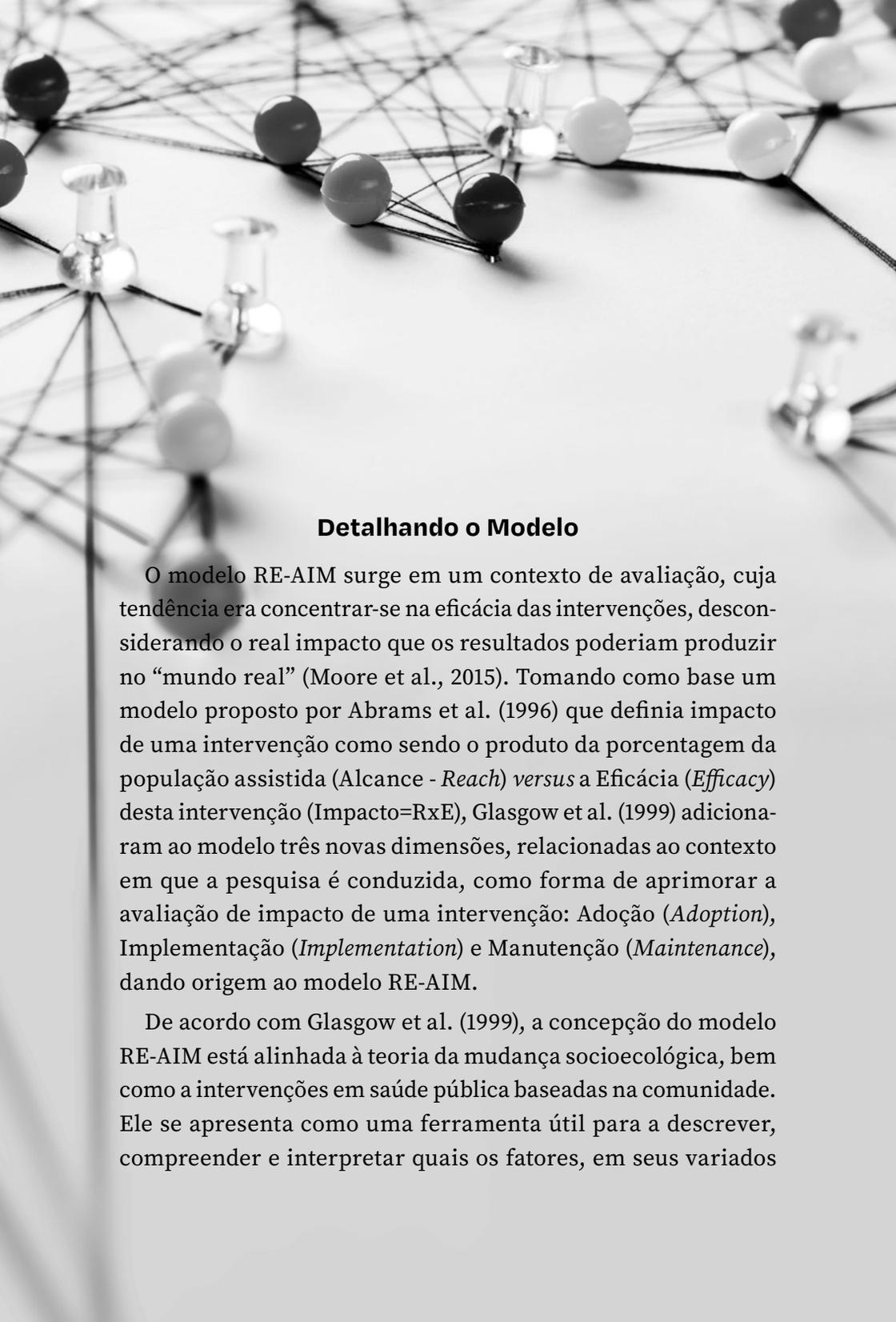
O modelo RE-AIM tem sido amplamente utilizado de diversas formas em diferentes contextos. Ele tem sido utilizado no planejamento, na avaliação e adaptação de intervenções (Holtrop et al., 2018; Harden et al., 2018), no relato de pesquisas e experiências, e na condução de revisões de literatura (Kessler et al., 2013). Atualmente, RE-AIM é uma das estruturas mais aplicadas nas áreas da saúde pública, do comportamento em saúde e da ciência da implementação (Shelton, Chambers & Glasgow, 2020;

Glasgow et al., 2019), com utilização em ambientes clínicos, comunitários e corporativos (Harden et al., 2018).

O desenvolvimento do modelo RE-AIM também tentou resolver a lacuna entre pesquisa e prática bem documentada que facilitasse a generalização de resultados. Um dos principais objetivos de sua criação foi melhorar a avaliação e o relato nas cinco dimensões do RE-AM. Ao oferecer uma estrutura com aspectos a serem considerados no ciclo de uma intervenção, o modelo facilita a elaboração de relatórios transparentes que podem auxiliar a aprimorar o planejamento para a disseminação e implementação bem-sucedidas de intervenções, programas, práticas e políticas (Shelton et al., 2020; Glasgow et al., 2019).

O modelo RE-AIM permite compreender a seguinte questão: quais componentes de uma intervenção (programas ou políticas), implementada em quais condições e contextos, conduzida por quais agentes e para quais populações (e subgrupos), são mais eficazes em produzir quais resultados, por qual custo e em que circunstâncias? (Holtrop et al., 2018).

O objetivo do presente capítulo é apresentar e discutir o modelo RE-AIM como uma opção versátil para conduzir avaliação de intervenções. A seguir serão apresentados os principais aspectos conceituais do modelo e questões relacionadas ao uso de dados qualitativos e quantitativos. Três exemplos práticos de aplicação em avaliações de intervenções são relatados: (a) uso do modelo para avaliação de necessidades; (b) aplicação do modelo para avaliar um projeto de intervenção de extensão em saúde; e (c) avaliando programas de mudança de comportamento com uso do RE-AIM. Por fim, são apontados alguns aspectos do cenário atual de pesquisas e algumas perspectivas futuras da aplicação do modelo.



Detalhando o Modelo

O modelo RE-AIM surge em um contexto de avaliação, cuja tendência era concentrar-se na eficácia das intervenções, desconsiderando o real impacto que os resultados poderiam produzir no “mundo real” (Moore et al., 2015). Tomando como base um modelo proposto por Abrams et al. (1996) que definia impacto de uma intervenção como sendo o produto da porcentagem da população assistida (Alcance - *Reach*) versus a Eficácia (*Efficacy*) desta intervenção ($\text{Impacto} = \text{RxE}$), Glasgow et al. (1999) adicionaram ao modelo três novas dimensões, relacionadas ao contexto em que a pesquisa é conduzida, como forma de aprimorar a avaliação de impacto de uma intervenção: Adoção (*Adoption*), Implementação (*Implementation*) e Manutenção (*Maintenance*), dando origem ao modelo RE-AIM.

De acordo com Glasgow et al. (1999), a concepção do modelo RE-AIM está alinhada à teoria da mudança socioecológica, bem como a intervenções em saúde pública baseadas na comunidade. Ele se apresenta como uma ferramenta útil para a descrever, compreender e interpretar quais os fatores, em seus variados

níveis, influenciam a dinâmica e o impacto de uma intervenção, além de complementar a avaliação de como o processo de implementação pode afetar os resultados dos estudos (Oakley, Strange, Bonell, Allen, & Stephenson, 2006).

Destarte, o modelo RE-AIM foi elaborado com o objetivo de oferecer a pesquisadores, gestores, implementadores e avaliadores de programas, ferramentas e estratégias que auxiliem na compreensão dos elementos essenciais de uma intervenção, de modo a potencializar sua adoção, implementação e sustentabilidade, ajudando a reorientar as prioridades e atribuindo uma ênfase equilibrada à validade interna e externa (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003). Assim, é possível diminuir as lacunas entre a pesquisa e a prática e potencializar o impacto das intervenções desenvolvidas.

A Tabela 5.1 sumariza a definição de cada uma das dimensões do RE-AIM, segundo Glasgow et al. (1999).

Tabela 5.1. Dimensões RE-AIM

Dimensão	Definição	Nível
Alcance	Número absoluto, proporção e representatividade dos indivíduos que participam de uma determinada intervenção ou programa.	Individual
Eficácia/Efetividade	impacto de uma intervenção em resultados importantes (inclui efeitos negativos, qualidade de vida e resultados econômicos).	Individual
Adoção	número absoluto, proporção e representatividade dos ambientes e agentes de intervenção que iniciam um programa.	Organizacional (ambiente e agentes de implementação)
Implementação	refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção e às adaptações de uma intervenção e estratégias de implementação associadas, incluindo consistência na entrega conforme pretendido e o tempo e os custos. O uso das estratégias da intervenção por parte de seus usuários é a medida de nível individual.	Individual e Organizacional (ambiente e agentes de implementação)
Manutenção	em nível organizacional: medida em que um programa ou política se torna institucionalizado ou faz parte das práticas e políticas organizacionais de rotina. Em nível individual diz respeito ao quanto as mudanças geradas pela intervenção se mantêm a longo prazo.	Individual e Organizacional (ambiente)

Fonte: Kwan et al. (2019). Tradução livre.

As cinco dimensões do modelo RE-AIM

Segundo Abrams et al. (1996), uma forma útil de comparar intervenções era avaliar o impacto que cada uma delas produzia. Nesse sentido, o impacto³ diz respeito à eficácia de uma intervenção (E) multiplicada pelo seu alcance (R), onde o alcance é

3 Na literatura científica é possível encontrar definições diferentes para impacto, como apresentado no quarto capítulo deste livro.

definido como a parcela de indivíduos atingidos por uma ação, dentro de uma população previamente definida (por exemplo, um local de trabalho ou uma comunidade). O resultado ($E \times R$) seria então multiplicado por dez para gerar uma faixa de impacto de zero (nenhum impacto) a dez (ideal ou perfeito).

Considerando, por exemplo, uma comparação entre duas intervenções (X e Y), dirigidas a uma população com a mesma condição clínica. Se a intervenção X possuir uma eficácia (40%), mas atingir apenas 5% da população seu impacto seria de 0,2 (impacto = $40/100 \times 5/100 \times 10 = 0,2$). Já a intervenção Y, tendo uma eficácia de apenas 5%, mas atingindo 80% da população, teria um impacto de 0,4 (impacto = $5/100 \times 80/100 \times 10 = 0,4$). Nessa comparação hipotética, utilizando o modelo proposto por Abrams et al. (1996), poderíamos afirmar que o impacto da intervenção Y é o dobro do impacto da intervenção X.

A atualização do modelo, proposta Glasgow et al. (1999), avança em relação ao concebido por Abrams et al. (1996), ao considerar que o impacto final de uma intervenção se deve aos seus efeitos combinados sobre as cinco dimensões (RE-AIM): alcance, eficácia/efetividade, adoção, implementação e manutenção, ampliando, dessa forma, os elementos que devem ser considerados na avaliação de intervenções. A seguir são apresentadas as cinco dimensões do modelo conforme proposto por Glasgow et al. (1999).

ALCANCE (REACH). Refere-se ao número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa, intervenção ou programa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis. Embora a maioria dos estudos relate o tamanho da amostra e a proporção de indivíduos que desejam participar,

são poucos os que descrevem a representatividade da amostra estudada. A representatividade pode ser compreendida como a semelhança ou diferenças entre a população que participa de uma intervenção e aqueles que são elegíveis, mas não o fazem. Caso não haja diferenças, é possível sugerir generalizações para os resultados alcançados.

O alcance pode ser avaliado a partir de elementos como: critérios de inclusão e exclusão para a definição da população-alvo, porcentagem de indivíduos excluídos e daqueles participaram efetivamente da ação, características dos participantes em comparação com os não participantes ou com a população-alvo, representatividade dos participantes e não participantes, estratégias para potencializar o recrutamento, dentre outros.

EFICÁCIA/EFETIVIDADE (EFFICACY/EFFECTIVENESS). Diz sobre o impacto de uma intervenção em desfechos individuais importantes, incluindo resultados de curto, médio e longo prazo, esperados ou não, além de potenciais efeitos iatrogênicos. Investigar a eficácia e/ou a efetividade de uma intervenção é importante porque elas refletem o sucesso de uma intervenção quando implementada de acordo com o planejado, tanto em condições ideais como em situações do mundo real. Além disso, fará mais sentido pensar em uma avaliação do alcance de uma intervenção se ela for minimamente eficaz ou efetiva. Outro ponto que reforça a importância de se aferir a eficácia ou efetividade de um programa ou intervenção, é a necessidade de relatar possíveis efeitos iatrogênicos ou não intencionais de uma intervenção.

A eficácia e efetividade de uma intervenção podem ser determinadas usando multimétodos, sendo necessário que o método escolhido seja capaz de verificar se a mudança de comportamento, de fato, se deu em função da intervenção implementada. A

força das conclusões pode variar de acordo com o rigor metodológico empregado no estudo. Para tanto, eficácia e efetividade podem ser relatadas a partir da observação de quais impactos a intervenção teve nos participantes que iniciaram a intervenção, considerando resultado primários com ou sem comparação; medidas de robustez entre subgrupos e uso de dados qualitativos para compreender os resultados alcançados, dentre outros elementos.

ADOÇÃO (ADOPTION). A adoção pode ser compreendida como o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos agentes de implementação que estão dispostos a iniciar um programa. Considerando que diferentes contextos (escolas, clínicas, unidades básicas de saúde) e agentes de implementação (professores, médicos, educadores sociais, psicólogos, dentre outros) podem influenciar a adoção de uma intervenção, avaliar essa dimensão parece ser fundamental para compreender o impacto real e potencial dessa intervenção. Tal como o alcance, não é usual encontrar nos estudos, relatos sobre questões referentes à adoção. Geralmente, essas informações se restringem ao número absoluto de ambientes envolvidos.

A análise da adoção se dá no nível organizacional (ambiente e agentes de implementação) e pode compreender tanto a descrição dos locais onde a intervenção foi/será implementada quanto a definição de critérios de inclusão/exclusão dos membros da equipe de implementação; o nivelamento da equipe no que diz respeito aos conhecimentos necessários à implementação; a taxa de participação efetiva dos membros da equipe; a representatividade dos que participaram e dos que foram excluídos, bem como uso de medidas qualitativas para entender a adoção nos níveis de ambiente e de agentes de implementação.

IMPLEMENTAÇÃO (IMPLEMENTATION). A implementação é uma medida tanto no nível organizacional (ambiente e agentes de implementação) quanto individual. Enquanto medida organizacional, refere-se à fidelidade na entrega dos vários elementos de um protocolo de intervenção, especialmente quando realizados pela equipe de implementação, capacitada previamente pelos pesquisadores e/ou desenvolvedores. Isso inclui a dose fornecida (quantidade de componentes entregues aos participantes da intervenção), a duração na entrega e o custo da intervenção, conforme o planejado, além das adaptações necessárias. Como medida individual, refere-se à extensão em que os participantes utilizam as estratégias propostas na intervenção.

A implementação é avaliada por meio de relatórios sobre os objetivos alcançados, tempo disponibilizado pela organização para a execução, indicadores de comprometimento da equipe de implementação, bem como medidas que descrevam o engajamento dos participantes nas atividades da intervenção. Essas informações são importantes pois podem indicar se outras organizações e agentes poderão adotar a intervenção. Dentre os itens que podem subsidiar a avaliação da implementação podem ser citados: o percentual e as características dos membros da organização que participam da intervenção, os não-participantes, o percentual de fidelidade do que foi entregue na intervenção, os custos associados à implementação (financeiro, tempo e de pessoal), a transferência do aprendizado para a rotina dos participantes, as adaptações realizadas durante a implementação e o uso de métodos qualitativos para entender a implementação, nos níveis individual e organizacional.

MANUTENÇÃO (MAINTENANCE). A manutenção também pode ser avaliada nos níveis organizacional (ambiente) e individual. No primeiro caso, está relacionada à extensão em que um programa

ou política torna-se institucionalizado ou passa a integrar as rotinas e políticas organizacionais. Já no nível individual, a manutenção pode ser entendida como a continuidade dos efeitos benéficos em longo prazo, seis ou mais meses após o término da intervenção, por exemplo. O prazo específico para a avaliação da manutenção ou sustentação varia de acordo com os objetivos de cada intervenção.

Na maioria dos estudos, são escassas as informações sobre o acompanhamento de longo prazo dos participantes de uma intervenção e sobre as estratégias utilizadas para inserir a intervenção na rotina de uma organização. Essas medidas contribuem para a avaliação da manutenção nos níveis individual e organizacional e podem ser reforçadas a partir de: (a) medidas do resultado primário, aferidos em tempos determinados, após o término da intervenção; (b) análise da sustentabilidade da intervenção, tempos após o seu término; (c) adaptações realizadas após a conclusão da intervenção, com a indicação de quais elementos foram mantidos; (d) alinhamento dos objetivos da intervenção com a missão e valores da organização; e (e) uso de dados de métodos qualitativos para compreender a institucionalização e os efeitos de longo prazo para indivíduos e organização. A Tabela 5.2 aponta as principais perguntas que podem ser respondidas com o uso do modelo RE-AIM.

Tabela 5.2. Exemplos de questões utilizadas na avaliação das dimensões do RE-AIM

Alcance	Como faço para chegar àqueles que precisam de uma intervenção específica?
Eficácia / Efetividade	Como sei que minha intervenção está funcionando?
Adoção	Como faço para alcançar divulgação e desenvolvimento organizacional a fim de obter apoio para realizar a minha intervenção?
Implementação	Como posso garantir que a intervenção seja viável e realizada de forma adequada?
Manutenção	Como posso garantir os benefícios de longo prazo e a institucionalização da intervenção?

Fonte: Harden et al. (2018). Elaboração nossa.

O uso do modelo RE-AIM

O modelo RE-AIM tem sido utilizado tanto no planejamento de intervenções, de forma a potencializar as chances de disseminação (Klesges, Estabrooks, Dzewaltowski, Bull, & Glasgow, 2005), como na avaliação da implementação de programas em sistemas de saúde (Stoutenberg et al., 2018). O RE-AIM pode servir também como uma ferramenta para organizar e informar a tomada de decisão antes, durante e depois da implementação do programa (Kwan et al., 2019). Embora o emprego do RE-AIM antes do início de uma intervenção seja ideal para garantir um planejamento local estratégico e cuidadoso, em alguns casos isso não é possível (Harden et al., 2018). A Figura 5.1 apresenta o uso do RE-AIM em três momentos da intervenção: antes, durante e depois.

O modelo RE-AIM se aplica a diferentes propostas avaliativas: (a) avaliação de impacto geral de uma intervenção; (b) comparação do impacto de uma intervenção nas unidades organizacionais ou ao longo do tempo; (c) comparação de duas ou mais intervenções nas dimensões do RE-AIM; e (d) tomada decisões

sobre a redistribuição de recursos na direção de programas mais eficazes (Glasgow et al., 1999).

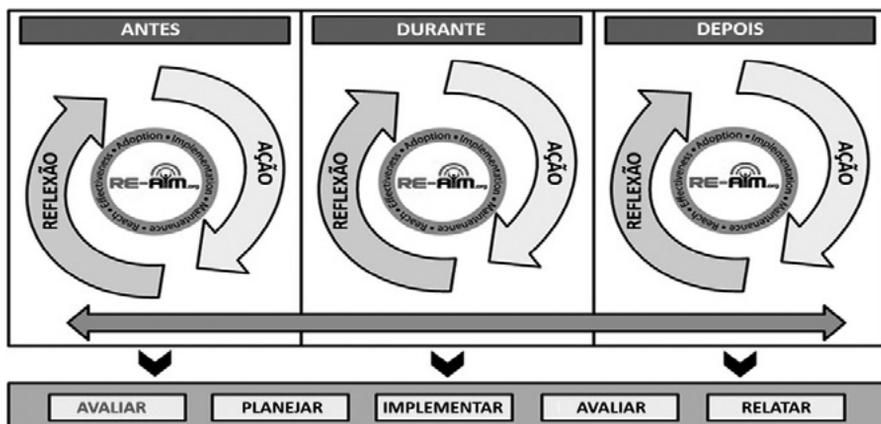


Figura 5.1. Uso do Modelo RE-AIM em três momentos de uma intervenção. Adaptado de Harden et al. (2018).

O uso do modelo RE-AIM pode direcionar o planejamento de intervenções novas ou em andamento e avaliações sistemáticas, que incluem uma interação complexa de resultados individuais e organizacionais (Harden et al., 2018). Entretanto, não é necessário avaliar todos os componentes do RE-AIM em todos os estudos. Esse ponto é especialmente importante para estudos sem (ou com escasso) orçamento para avaliação. Nesses casos, é necessário eleger, *a priori*, as dimensões nas quais focar ao realizar a avaliação ou o planejamento, considerando os componentes mais valorizados e apropriados para o estudo em questão (Glasgow et al., 2019). Não há resposta certa ou errada sobre quais dimensões focar. Essa escolha varia de acordo com a comunidade, as partes interessadas, as prioridades e os recursos organizacionais, assim como o desenho da intervenção, populações e resultados desejados (Harden et al., 2018).

Dados quantitativos e qualitativos

O uso completo do modelo, ou seja, de todas as dimensões RE-AIM, requer o uso de métodos qualitativos e quantitativos. As medidas quantitativas, predominantemente mais utilizadas, não têm sido suficientes para prever a disseminação (alcance e adoção), implementação e resultados de manutenção (Glasgow et al., 2019). A utilização de métodos mistos pode ajudar a identificar processos explicativos nas dimensões do RE-AIM por contribuir para o entendimento das razões dos resultados em cada uma delas (Holtrop et al., 2018).

Diante do cenário do escasso emprego de métodos qualitativos no modelo RE-AIM, Holtrop et al. (2018) defendem sua relevância destacando que: (a) algumas perguntas simplesmente não podem ser respondidas com dados quantitativos; (b) dados qualitativos fornecem respostas não apenas para o que aconteceu, mas por que e como; (c) dados qualitativos fornecem métodos de avaliação diversos e múltiplos para fornecer validade convergente para resultados quantitativos; (d) usar métodos quantitativos e qualitativos para as dimensões do RE-AIM permite que esses métodos se informem de forma interativa. Uma ampla variedade de técnicas e abordagens qualitativas pode ser usada para tratar de questões do RE-AIM. Possivelmente, a maior contribuição dos métodos qualitativos para o RE-AIM é a capacidade de explicar como e porque os resultados foram obtidos.

Para cada dimensão do RE-AIM é possível destacar quais podem ser as principais contribuições de dados quantitativos e qualitativos. No Alcance, dados quantitativos podem fornecer informações sobre a demografia da população alcançada *versus* não alcançada. Por outro lado, dados qualitativos permitem: entender por que as

peças aceitam ou recusam a participação; descrever as características dos participantes *versus* não participantes.

Na dimensão Eficácia/Efetividade, os resultados clínicos ou comportamentais são mais frequentemente resumidos de forma quantitativa. Complementarmente, dados qualitativos permitem compreender: (a) se as partes interessadas consideram as descobertas de eficácia significativas; (b) por que as intervenções produzem diferentes resultados em diferentes dimensões do RE-AIM; (c) as razões de diferenças nos resultados entre os subgrupos; (d) por que resultados negativos imprevistos são observados. Ademais, é improvável que análises quantitativas por si só identifiquem características mais sutis, socioculturais ou práticas que contribuem significativamente para a eficácia do programa. Nesses casos, análises qualitativas podem fornecer informações valiosas para essa compreensão.

Na Adoção, dados quantitativos podem fornecer o número ou a proporção de ambientes e equipe de implementação que concordam em participar da intervenção. Dados qualitativos podem ser usados para compreender: (a) porque diferentes organizações - e membros da equipe dentro dessas organizações - optam por participar ou não; (b) diferenças complexas ou sutis nessas organizações e membros da equipe em termos de dinâmicas e processos subjacentes. Para acessar essas informações, Holtrop et al. (2018) recomendam o uso de entrevistas e observações.

Na dimensão Implementação, a necessidade de compreensão qualitativa é mais necessária e frequentemente mais significativa do que a de informações quantitativas. Essas questões incluem o entendimento das condições sob as quais consistências e inconsistências estão ocorrendo na equipe, no ambiente, no tempo e em diferentes componentes do programa ou entrega de políticas.

Para essa avaliação também se recomenda o uso de entrevistas e observação.

Por fim, na Manutenção, dados qualitativos permitem compreender a sustentabilidade da intervenção e as razões pelas quais: (a) os benefícios individuais continuam ou diminuem; (b) porque a organização que está realizando a intervenção decide continuar ou descontinuar a intervenção. Os métodos qualitativos, juntamente com o engajamento inicial e contínuo das partes interessadas ao longo de um estudo, podem ajudar a iluminar os problemas de sustentabilidade com antecedência e permitir que os implementadores planejem e resolvam conforme necessário. Sugere-se o uso de entrevistas com aqueles que continuam ou descontinuam a intervenção.

A flexibilidade do modelo RE-AIM permite que sejam abordadas diferentes questões de saúde pública de uma forma prática e compreensível (Harden et al., 2018). O uso do modelo RE-AIM aumenta a probabilidade de que o impacto da saúde pública no nível para população seja mensurado, pois as dimensões do RE-AIM investigam o grau em que uma iniciativa (a) pode ser adotada e entregue de forma ampla; (b) tem a capacidade de implementação sustentada e consistente a um custo razoável; (c) pode atingir grande número de pessoas; e (d) pode produzir mudanças duradouras (Harden et al., 2018). A seguir serão apresentados três exemplos de aplicabilidade do modelo RE-AIM para a avaliação de intervenções.

Uso do modelo RE-AIM na avaliação de necessidades

Luz (2020) conduziu um estudo com o objetivo de investigar potenciais barreiras e facilitadores para o alcance, eficácia, adoção, implementação e manutenção de uma intervenção de promoção da saúde. Esse estudo foi parte complementar de uma avaliação

de necessidades para o desenvolvimento e implementação de uma intervenção para promoção do perdão, dirigida a uma população não clínica, visto que a literatura nacional apontava para uma escassez de estudos sobre intervenções dessa natureza. Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista, com 20 questões abertas, estruturado a partir das dimensões do modelo RE-AIM e aplicado a profissionais de psicologia, especialistas na temática ou no desenvolvimento e/ou avaliação de intervenções de prevenção e promoção da saúde. As questões abordavam a percepção desses profissionais sobre elementos teórico-metodológicos e contextuais que poderiam se apresentar como potenciais facilitadores ou barreiras na construção, implementação e avaliação de intervenções dessa natureza. A tabela 5.3 apresenta alguns exemplos de perguntas dirigidas aos entrevistados.

Tabela 5.3
Exemplo de questões do roteiro de entrevista RE-AIM

Nº	Perguntas
1	Que população poderia se beneficiar de uma intervenção para promoção do perdão?
2	Que formas de recrutamento facilitaria o alcance da população-alvo?
3	Que critérios podem ser usados para “medir” o sucesso do programa?
4	Para quais serviços ou organizações devemos planejar essa intervenção?
5	Quais os possíveis benefícios para a organização que venha a adotar a intervenção?
6	Qual é a maior ameaça para a aplicação da intervenção?
7	Como podemos facilitar que a mudança de comportamento se mantenha a longo prazo entre os participantes da intervenção?
8	Quais são os desafios para a intervenção continuar sendo oferecida?

Fonte: Luz, 2020, p 63.

Os dados das entrevistas foram organizados em critérios-chave para o planejamento, implementação e avaliação de intervenções e, em seguida, analisados de acordo com o seu valor, enquanto

facilitador ou barreira. Depois dessa organização, foram integrados às dimensões do modelo RE-AIM (Glasgow et al., 1999; 2003).

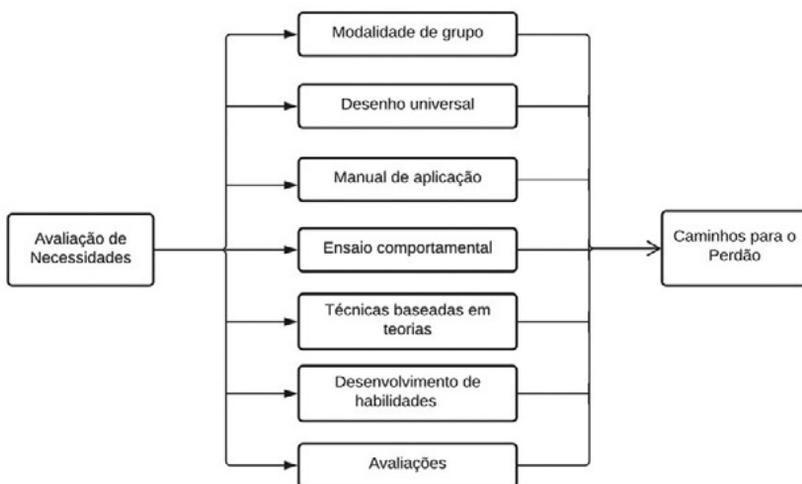


Figura 5.2. Contribuições do estudo utilizando o RE-AIM no design da intervenção.

Os resultados sinalizaram potenciais barreiras e facilitadores em todas as dimensões do modelo, contribuindo para a escolha de componentes que impactaram o desenho da intervenção pretendida. Dentre as contribuições para o desenho da intervenção, inspiradas no resultado das entrevistas, pode-se citar como facilitadores: (i) a opção por um desenho universal, dirigido a população não-clínica (Alcance); (ii) o uso de técnicas baseadas em teorias, para maior consistência ao desenho da intervenção (Eficácia/Efetividade); (iii) o desenvolvimento de uma intervenção breve, de curta duração (Adoção); (iv) a produção de manuais de orientação para facilitadores e o uso de estratégias para facilitar o engajamento dos participantes (Implementação) e (v) integração da intervenção à realidade da organização e avaliação de impacto na vida do participante (Manutenção).

As possíveis barreiras apontadas nas entrevistas inspiraram escolhas do tipo: (i) a oferta de palestras de sensibilização para minimizar o preconceito com a temática, geralmente associada à religião (Alcance); (ii) a produção do manual de orientação, para evitar atividades mal planejadas (Eficácia/Efetividade); (iii) a adequação do horário de implementação de forma a não concorrer com a rotina da organização (Adoção); (iv) a proposição de tarefas exequíveis, favorecendo o engajamento dos participantes nas atividades propostas e a adequação da intervenção à estrutura e recursos disponíveis na organização (Implementação) e (v) o compartilhamento de informações sobre potenciais benefícios para a instituição e para os participantes, de modo a potencializar a percepção de relevância da intervenção (Manutenção).

Como visto, a avaliação realizada a partir do modelo RE-AIM, revelou um conjunto de elementos que, se considerados na construção da intervenção pretendida, a colocariam em uma rota de sucesso. Da mesma forma, os resultados da avaliação mostraram as possibilidades de fracassos, caso alguns cuidados apontados fossem negligenciados. A percepção desses elementos, dentro de uma perspectiva global, foi potencializada pela análise das cinco dimensões do modelo RE-AIM.

O modelo RE-AIM aplicado a uma avaliação de um projeto de extensão em saúde

A aplicação do modelo RE-AIM também pode ser visualizada no estudo conduzido por Deus e Krug (2018), com o objetivo de avaliar o alcance, a adoção e a eficácia do Projeto de Extensão Construindo um Futuro Saudável por meio da Promoção da Saúde (ProSaúde). O referido projeto foi implementado em uma escola pública do estado do Rio Grande do Sul e teve como objetivo refletir sobre as necessidades e demandas de saúde dos escolares e

implementar práticas educativas e metodologias participativas na construção de projetos que promovam melhorias nas condições de saúde da comunidade.

Para a coleta dos dados necessários à análise das dimensões alcance, adoção e eficácia, foi utilizada uma ficha diagnóstica com dados sociodemográficos, informações profissionais e questões relacionadas ao projeto (atividades desenvolvidas, motivações para participação no projeto, aprendizagens proporcionadas e adversidades). A ficha diagnóstica foi respondida por 12 professores, que atendiam ao critério de inclusão definido: ter participado do projeto em algum momento entre os anos de 2013 e 2017. De forma complementar, foram utilizados registros documentais do projeto e da escola. A Figura 5.3 sintetiza as dimensões avaliadas, os níveis em que essas dimensões foram avaliadas, as fontes dos dados e os participantes dos estudos.

Dimensões	Informações	Fontes ou instrumentos	Participantes do estudo	
Alcance	Número total de professores	Documental	Registros da escola	NO
	Número de professores participantes	Documental	Relatórios do ProSaúde	
	Características sociodemográficas	Ficha diagnóstica	Professores	
	Nível de instrução dos professores	Ficha diagnóstica	Professores	
Adoção	Motivos de ingresso	Ficha diagnóstica	Professores	
	Forma de conhecimento do projeto	Ficha diagnóstica	Professores	
Eficácia	Projetos desenvolvidos	Ficha diagnóstica	Professores	NI
	Benefícios e aprendizagens proporcionados	Ficha diagnóstica	Professores	
	Fatores adversos	Ficha diagnóstica	Professores	

Figura 5.3. Informações, Fontes ou Instrumentos e participantes do estudo. NO = nível organizacional e NI = nível individual. Fonte: Deus e Krug (2018, p. 450).

A dimensão alcance foi avaliada considerando o número total de professores da escola (N=36) em relação ao número de professores que participaram do projeto em algum momento, entre os anos 2013 e 2017 (N=12). Os resultados da pesquisa documental mostraram que o alcance foi aumentando à medida que o projeto foi sendo implementado, ano a ano: em 2013, 2 professores; em 2014, 6; em 2015, 9; em 2016, 17 e em 2017, 20 professores.

A adoção foi analisada a partir de informações sobre como os professores tomaram conhecimento do projeto e as motivações pessoais para a participação. Os resultados revelaram que as informações sobre os projetos foram obtidas ou com os coordenadores do projeto ou com a direção da escola, mostrando-se uma boa estratégia de sensibilização para a participação no projeto. Como motivações para a participação foram relatadas: a relevância da temática da saúde no cotidiano escolar; a utilização de uma metodologia diferente de ensino; e a possibilidade de planejamento comum entre os professores.

Os indicadores (i) projetos de aprendizagem desenvolvidos, (ii) benefícios e aprendizagens proporcionados e (iii) fatores adversos foram utilizados para analisar a dimensão eficácia. Entre os anos de 2013 e 2017 foram desenvolvidos diversos projetos, construídos de forma coletiva, abordando temas que a comunidade considerava relevantes para aqueles momentos. A implementação desses projetos se deu por meio de palestras, rodas de conversa e leituras compartilhadas. Como resultado dessas ações, os participantes do ProSaúde relataram tanto benefícios pessoais, como a aquisição de hábitos saudáveis, quanto profissionais, com o desenvolvimento de novas habilidades e estratégias de ensino. Ainda como benefícios, os participantes relataram melhora na relação professor/aluno, na integração da comunidade escolar

como um todo e na transferência dos aprendizados para a rotina dos participantes.

Avaliando programas de mudança de comportamento com uso do RE-AIM

Konrad, Tomicki, Silva, Benedetti e Almeida (2017) conduziram um estudo de revisão sistemática com o objetivo de avaliar em que medida programas de mudança de comportamento com ênfase na atividade física e/ou alimentação saudável em adultos e/ou idosos brasileiros reportam fatores relacionados à validade interna e externa utilizando o modelo RE-AIM. A busca foi realizada nas bases Medline/Pubmed, Lilacs, Science Direct, Web Of Science, Scopus, PsycINFO e Google Acadêmico, sem delimitação de tempo de publicação e com a combinação dos descritores em inglês e português. Para a seleção dos estudos, foram adotados os seguintes descritores: atividade motora, *motor activity*, atividade física, *physical activity*, hábitos alimentares, *food habits*, alimentação saudável, *healthy eating*, comportamentos saudáveis, *healthy behaviors*, mudança de comportamento, *behavior change*, adulto, *adult*, idoso, *aged*, Brasil, *Brazil*. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos de intervenção, com ao menos dois pontos de medidas (*baseline* e pós), realizados com adultos (≥ 18 anos) e/ou idosos brasileiros, de ambos os sexos, publicados somente em periódicos, em português ou inglês e que apresentassem como desfechos primários a mudança de comportamento para a atividade física e/ou a alimentação saudável. Foram encontrados 1209 títulos dos quais, após análise e aplicação dos critérios de inclusão, somente 26 estudos foram incluídos na amostra final. A revisão foi concluída em conformidade com os itens do *Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹³.

O RE-AIM foi utilizado para codificar os estudos selecionados, a partir de um protocolo de 21 itens que avaliava as cinco dimensões do modelo e, dessa forma, analisava indicadores de validade interna e externa dos programas. A Tabela 5.4 apresenta o protocolo utilizado para a codificação dos estudos.

Tabela 5.4. Modelo de tabela para descrever a proporção das dimensões do RE-AIM em estudos de revisão sistemática (21 itens).

Dimensão	N (%)
Alcance (<i>Reach</i>)	
1. Descrição da população-alvo	
2. Método de identificação da população-alvo	
3. Critérios de inclusão	
4. Critérios de exclusão	
5. Taxa de participação	
Efetividade/Eficácia (<i>Effectiveness/Efficacy</i>)	
6. Resultados dos desfechos primários	
7. Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento	
8. Medidas de qualidade de vida	
9. Taxa de abandono (na conclusão do programa)	
Adoção (<i>Adoption</i>)	
10. Taxa de participação dos locais	
11. Descrição do local que foi desenvolvido o programa	
12. Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe	
13. Taxa de participação dos membros da equipe	
14. Método de identificação dos membros da equipe	
15. Nível de conhecimento dos membros da equipe	
Implementação (<i>Implementation</i>)	
16. Número/frequência/duração dos contatos	

17. Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado	
18. Medidas de custo	
Manutenção (<i>Maintenance</i>)	
19. Continuidade do programa	
20. Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento)	
21. Taxa de abandono individual (durante o acompanhamento)	

Fonte: Konrad et al. (2017, p. 445).

O alcance foi codificado por meio de itens que identificaram e caracterizaram a população-alvo, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes e a taxa de participação. A dimensão efetividade considerou itens sobre resultados dos desfechos primários, medidas de qualidade de vida ou potenciais resultados negativos e o percentual de abandonos. Para a adoção foram utilizados os itens que trataram sobre a descrição do cenário e da equipe de intervenção, dos métodos e critérios de inclusão/exclusão para identificar o multiplicador, seu nível de conhecimento e a taxa de participação da equipe/multiplicador na intervenção. A dimensão implementação foi avaliada por meio dos itens sobre duração e frequência da intervenção, medida em que o protocolo de intervenção foi realizado conforme previsto e medidas de custos da implementação. A manutenção foi codificada por meio dos itens sobre medidas de resultados após seis meses de intervenção, indicadores do nível de manutenção e de custos de manutenção. Além disso, foi avaliada a qualidade geral dos estudos, determinada com o grau em que os artigos relataram os 21 itens na ferramenta validada. Os artigos foram classificados como de baixa (0-7), moderada (8-14) e alta (15-21) qualidade.

Os resultados mostraram que os estudos relataram em média 7,0 dos 21 itens do protocolo do modelo RE-AIM utilizado, com um intervalo de 2 a 13 itens, apresentado baixa (53.8%) ou moderada (46.2%) qualidade geral. Observou-se ainda que 61% (n= 16) atenderam aos itens validados para o alcance, 40% (n= 11) para efetividade/eficácia, 17% (n= 4) para implementação, 26% (n= 7) para adoção e 9% (n= 12) para manutenção. Nenhum estudo atendeu a todos os 21 itens das cinco dimensões do RE-AIM. Os itens mais reportados foram: “descrição da população alvo” (96%), para o alcance; “resultados de desfechos primários” (88%), para eficácia/efetividade; “descrição da equipe que aplicou a intervenção” (38%) para adoção; “duração e frequência da intervenção” (69%), para implementação e “medidas de resultados após seis meses de intervenção” (23%), para manutenção. Dentre os itens menos reportados, observou-se: “taxa de participação” (38%); “medidas de qualidade de vida ou de medidas negativas” (19%); “taxa de participação do multiplicador ou equipe” (3.8%); “medidas de custo da implementação” (0%) e “medidas de custo da manutenção” (0%) para alcance, eficácia/efetividade, adoção, implementação e manutenção, respectivamente.

Os achados dos estudos apresentados aqui sinalizam que a maioria dos estudos de intervenções tem como foco principal a eficácia/efetividade e alcance, deixando, às vezes, de lado as outras dimensões abrangidas no modelo. No entanto, como o modelo RE-AIM visa a avaliação integral de programas relacionados à saúde, levando em consideração além dos seus beneficiados, a viabilidade da implementação e a sustentabilidade dos programas, não se pode desconsiderar os itens relacionados à implementação, adoção e manutenção. Uma vez que todas as cinco dimensões guardam uma inter-relação entre si, negligenciar uma delas pode impactar negativamente as outras. Quando,

por exemplo, a adoção não é contemplada pode prejudicar o alcance que, por sua vez, pode interferir na implementação, corroborando para que a intervenção não seja satisfatória. Da mesma forma, negligenciar a manutenção pode resultar em uma adesão e implementação prejudicadas. Enfim, observar todas as dimensões contempladas no modelo RE-AIM, amplia as possibilidades de uma intervenção exitosa e sustentável.

Considerações Finais

O presente capítulo objetivou apresentar uma descrição de como o modelo RE-AIM foi desenvolvido, enfatizando as lacunas que o modelo buscou preencher no campo de avaliação de impacto de intervenções e programas em saúde pública e reforçando sua versatilidade na execução de uma variabilidade de tipos de avaliação.

Vale destacar que ao intentar usar o RE-AIM, é fundamental ser realista sobre o que pode ser feito para medir as dimensões e manter a flexibilidade ao longo do projeto (Kwan et al., 2019). Os desafios comumente presentes no planejamento e avaliação de intervenções também estão no uso do RE-AIM, como aquisição e disponibilidade de dados, falta de recursos, mudança de pessoal e de prioridades ao longo do tempo. Também pode ser um desafio entender as nuances e distinções entre as cinco dimensões, assim como descobrir como cada uma das dimensões se aplica e pode ser medida em um determinado contexto. A leitura de documentos importantes sobre a aplicação do RE-AIM, exemplos no site RE-AIM.org e consulta a especialistas pode ajudar a enfrentar esses desafios (Kwan et al., 2019).

Uma das limitações da utilização do modelo RE-AIM em sua totalidade é que pode exigir recursos humanos, de dados e

analíticos que podem não estar disponíveis ou ser adquiridos de forma viável. O uso do modelo RE-AIM requer informações detalhadas e compreensão contextuais em vários níveis. Um estudo, sobre o uso do modelo (Glasgow & Estabrooks, 2018), apontou que apesar da estrutura ser amplamente aplicada, os usuários geralmente apresentavam dúvidas e dificuldades em aplicar o modelo devido necessidade de coleta de dados em vários domínios e fontes. Por isso, aplicar o modelo RE-AIM completo pode ser muito oneroso. A falta de financiamento para aplicação do modelo RE-AIM também tem sido relatada como uma barreira importante.

O estudo de Glasgow et al. (2019) aponta que as dimensões adoção e manutenção são relatadas na literatura científica com menor frequência que as outras dimensões do RE-AIM. Uma vez que o investimento nessas dimensões pode contribuir para a sustentabilidade de uma intervenção, acredita-se que esse pode ser foco de estudos futuros que utilizem o modelo.

A estrutura RE-AIM, de forma geral, é mais usada para avaliação do que para planejamento de intervenções. Um estudo desenvolvido por Kwan et al. (2019) sobre o uso do RE-AIM em contextos de não pesquisa, apontou que no uso para avaliações, todas as dimensões foram aplicadas pela maioria dos programas estudados. Fatores organizacionais, como adoção e implementação, são usados com maior frequência para o planejamento de intervenções que as outras dimensões. Nesse mesmo estudo, os profissionais que aplicam RE-AIM avaliaram a estrutura como prática, familiar e fácil de entender (Kwan et al., 2019). Os achados desse estudo permitem afirmar que há a necessidade de maior uso do modelo para o planejamento de intervenções, o que pode contribuir para o sucesso da intervenção.

Referências

- Abrams, D. B., Orleans, C. T., Niaura, R. S., Goldstein, M. G., Prochaska, J. O., Velicer, W. (1996). Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: a combined stepped care and matching model. *Annals Behavioral of Medicine*, 18(4), 290-304. <https://doi.org/10.1007/BF02895291>
- Deus, G. B. & Krug, M. R. (2018). Avaliação de um projeto de extensão universitária na percepção de professores da educação básica. *Revista Conexão UEPG*, 14(3), 446 -456. <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.14.i3.0017>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy to effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93, 1261-1267. <https://ajph.aphapublications.org/doi/epub/10.2105/AJPH.93.8.1261>
- Glasgow, R. E., & Estabrooks, P. E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. *Preventing Chronic Disease*, 15, E02. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170271>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Harden, S. M, Smith, M. L, Ory, M. G, Smith-Ray, R. L., Estabrooks, P. A. & Glasgow, R. E. (2018). RE-AIM in clinical, community, and corporate settings: Perspectives, strategies, and recommendations to enhance public health impact. *Frontiers of Public Health*, 6(71). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00071>

- Holtrop, J. S., Rabin, B. A., & Glasgow, R. E. (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: Rationale and methods. *BMC Health Service Research*, 18(177). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>
- Kessler, R. S., Purcell, E. P., Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Benkeser, R. M., & Peek, C. J. (2013). What Does It Mean to “Employ” the RE-AIM Model? *Evaluation & the Health Professions*, 36(1), 44–66. <https://doi.org/10.1177/0163278712446066>
- Klesges L. M., Estabrooks P. A., Dzewaltowski D. A., Bull S. S., & Glasgow R. E. (2005). Beginning with the application mind: designing and planning health behavior change interventions to enhance dissemination. *Annals Behavioral Medicine*, 29(2), 66-75. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2902s_10
- Konrad L. M., Tomicki C., Silva M. C., Benedetti T. R. B., & Almeida F. A. (2017). Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 22(5), 448-458. <https://doi.org/10.12820/rbaf.v.22n5p439-449>
- Kwan, B. M., McGinnes, H. L., Ory, M. G., Estabrooks, P. A., Waxmonsky, J. A., & Glasgow, R. E. (2019). RE-AIM in the real world: Use of the RE-AIM framework for program planning and evaluation in clinical and community settings. *Front. Public Health*, 7, 345. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00345>
- Luz, J. M. O. (2020). Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção para promoção do perdão (Tese de Doutorado). Retrieved from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/39465>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... & Baird, J. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *BMJ*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Oakley, A., V. Strange, C. Bonell, E. Allen, and J. Stephenson. (2006). Process Evaluation in Randomised Controlled Trials of Complex Interventions. *BMJ*, 332(7538), 413–416. doi:10.1136/bmj.332.7538.413

Shelton, R. C., Chambers, D. A., & Glasgow, R. E. (2020). An extension of RE-AIM to enhance sustainability: Addressing dynamic context and promoting health equity over time. *Frontiers of Public Health*, 8(134). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00134>

Stoutenberg, M., Galaviz, K. I., Lobelo, F., Joy, E., Heath, G. W., Hutber, A., Estabrooks, P. (2018). A pragmatic application of the RE-AIM framework for evaluating the implementation of physical activity as a standard of care in health systems. *Preventing Chronic Disease*, 15, E54. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170344>

Avaliação Realista

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Introdução

Nas últimas décadas, as políticas públicas e o campo da avaliação têm direcionado e suscitado o debate em torno da constituição das intervenções enquanto iniciativas complexas, que envolvem diferentes mecanismos causais, processos não lineares, inseridos em sistemas sociais abertos e contextos incertos (Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Essa complexidade implica no reconhecimento de que seu processo de operacionalização e implantação está atrelado à articulação de diferentes instâncias institucionais e comunitárias e suas dinâmicas próprias (Costa & Magalhães, 2020).

A noção de complexidade está presente como propriedade seja das intervenções, ou ainda, do sistema no qual a intervenção é implementada (Campbell et al., 2000). A primeira visão, enquanto intervenção complexa, identifica as intervenções constituídas por vários componentes, que podem agir de forma independente e interdependente; possuem fatores e ingredientes ativos que são difíceis de definir; e serem entregues ao nível individual, organizacional ou populacional (Craig et al., 2008; Figueiró, Frias, & Navarro, 2010; Lewin et al., 2017). A segunda visão faz referência a um sistema complexo, que é adaptável a mudanças

em seu ambiente local e é composto de outros sistemas complexos que se comporta de maneira não linear (Campbell et al., 2000).

As duas abordagens (intervenções complexas versus sistemas complexos) são facilmente borradas porque compartilham características comuns, seja pela não-padronização, ou pela multiplicidade de componentes e interações. Contudo, o desafio posto de como avaliar intervenções/sistemas complexos continua a ser fundamental para os pesquisadores, exigindo avaliações não estruturadas e reflexivas e movendo os avaliadores, frequentemente, a desenvolverem avaliações inovadoras (Aragão, Oliveira, & Gurgel Junior, 2019; Figueiró, Frias, & Navarro, 2010; Medina, Nunes, Aquino, Oliveira, & Vilasbôas, 2014; Oliveira, Medina, Figueiró, & Potvin, 2017).

Advindos de perspectivas predominantemente positivistas, os modelos tradicionais de avaliação centram seus interesses nas organizações e instituições, na lógica de recursos humanos e na relação custo-benefício. Esses modelos produzem uma estrutura verticalizada, na qual os avaliadores apresentam uma postura central e externa ao contexto da intervenção e da avaliação em si (Quintans, Yonekura, Trapé, & Soares, 2020).

Na perspectiva de superação do modelo tradicional, as avaliações orientadas pela teoria trazem a permeabilidade dos contextos que condicionam a intervenção (Bezerra, Gomes, Oliveira, & Cesse, 2020; Champagne, Constandriopoulos, Brouselle, & Hartz, 2011; Chen, 1990; Coryn, Noakes, Westine, & Schoroter, 2011; Silva, Alves, & Oliveira, 2019; Silva, Silva & Oliveira, 2020), permitindo o aumento do conhecimento das intervenções, indicando as diferenças entre o fracasso de uma intervenção e a insuficiência de sua base teórica, identificando efeitos imprevistos e ajudando na construção do entendimento da intervenção a partir dos sujeitos

implicados (Chen, 1990). As avaliações orientadas pela teoria representam as avaliações que integram os sujeitos relacionados à intervenção na avaliação e usam explicitamente alguma combinação teórica com base nas ciências sociais, na conceituação, concepção, condução, interpretação e aplicação da avaliação (Funnell & Rogers, 2011).

Avaliações realistas foram desenvolvidas pela primeira vez com base na ideia de que as avaliações não deveriam indicar, apenas, o funcionamento ou não da intervenção, mas buscar compreender “O que funciona, para quem, em que circunstâncias, em que aspectos, e como?”. Essa abordagem, baseada no realismo crítico, fornece possíveis explicações sobre os sucessos e fracassos da implementação das intervenções em contextos específicos e os mecanismos em operação que contribuem para produzir resultados observáveis e padronizados (Pawson & Tilley, 1997; 2004).

Nesse sentido, este capítulo apresenta a base conceitual e o desenvolvimento analítico da avaliação realista para intervenções complexas, ilustrando sua base teórica, a partir do realismo crítico e suas reflexões sobre a ontologia das intervenções e a prática da avaliação, assim como, os caminhos de sua operacionalização nas avaliações de políticas e programas de saúde.

Para o desenvolvimento dessa discussão, o capítulo está dividido em três partes: a primeira se concentra nos pressupostos teóricos do realismo crítico e seus desdobramentos na explicação da realidade e contraponto a outros modelos científicos das ciências sociais e humanas; a segunda parte se desdobra nas etapas e conceitos chaves, apontados por Pawson e Tilley (1997; 2004) para a prática da avaliação realista; e por fim, a terceira parte aponta estudo realizado em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que usou por base os pressupostos

teóricos metodológicos da avaliação realista. O capítulo se encerra nas considerações finais e reflexões dos autores em torno dos desafios e perspectivas futuras da abordagem realista no campo da avaliação.

Pressupostos Teóricos do Realismo Crítico

O realismo crítico é uma escola filosófica, que emergiu na década de 1970, a partir dos escritos de Roy Bhaskar (1975). O termo surgiu a partir da hibridização que os leitores de Bhaskar fizeram com a associação de sua filosofia geral da ciência, chamada de “realismo transcendental” e de sua filosofia específica das ciências humanas, o “naturalismo crítico” (Bhaskar, 1989). Desenvolvido para estar entre o positivismo e o construtivismo, o realismo crítico se sustenta na existência de um mundo social real em que o conhecimento é acumulado e interpretado através de nossos sentidos e filtrados através de nossa linguagem, cultura e experiências passadas (Greenhalgh et al., 2015).

Os indivíduos em suas atividades sociais produzem um conhecimento, que só é possível de ser produzido a partir de quem o produz; por outro lado, existem conhecimentos que não são produzidos ou que não dependem dos seres humanos para existirem. Para o realismo crítico, a divisão de conhecimentos que independem da atividade humana é chamada de “objetos intransitivos do conhecimento”, que estão na dimensão ontológica da realidade. Em contrapartida, os conhecimentos que dependem da atividade humana, são sinalizados como “objetos transitivos” e que se inserem na dimensão epistemológica do conhecimento (Costa & Magalhães, 2020). Bhaskar (1975) aponta a relação desses conhecimentos enquanto paradoxo central da ciência e a necessidade das filosofias em se debruçarem no seu manejo.

Costa e Magalhães (2020) ilustram uma síntese (Figura 6.1) em torno dos domínios epistemológicos e ontológicos do conhecimento, a partir das reflexões do realismo crítico. A filosofia deve ser capaz de sustentar sua existência, tanto pelo caráter social da ciência quanto a sua independência em torno dos objetos de pensamento científico e sua interrelação dos objetos transitivos e intransitivos.

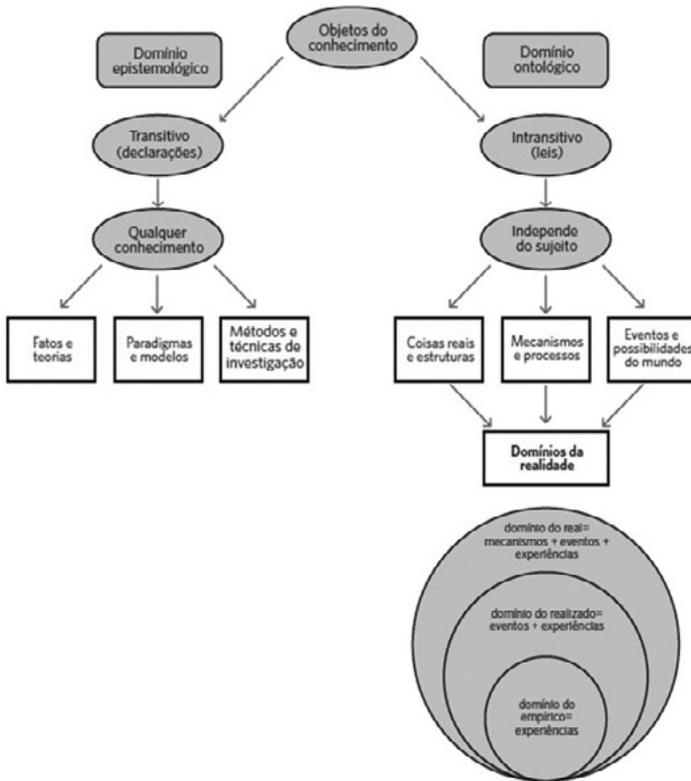


Figura 6.1. Diagrama síntese da realidade estratificada.
 Fonte: Costa e Magalhães (2020).

Teorias e ciências concorrentes possuem diferentes objetos transitivos, mas o mundo a que elas dizem respeito, a dimensão

intransitiva, é o mesmo, caso contrário, não seriam concorrentes. Quando as teorias mudam, não significa, necessariamente, que os objetos aos quais elas se debruçam mudem, na verdade a visão e forma de enxergar os fatos e leis (intransitivo) do mundo real é que foram alterados, a partir de novas interpretações (Sayer, 2014).

O realismo crítico enxerga o agente humano inserido numa realidade social ampla. Essa realidade vai ser interpretada, por cada indivíduo, a partir de suas perspectivas pessoais, sociais, históricas e culturais específicas. Dessa forma, diferentes pessoas em diferentes contextos respondem e interpretam de maneira diferente às mesmas experiências, oportunidades e recursos (Greenhalgh et al., 2015).

A escola filosófica do realismo crítico considera o mundo consistindo por objetos, entre eles eventos e regularidades e os distingue entre três domínios da realidade: o real, o factual e o empírico (Bhaskar, 1975). O real aponta que todos os objetos, sejam empíricos ou não, independem de nossa compreensão para sua existência. Os objetos, suas estruturas e poderes existem, sejam físicos ou sociais, e são suscetíveis a diferentes formas de mudança. O domínio do real inclui os mecanismos, ou seja, os processos ou estruturas subjacentes que geram os eventos. A ausência de um evento não significa necessariamente que não existam forças que estejam ativadas, mas pode representar que estas estejam sendo contrapostas por outras forças, e por isso, não se manifestam (Hamlin, 2017).

O factual refere-se ao que acontece quando os poderes dos objetos são ativados, ao desencadeamento produzido a partir de sua ativação (Sayer, 2014). A existência de um domínio factual implica que o que ocorre na realidade não é necessariamente

percebido da forma como ocorre, e a existência de algo não está atrelado a ser percebido e observado: algo pode existir sem que seja diretamente percebido, apenas inferido a partir dos seus efeitos (Hamlin, 2017). Tanto os problemas quanto as intervenções estão localizadas no nível factual e são objetos que requerem uma interação entre o sujeito conhecedor ativo e os mecanismos que de fato são independentes do sujeito. A existência de uma intervenção está atrelada às ações do sujeito conhecedor, que, por meio de modelos e teorias acerca do funcionamento da realidade, produz contextos para os mecanismos serem ativados e exercerem seus poderes causais (Potvin, 2014).

O empírico é definido tal qual o domínio da experiência e, na medida em que a referência a ele é bem-sucedida, se projeta com relação ao real e ao factual. Contudo, a existência (real) e a ativação dos poderes (factual) dos objetos não estão atreladas necessariamente ao conhecimento e observabilidade empírica. A observabilidade produz confiança acerca do que se pensa existir, mas a existência em si, não depende da observação (Sayer, 2014).

A partir da distinção entre o real, o factual e o empírico, o realismo crítico propõe uma ontologia estratificada da realidade, sem haver uma ruptura ontológica entre os domínios físico e social. Ambos os domínios são compostos por estruturas e mecanismos que possuem a capacidade de produzir a indução de mudanças em outras estruturas, de forma independente dos conhecimentos das pessoas (Potvin, 2014; Sayer, 2014). A ciência deve ser encarada como uma atividade humana que busca a descoberta, por meio de uma mistura de experimentação teórica, as entidades, estruturas e mecanismos que existem e operam o mundo (Bhaskar, 1975).

Potvin (2014) discorre que a ontologia do realismo crítico oferece uma alternativa para se pensar as intervenções: uma prática pela qual os indivíduos transformam o mundo por meio do trabalho, sob os contextos e condições que possibilitam aos mecanismos sociais e naturais exercerem seus poderes causais. Entende-se, assim, as intervenções como práticas, que supõem o uso do conhecimento e o trabalho das pessoas e que, dessa forma, coloca o papel dos avaliadores no estudo dessas práticas em seus diferentes domínios.

O caráter independente do mundo acerca do conhecimento que se possui dele; a visão e o perfil estratificado e diferenciado da realidade; a constituição, não apenas de eventos, mas também de objetos estruturais que possuem poderes e possibilidades de produzir outros eventos; o entendimento da ciência e qualquer tipo de conhecimento como práticas sociais; os fenômenos sociais como conceitos-dependentes; e a compreensão de que os mecanismos e estruturas encontram-se em constante interação são questões fundamentais do realismo crítico que inferem no campo da avaliação de intervenções e, em específico, na prática da avaliação realista (Costa & Magalhães, 2020).

A Avaliação Realista

A partir do realismo crítico, a avaliação realista tem uma descrição distinta da natureza das intervenções e do seu funcionamento, enxergando as intervenções e seus efeitos como reais, positivos e negativos, intencional ou não intencional. Instituições e construções sociais, como cultura, classe, gênero, religião, dentre outras, têm efeito sobre se e como os programas funcionam (Campbell et al., 2000).

Toda investigação e observação são filtradas através do cérebro humano, dessa forma não há uma verdade ou conhecimento “final”. É possível trabalhar para uma melhor compreensão de como e porque as intervenções funcionam, mesmo que nunca possamos encontrar a certeza definitiva ou fornecer fatos irrefutáveis (Pawson & Tilley, 2004).

As intervenções são entendidas como sistemas abertos, onde suas fronteiras são porosas e flexíveis: pessoas, ideias, informações e recursos fluem para dentro e fora. Qualquer resultado que seja observado será sempre o resultado de interações dentro e através dos sistemas, não simplesmente um resultado isolado do programa ou política em si (Pawson & Tilley, 2004).

A avaliação realista entende as intervenções como teorias, que são incorporadas e ativas. Iniciadas nas mentes dos formuladores e nas mãos dos implementadores, as teorias se originam a partir da compreensão de que as mudanças de comportamentos inadequados, eventos discriminatórios ou desigualdades sociais são possíveis, e movem-se para explicar como as mudanças podem ser feitas (Pawson & Tilley, 2004).

As mudanças desencadeadas pelas intervenções são, geralmente, produzidas pelos indivíduos e requer seu envolvimento ativo, estão localizadas no raciocínio e recursos daqueles que são tocados pela intervenção. Contudo, o realismo traz uma visão sociológica diferente sobre mudança social: os indivíduos assumirem os recursos da intervenção pode ser o impulso de promoção da mudança, mas em que medida essa transformação se manterá depende das circunstâncias sociais do indivíduo (Pawson & Tilley, 2004).

Pawson & Tilley (2004) enfatizam quatro conceitos chaves que são as categorias analíticas para avaliação realista (Tabela 6.1).

Tabela 6.1
 Categorias analíticas da avaliação realista

Categoria	Definição
Mecanismo	Formas em que os componentes ou qualquer conjunto deles trazem mudanças a partir do programa. A lógica de uma intervenção do programa, as maneiras pelas quais os recursos oferecidos permeiam a mudança;
Contexto	Condições da realidade em que os programas são introduzidos para a operação dos mecanismos;
Resultado	Consequências pretendidas e não intencionais de programas, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos;
Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR)	Modelos que indicam a relação dos diferentes contextos associados aos mecanismos do programa que trazem alterações em regularidades comportamentais ou de eventos, a partir do programa.

Fonte: Pawson e Tilley (2004); Silva et al. (2020, p. 35).

Mecanismos

Os mecanismos descrevem como as intervenções trazem os efeitos. Não são as intervenções que funcionam, mas os recursos que elas oferecem para capacitar seus sujeitos a fazê-los funcionar. Os processos de como os sujeitos interpretam e agem sobre a estratégia da intervenção é conhecido como mecanismo (Pawson & Tilley, 2004).

As intervenções não emitem uma força causal constante, elas trabalham fornecendo recursos ou oportunidades para as pessoas raciocinarem, tomarem decisões e se comportarem de forma diferente (Figura 6.2). O conceito de mecanismo está situado no espaço entre os recursos, oportunidades ofertadas pelas atividades do grupo e as decisões e escolhas que os indivíduos tomam a partir destes mecanismos, levando aos resultados encontrados (Wong, Westhorp, Pawson, & Greenhalgh, 2012).

O funcionamento das intervenções é permeado pela forma como as pessoas interpretam as atividades e ações, e não as próprias

atividades em si que geram as mudanças. Os mecanismos não são geralmente visíveis, eles refletem sobre as maneiras e o porquê de as ações atingirem os resultados encontrados.

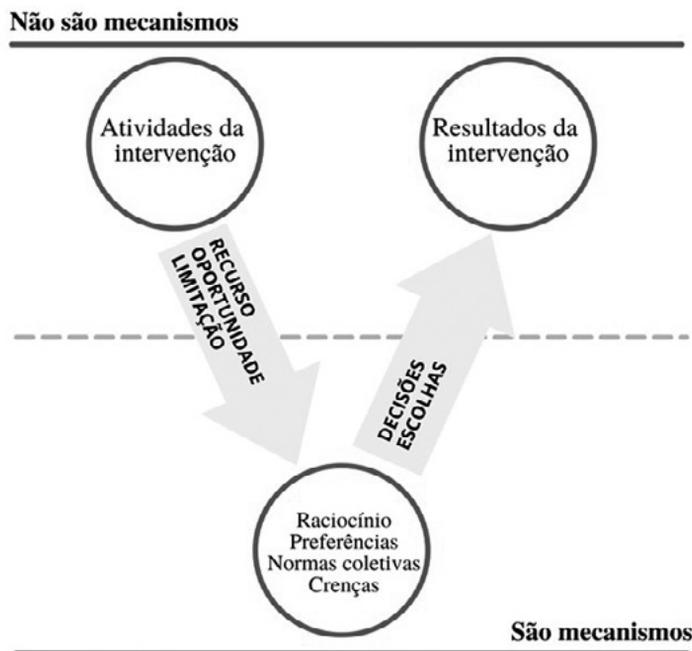


Figura 6.2. Explicação generativa dos mecanismos da Avaliação Realista.
Fonte: Wong et al. (2013, p. 05), traduzido e adaptado pelos autores.

Contexto

O contexto pode ser entendido como todos os fatores que não fazem parte da intervenção em si, mas que interagem, modificam, influenciam ou impedem a intervenção e sua eficácia. Entendido como pano de fundo da intervenção (Dopson & Fitzgerald, 2005).

Os mecanismos pelos quais uma intervenção opera, podem ser influenciados pelos diferentes contextos nos quais está inserido. O contexto pode influenciar a maneira pela qual, ou até que ponto,

uma intervenção é implementada, quem ela atinge, seu alcance e seus resultados. Variações dentro da população alvo (gênero, nível econômico, escolaridade, e assim por diante) podem influenciar quais mecanismos operam, que é base da pergunta “para quem” na avaliação realista (Westhorp, 2014).

O contexto não deve ser confundido com a localidade. Dependendo da natureza da intervenção, o que é contextualmente significativo pode não apenas se relacionar com o local, mas também as relações interpessoais e sociais, condições econômicas, biológicas, tecnológicas e assim por diante (De Souza, 2013).

O raciocínio dos beneficiados da intervenção é social e culturalmente condicionado. Os valores e crenças, normas, papéis culturais, experiências anteriores e circunstâncias atuais moldam o raciocínio e as decisões dos atores envolvidos na intervenção, portanto podendo mudar os seus resultados (Westhorp, 2014).

Resultados

Os resultados compreendem as consequências pretendidas e não intencionais das intervenções, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos (Pawson & Tilley, 2004). As intervenções são sempre introduzidas em múltiplos contextos, onde os mecanismos ativados pelas intervenções variam de acordo com as condições enfaticamente diferentes.

O realismo não depende de uma única medida de resultado para realizar a avaliação e identificar uma falha sobre a intervenção, nem faz uma distinção dura e rápida entre as saídas (metas de implementação) e os resultados, isto é, as mudanças no comportamento visadas. Os resultados podem assumir muitas formas e as intervenções devem ser avaliadas com uma série de padrões e medidas de resultados (Ridde et al., 2012).

Contexto-mecanismo-padrão de resultado (CMR)

O contexto-mecanismo-padrão de resultado (CMR) são modelos que indicam como as intervenções ativam mecanismos entre os indivíduos e quais as condições, para trazer alterações em regularidades comportamentais ou de eventos. As proposições trazem juntos mecanismos e contextos relevantes para prever e explicar a variação do padrão de resultados.

A avaliação realista, portanto, desenvolve e testa CMR (Pawson & Tilley, 2004). O sinal de uma boa avaliação é a capacidade de explicar a natureza complexa dos resultados das intervenções. Idealmente, o avaliador cria hipóteses antecipadamente sobre os mecanismos que provavelmente irão operar, os contextos em que eles podem operar e os resultados, que serão observados, dessa forma, construindo os CMR que serão validados ou refutados na avaliação (Pawson, 2006).

O Ciclo Analítico da Avaliação Realista

No intuito de operacionalizar a avaliação realista em estudos de intervenções complexas e a limitação de estudos publicados que fornecem *insights* sobre o uso e o raciocínio da operacionalização da avaliação realista, propõe-se o ciclo de testes de hipóteses e refinamento, em quatro etapas principais: formulação da teoria inicial da intervenção, produção de dados, análise dos dados e validação e refinamento da teoria inicial da intervenção (Pawson & Tilley, 2004; 1997). Assim, explicitando e compreendendo a lógica dos pesquisadores, será possível replicar e utilizar a abordagem realista em estudos avaliativos futuros.

Etapa 1 - Formulação da teoria inicial da intervenção

A avaliação realista, normalmente, começa pela formalização da teoria da intervenção a ser testada (Westhorp, 2014). Existem

duas tarefas distintas no desenvolvimento de uma teoria realista. A primeira é entender a teoria da intervenção, construindo e elencando os elementos básicos, por exemplo, “se fizermos ‘x’, ‘y’ vai acontecer, porque...”. Aponta-se aqui a importância do elemento ‘porque’, pois sem ele a construção da teoria será a partir de uma teoria da ação, a qual é caracterizada por uma projeção das ações que se espera a ser realizada, e não uma teoria de mudança, que explicita os efeitos da intervenção que são produzidos naquele determinado contexto (Pawson & Tilley, 2004).

A segunda tarefa é desenvolver as CMR hipóteses. A teoria é refinada por hipóteses respostas para as quatro questões realistas básicas: (1) para quem esta teoria básica da intervenção funciona e não funciona e por quê?; (2) em que contextos essa teoria da intervenção funcionará e não funcionará e por quê?; (3) quais são os principais mecanismos pelos quais esperamos que a teoria da intervenção trabalhará?; (4) se essa teoria da intervenção funciona, o que nós vemos de resultados? (Westhorp, 2014).

Uma intervenção pode desencadear múltiplos mecanismos e o funcionamento desses mecanismos, que são influenciados pelo contexto, irão determinar o padrão de resultados a ser encontrado. A formulação de CMR hipóteses é o resultado da teoria inicial do programa (Westhorp, 2014).

Na construção da teoria podem existir várias fontes, incluindo documentos, formuladores da intervenção, profissionais, estudos de avaliação prévia e literatura das ciências sociais. Dessa forma, todas as análises documentais, entrevistas e bibliografias podem ser envolvidas (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Entrevistas com os formuladores da intervenção podem ajudar a articular a teoria da intervenção formal em termos CMR. Entrevistas com profissionais são importantes para identificação

dos sucessos e falhas dos componentes da intervenção, que podem levar a hipóteses mais refinadas sobre o funcionamento do programa. Essa fase é a plataforma de lançamento para avaliação realista e é a fase mais distintiva de outras avaliações (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Os resultados da geração de hipóteses podem ser apresentados como uma tabela listando vários padrões de CMR. No entanto, essa lista não pode ser apresentada como uma lista de contextos ou de mecanismos isolados, cada CMR deve ser articulada como uma frase “Neste contexto(s), esse(s) mecanismo(s) geram esse(s) resultado(s)” (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Etapa 2 – Produção de dados

Uma vez formuladas as CMR hipóteses, o próximo passo é coletar dados que permitirão o interrogatório dessas. As CMR hipóteses abrangerão e indicarão os tipos de atores e atrizes que estão envolvidos na intervenção e os locais institucionais onde seja estratégico ser pesquisado. A coleta de dados tem a tarefa de combinar informações com esses diferentes indivíduos e lugares para o teste das hipóteses formuladas (Westhorp, 2014).

A avaliação realista não tem preferência por métodos qualitativos ou quantitativos. Na verdade, ela enxerga mérito em múltiplos métodos, casando-os, para que as intervenções possam ser investigadas por diferentes olhares. O equilíbrio preciso dos métodos a serem usados é selecionado a partir da hipótese realista a ser testada e os dados disponíveis (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Compreender a causalidade é um elemento crítico de uma avaliação realista, portanto, a coleta de dados precisa se debruçar sobre os mecanismos hipotéticos. Duas estratégias podem ser usadas para projetar a coleta de dados dos mecanismos: a

primeira é entender por que a intervenção deve funcionar de forma diferente para os vários subgrupos ou contextos, identificados na teoria da intervenção; a outra estratégia é coletar informações sobre ou relacionadas ao raciocínio de quem é esperado para tomar uma decisão diferente como resultado da intervenção (por exemplo, beneficiários, prestadores de serviços) (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Na abordagem realista as partes interessadas são consideradas fontes fundamentais para desvelar a teoria da intervenção e fornecer dados sobre como a intervenção funciona. Contudo, não é assumir que eles são conhecedores de toda a intervenção, ou que eles concordam em como, para quem e em que circunstâncias um programa funcionará. As partes interessadas, geralmente, têm experiência em fases e processos específicos dentro de uma intervenção. A avaliação realista requer dados sobre processos e resultados, indivíduos, interrelações, instituições e infraestrutura. Para montar esse quebra-cabeça de dados é necessária uma divisão do trabalho de informação e informantes (Westhorp, 2014).

A entrevista realista reconhece o objetivo da avaliação teórica e é isso que molda a relação da pesquisa. As entrevistas objetivam que os sujeitos respondam os interesses do entrevistador, coletando os dados que são relevantes para avaliação e envolve, muitas vezes, o ensino da teoria específica da intervenção sob teste para que os sujeitos possam produzir respostas relevantes para a CMR em questão. O entrevistado, depois de ter aprendido a teoria sob teste, é capaz de ensinar ao avaliador sobre os componentes de uma intervenção de forma mais abrangente (Westhorp, 2014).

Etapa 3 - Análise dos dados e validação

A terceira etapa da avaliação realista é submeter o pacote de hipóteses CMR a testes sistemáticos, usando o conjunto de dados

montado. O objetivo da análise é verificar se o modelo construído explicará a complexidade dos resultados deixados pela intervenção (Pawson & Tilley, 2004; 1997). Isto é, essa fase é direcionada para formular e refinar configurações que explicam quais (aspectos das) intervenções funcionam, para quem, em que circunstâncias, e em que medida (Wong et al., 2016).

Não existe um único método analítico adequado. O *design* da análise dos dados é uma questão de sutileza das teorias propostas e disponibilidade dos dados. A principal expectativa do realismo é que existirá uma matriz padrão de resultados, de sucessos e falhas, dentro e entre as intervenções. A forma usual que a análise realista leva é intra-programa, comparações entres grupos e com as comparações baseadas em construtos teóricos da intervenção (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Etapa 4 - Refinamento da teoria inicial do programa

O estágio final é a avaliação e interpretação da análise. Nessa etapa, o avaliador precisa investigar se a teoria sobre a intervenção construída foi suportada ou refutada pela análise do processo. Assim como acontece na criação das intervenções, podem ser produzidos resultados imprevistos e que são descobertos durante o processo de análise. Dessa forma, podem exigir uma revisão da hipótese inicial do desenho (Pawson & Tilley, 2004; 1997).

Na fase final da avaliação realista, os resultados são usados para refinar a teoria da intervenção, podendo incluir uma melhor compreensão de quais mecanismos são ou como eles funcionam; identificação de novos mecanismos; melhor compreensão de como os contextos afetam a intervenção e quais mecanismos operam; ou uma compreensão mais refinada dos padrões de resultados resultantes da interação de contextos e mecanismos.

A fase quatro do processo é sempre um ciclo repetitivo, pois objetiva aproximar cada vez mais a explicação da complexa assinatura dos resultados deixados por uma intervenção. Isso pode ser testado em mais de uma rodada de análise na mesma intervenção dentro de uma mesma avaliação, ou escolhendo as mesmas teorias em outras abordagens avaliativas (Westhorp, 2014).

A figura 6.3 apresenta o esquema das etapas a serem seguidas durante a avaliação realista, guiada pelas hipóteses construídas durante a formulação da teoria da intervenção.



Figura 6.3. Avaliação realista como teste de hipóteses. Fonte: Adaptado e traduzido de Pawson e Tilley (2004, p. 24).

A apresentação de exemplos concretos objetiva ilustrar os benefícios potenciais de fatores adicionais ao formato original de configuração do CMR, pois atualmente esses exemplos são bastante limitados (De Weger et al., 2020). Nesse sentido, apresentaremos um estudo realizado no contexto brasileiro e da saúde pública, identificando os elementos contextuais, mecanismos e resultados produzidos pelo programa NASF e interfaces em seu desenvolvimento no território.

A Avaliação Realista e o Programa NASF

A diminuição dos gastos e o esvaziamento neoliberal do estado vêm colocando contra a parede gestores e setores responsáveis pela implantação de intervenções para comprovação de sua efetividade e justificativa de investimentos. Dentro desse âmbito, está a saúde pública em geral e, em específico a área de promoção da saúde, que precisa comprovar sua efetividade, muitas vezes a partir de parâmetros, que dependem exclusivamente de evidências resultantes de experimentos controlados aleatoriamente (Carvalho, Bodstein, Hartz, & Matida, 2004; Hills & Carroll, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui no conjunto de práticas e ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, sejam individuais ou coletivas (Hone, Macinko, & Millett, 2018). Denominada no Brasil como Atenção Básica (AB) é estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante das necessidades de saúde presentes no território e dos limites e dificuldades encontrados no processo de implantação das equipes de Saúde da Família (eSF), foi criado, em 2008, o programa NASF, com o objetivo de ampliação do escopo de ofertas de cuidados aos usuários e maior resolubilidade da AB (Santos, Uchoa-Figueiredo & Lima, 2017). No entanto, nomenclaturas distintas têm sido utilizadas, para se referir ao programa, a exemplo de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (Brasil, 2017) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP)(Brasil, 2020), optando-se neste trabalho, pela utilização da denominação NASF, em virtude da inconstância na definição conceitual (Moreira, Bispo Junior, Nery, & Cardoso, 2020).

Dessa forma, foi realizado, na cidade do Recife-PE, a avaliação realista de uma equipe do NASF, com o objetivo de avaliar o seu desenvolvimento, junto às eSF, usuários e território de atuação (Silva et al., 2020).

Primeira etapa: desenvolvimento da teoria inicial da equipe NASF

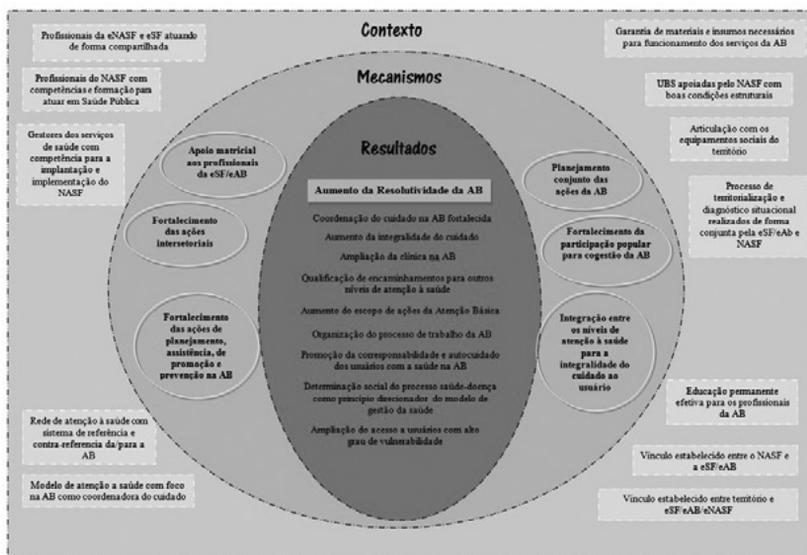


Figura 6.4. Teoria inicial do programa NASF. Fonte: Elaborado pelos autores.

A pesquisa se iniciou com a formalização da teoria inicial da equipe NASF, por meio de uma pesquisa documental e pela realização de oficinas com indivíduos ligados ao programa, os quais foram chamados de informantes. Foram utilizados as portarias e os decretos do NASF desde a sua criação, assim como modelo lógico e teórico do programa encontrado em estudos anteriores (Correia, Goulart, & Furtado, 2017; Souza & Calvo, 2018). Após a revisão e análise dos documentos, foi construída uma pré-teoria inicial da equipe NASF.

A pré-teoria inicial foi apresentada aos informantes que deram subsídios e alteraram os elementos presentes para a construção da teoria inicial da equipe NASF, através de 03 oficinas. Ao fim das oficinas, foi consolidado a teoria inicial da equipe NASF e seus elementos (Figura 6.4). A partir da teoria inicial, foram criados os roteiros dos grupos focais e as entrevistas semiestruturadas da etapa seguinte da pesquisa (Silva, 2019).

É importante ressaltar que na construção da pré-teoria e na teoria inicial da intervenção, foram formulados CMR hipóteses que se associavam aos elementos dos contextos, mecanismos e resultados. Estes elementos foram validados e reconfigurados pelos sujeitos da avaliação (Silva, 2019).

Segunda etapa: produção de dados

O processo de produção de dados validou e melhorou as informações dos elementos do contexto, mecanismos e resultados descritos na teoria inicial. A medição desses elementos do NASF foi realizada com os usuários cobertos pela eSF, apoiada pela equipe NASF do estudo, pelos trabalhadores da eSF, da equipe NASF e pelos gestores distrital e municipal, por meio de 03 (três) grupos focais e 02 (duas) entrevistas semiestruturadas.

Os grupos focais e as entrevistas semiestruturadas foram coordenados pelos avaliadores, que atuaram como moderadores da discussão, buscando viabilizar que cada participante pudesse expressar suas opiniões e seus pareceres a respeito do tema proposto e dando enfoque nos debates para as questões mais pertinentes.

Terceira etapa: análise dos dados e validação

A terceira etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados coletados para identificar e destacar as regularidades e relações entre elementos do contexto, os mecanismos e resultados e o

desenvolvimento das cadeias CMR. A análise dos dados foi feita de forma interativa, não linear, a partir da análise de conteúdo.

Quarta etapa: refinamento da teoria da equipe NASF

A quarta e última etapa consistiu no refinamento da teoria inicial da equipe NASF, acoplando as modificações encontradas por essa pesquisa, introduzindo elementos do contexto, mecanismos, resultados e CMR que não estavam contempladas antes e retirando elementos que não foram validados. Construindo, dessa forma, a teoria da equipe NASF (Figura 6.5).

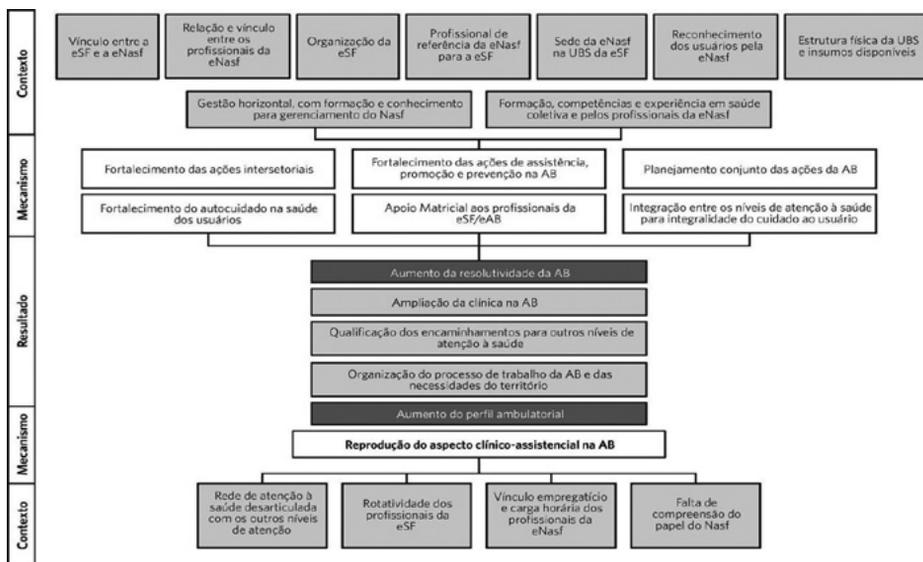


Figura 6.5. Teoria da equipe NASF. Fonte: Silva et al. (2020, p. 37).

Foram identificados 13 contextos que influenciam o processo de desenvolvimento da equipe NASF avaliada, sete mecanismos e quatro resultados. A associação desses elementos construiu seis CMR que ilustram como os diferentes contextos influenciam

e permitem a ativação dos mecanismos e produz os resultados (Silva et al., 2020)

Os resultados encontrados na parte superior da teoria representam os resultados e efeitos positivos pela intervenção, que se reverberam no objetivo principal do NASF: o aumento da resolutividade da AB. No entanto, a avaliação demonstrou que a equipe avaliada produz, em concomitância, o efeito inesperado de aumento do perfil ambulatorial da AB, na parte inferior da teoria, reproduzindo a lógica de ambulatório em determinados contextos específicos.

A equipe do NASF avaliada apresenta um perfil que compartilha o aspecto técnico-pedagógico em concomitância com o perfil clínico-assistencial, o qual produz resultados que, em conjunto, significam uma maior resolutividade da AB, mas que, em contrapartida, reproduzem a lógica ambulatorial. A reprodução isolada do aspecto clínico-assistencial representa uma dimensão que, de certa forma, foi programado na formulação da intervenção, mas cuja operacionalização não foi projetada, bem como o seu real impacto para o desenvolvimento das equipes no território. A prática clínico-assistencial precisa ser feita à luz do aspecto educativo e matricial, caso contrário, esse mecanismo reproduz o ambulatório, transformando o NASF numa equipe substitutiva dos serviços de especialidades clínicas na AB (Silva et al., 2020).

O estudo exemplifica o foco da avaliação realista, que não é o de criar verdades absolutas e irrefutáveis, mas focalizar a avaliação das intervenções em seus diferentes contextos que condicionam a ativação dos mecanismos e produção de resultados. A avaliação realista não se propõe definir se o programa ou a equipe do NASF funciona ou não, mas faz uma análise

focalizada dos fatores contextuais que favorecem a ativação de diferentes mecanismos e produção de efeitos positivos. Por ser um estudo de caso, representa um recorte do programa NASF, entretanto aponta para informações e análises importantes tanto da intervenção e seu desenvolvimento no território, quanto no caminho de operacionalização da abordagem realista no contexto brasileiro.

Uma avaliação realista do *continuum* dos serviços de HIV para homens que fazem sexo com homens no Haiti

Homens que fazem sexo com homens (HSH) representam um grupo de risco desproporcionalmente afetado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em comparação com a população em geral (Christopoulos, Das & Colfax, 2011). Apesar de inúmeros progressos para controlar o HIV entre HSH, fatores biológicos, comportamentais, legais e socioculturais continuam a dificultar a resposta global (Beyrer et al., 2013).

Ao longo das últimas décadas ocorreram avanços substanciais para o enfrentamento e tratamento das pessoas soropositivas, dentre eles, os benefícios de saúde e prevenção com a terapia de antirretrovirais (TARV). A supressão viral ou carga viral indetectável representa uma grande meta para o mundo, inserida na meta 90-90-90 da UNAIDS (2015), em que até 2030: 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu status sorológico, 90% das pessoas que conheçam seu status estejam em tratamento e 90% das pessoas em tratamento para HIV apresentem uma carga viral suprimida ou indetectável.

Nesse sentido, programas de prevenção com intervenções comportamentais, diagnóstico precoce, adesão e retenção de

cuidados, acesso à TARV e a supressão viral constituem pontos importantes ao longo de um continuum abrangente de cuidados de HIV. O conceito de *continuum* refere-se a esta sequência de etapas que uma pessoa com HIV realiza desde o diagnóstico, da adesão e retenção no serviço, recebendo tratamento até que a carga viral seja suprimida a níveis indetectáveis. Cada etapa do *continuum* é marcada pela avaliação do número de pessoas que já alcançaram esse estágio (Gichuru et al., 2018).

No Haiti, embora a resposta ao HIV tenha visto avanços importantes, a epidemia em HSH continua severa e ainda pouco estudada. A prevalência de HIV entre os HSH era de 18,2% em 2017, tornando a população mais carente de cuidados de prevenção do país (Dunbar, Labat, Maulet, & Coppieters, 2021).

Várias estratégias foram adotadas para superar estes desafios dentre elas, o programa LINKAGES, financiado pelo Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da AIDS (PEPFAR) e pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), ao qual foca-se em populações chave, dentre elas, os HSH (Key Population Program Implementation Guide, 2017). O projeto visa acelerar a capacidade de governos, organizações de HSH e fornecedores do setor privado para planejar, entregar e otimizar de forma colaborativa os serviços que reduzem a transmissão do HIV entre HSH e prolongar a vida das pessoas soropositivas (Dunbar et al., 2021).

Diante deste cenário, foi realizado um estudo de avaliação realista no Haiti, com os objetivos de averiguar o porquê, como e em que circunstâncias os HSH são ligados e retidos ao longo do *continuum* de cuidados e serviços de HIV, a partir do programa LINKAGE (Dunbar et al., 2021).

Primeira etapa - Identificação da teoria inicial do programa

A avaliação começou com a formulação da teoria inicial do programa. Foi realizada uma revisão da literatura cinzenta, entre eles, documentos estruturais e relatórios do programa. Além da revisão, foram feitas discussões com as partes interessadas do programa, incluindo os seus coordenadores, profissionais de saúde e HSH, assim como, observações participantes nas unidades de saúde.

Como apresentado na figura 6.6, o desenvolvimento da teoria inicial permitiu identificar os insumos (governança, financiamento, recursos humanos, equipamentos, instalações e materiais) por trás do sistema de saúde intrapessoal, interpessoal, processos relacionados e estruturais (Dunbar et al., 2021).



Figura 6.6. Teoria inicial do Programa LINKAGE. Fonte: Dunbar et al. (2021, p. 18), traduzido pelos autores.

Os processos conduzem constantemente as saídas (acesso a serviços, prontidão, qualidade, eficácia, segurança, eficiência, monitoramento, avaliação e sistema de relatórios) que resultou em um maior acesso equitativo a serviços de qualidade, redução do risco de HIV, fatores de comportamento, estigma, discriminação, ameaças e processo criminal. A dinâmica geral da teoria inicial do programa é influenciada por níveis macro, meso e micro do contexto (Dunbar et al., 2021).

Segunda etapa: Testando a teoria inicial do programa

Para esta etapa foi feita uma metodologia mista com um desenho explicativo sequencial: a fase quantitativa e a fase qualitativa. Na fase quantitativa foi realizada uma análise transversal dos dados de relatórios técnicos e programáticos de atividades implementadas, pelo programa, a partir de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Assim como, foi realizado um estudo de coorte retrospectivo de HSH vivendo com HIV a partir de registros médicos eletrônicos.

Na fase qualitativa foram conduzidas 5 entrevistas com informantes-chave (médicos, coordenadores de programas e educadores de pares HSH) para explorar como o programa funciona e 27 entrevistas com HSH (12 sem acompanhamento e 15 ativos e em TARV) para estudar as percepções dos HSH em relação ao *continuum* de atenção ao HIV, suas experiências e aos potenciais motivadores e facilitadores para engajamento, adesão e retenção.

Os métodos foram integrados por meio de triangulação de análises dos dados quantitativos (análise do *continuum* de atenção ao HIV) e qualitativos (construção dos mecanismos do programa) coletados.

Terceira etapa: Aprimorando a teoria do programa por meio da identificação de mecanismos

Nesta etapa foi realizado o refinamento da teoria do programa. Para cada resultado, foi testada a associação com um mecanismo identificado e levado em consideração o contexto. As configurações do CMR foram então refinadas durante esse processo. A figura 6.7 representa a teoria do programa refinada, usando uma abordagem interpretativa que revela como os processos interagem com o contexto para acionar mecanismos a fim de produzir os resultados.

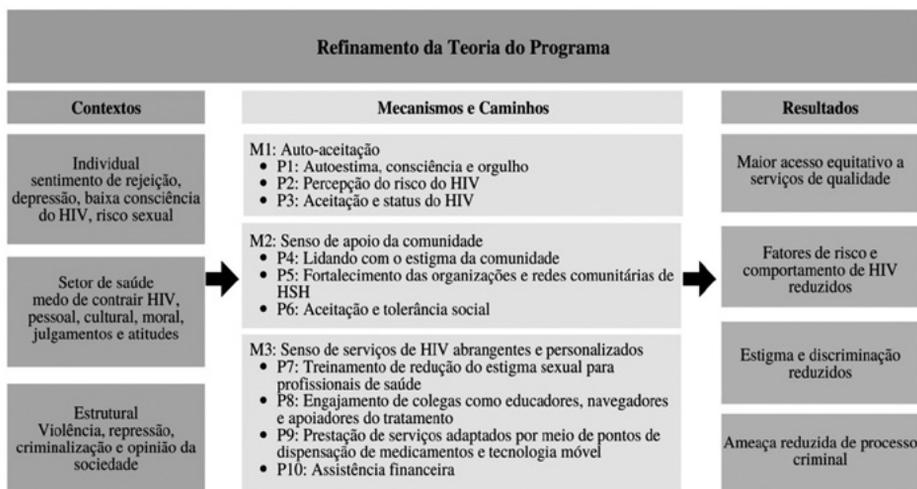


Figura 6.7. Teoria do programa refinado ilustrando os mecanismos e caminhos para engajamento, adesão e retenção em todo o continuum.

Fonte: Dunbar et al. (2021, p. 19), traduzido pelos autores.

A partir desta avaliação realista foram identificados 3 mecanismos: M1 (Auto-aceitação), M2 (senso de apoio da comunidade) e M3 (senso de serviços de HIV abrangentes e personalizados). Para cada um deles, os caminhos para engajamento, adesão e retenção foram identificados (P1 a P10).

A avaliação trouxe reflexões sobre os modelos de entrega de serviços atuais do Haiti, que estão distantes do perfil ideal de envolvimento e retenção dos HSH. Esta problemática resulta na perda de acompanhamento e falha na adesão dos HSH no *continuum* de cuidados do HIV. Além disso, a pesquisa produziu caminhos que impulsionam os mecanismos do programa para produção dos resultados esperados pelo LINKAGE (Dunbar et al., 2021)

Dubar et al., afirmam que a partir da construção e refinamento da teoria do programa foi possível entender que as intervenções são mais eficazes quando várias camadas de estratégias são implementadas em conjunto para abordar programas de saúde complexos, como é o caso do LINKAGE e o *continuum* de serviços de HIV (2021).

Considerações Finais

A avaliação realista desenha sua base de metodologia nas ciências sociais e convida os avaliadores à atenção para o raciocínio e o mecanismo de mudança das ações e componentes, assim como os fatores contextuais que influenciam os resultados de uma intervenção. Essa abordagem avaliativa maximiza o aprendizado por meio das políticas e práticas, fornecendo um quadro coerente e consistente para toda gama de intervenções, no entanto, deve-se reconhecer que ela é extremamente desafiadora. Não existe uma lista de fórmulas simples para sua operacionalização, ela exige um pensamento sustentado, compreensão teórica, habilidades e imaginação para trabalhar através da dinamicidade das intervenções complexas e do realismo crítico.

Os resultados produzidos pela avaliação realista refletem a natureza das intervenções complexas: sistemas sociais inseridos em meio a outros sistemas sociais. O relacionamento entre os dois sistemas é dinâmico e está sempre em transições e provocando alterações mútuas. Contudo, a complexidade não significa que os avaliadores não consigam descobrir todas as consequências das intervenções, mas significa que estas serão sempre parciais e provisórias. Dessa forma, a avaliação realista nunca será um veredito final de aprovação ou falha sobre uma intervenção, mas uma compreensão de como o funcionamento interno produz os resultados, fornecendo conselhos sofisticados sobre quais modificações podem ser feitas para melhorar o futuro da intervenção, sua sustentabilidade, ampliação ou correção para que resultados não esperados não sejam produzidos.

A avaliação realista não objetiva certezas universais e evita esforços para ser abrangente. Com sua ênfase no contexto, assim como na interação com os participantes, sua finalidade é a caracterização da experiência avaliada das intervenções e trazer subsídios para melhor compreensão do seu funcionamento. A abordagem realista vem produzindo insumos interessantes na análise e avaliação de programas intersetoriais e com múltiplas estratégias.

No contexto nacional, são escassas as publicações de estudos que se debruçam a utilizar essa abordagem como caminho metodológico e teórico de avaliação, sendo um espaço mais abrangente e consolidado em contextos internacionais europeus e norte-americanos. Propõe-se que a avaliação realista seja o caminho metodológico e objeto de estudo para intervenções complexas no contexto brasileiro, possibilitando uma maior

produção de conhecimento e consolidação desta prática avaliativa no território nacional.

Referências

- Aragão, A. A. V., Oliveira, S. R. A., & Gurgel Júnior, G. D. (2019). The Use of the Delphi Method Adjusted to Evaluate the Stork Network: From Image-Objective to Reality. *Escola Anna Nery*, 23(2), 1-10. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0318
- Bezerra, H. M. C., Gomes, M. F., Oliveira, S. R. A., & Cesse, E. A. P. (2020). Processo Educativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção à Hipertensão e Diabetes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00277109. doi: 10.1590/1981-7746-sol00277
- Beyrer, C., Sullivan, P., Sanchez, J., Baral, S. D., Collins, C., Wirtz, A. L., et al. (2013). The increase in global HIV epidemics in MSM. *AIDS*, 27(17), 2665–2678. doi: 10.1097/01.aids.0000432449.30239.fe
- Bhaskar, R. (1975). *A realist theory of science*. London: Leeds Books.
- Bhaskar, R. (1989). *Reclaiming Reality: Critical Introduction to Contemporary Philosophy*. London: Verso.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696. doi: 10.1136/bmj.321.7262.694
- Carvalho, A. Bodstein, R. C., Hartz, Z., & Matida, A. (2004). Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 521-529. Retrieved from https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v9n3/a02v09n3.pdf
- Champagne, F., Constandriopoulos, A. P., Brouselle, A., Hartz, Z. & Denis, J. L. (2011). Avaliação em saúde: conceitos e métodos. In Brouselle, A., Champagne, F., Constandriopoulos, A. P. & Hartz, Z. (Org.). *Avaliação em saúde: conceitos e métodos* (pp. 19-40). Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz.

- Chen, H. T. (1990). *Theory driven evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Christopoulos, K. A., Das, M., & Colfax, G. N. (2011). Linkage and retention in hiv care among men who have sex with men in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 52(2), S214 - S222. doi: doi.org/10.1093/cid/ciq045
- Correia, P. C. I., Goulart, P. M., & Furtado, J. P. (2017). A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde em debate*, 41(spe), 345-359. doi: 10.1590/0103-11042017S25
- Coryn, C. L. S. S., Noakes, L. A., Westine, C. D. & Schoroter, D. C. A. (2011). A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, 32(2), 199-226. doi: 10.1177/1098214010389321
- Costa, D. M., & Magalhães, R. (2020). Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico. *Saúde em Debate*, 43(spe7), 189-203. doi: 10.1590/0103-11042019S715
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, & Petticrem M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- De Souza, D. E. (2013). Elaborating the Context-Mechanism-Outcome configuration (CMOc) in realist evaluation: a critical realist perspective. *Evaluation*, 19(2), 141-54. doi: 10.1177/1356389013485194
- De Weger, E., Van Vooren, N. J. E., Wong, G., Dalkin, S., Marchal, B., Drewes, H. W., & Bann, C. A. (2020). What's in a Realist Configuration? Deciding Which Causal Configuration to Use, How, and Why. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-8. doi: 10.1177/1609406920938577
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. A. (2005). The active role of context. In: Dopson, S., & Fitzgerald, L. A. (Org.) *Knowledge to action? Evidence-based health care in context*. (pp. 79-103). Oxford: Oxford University Press.

Dunbar, W., Labat, A., Maulet, N., & Coppieters, Y. (2021). A realist evaluation of the continuum of HIV services for men who have sex with men. *Research Square*, 18(67). doi: 10.21203/rs.3.rs-507248/v1

Figueiró, A. C., Frias, P. G., Navarro, L. (2010). Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I., et al. (Org). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais* (pp. 1-13). Recife (PE): Medbook.

Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful Program Theory*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.

Gichuru, E., Kombo, B., Mumba, N., Sariola, S., Sanders, E. J., & Van der Elst, E. M. (2018). Engaging religious leaders to support HIV prevention and care for gays, bisexual men, and other men who have sex with men in coastal Kenya. *Critical Public Health*, 28(3), 294–305. doi: 10.1080/09581596.2018.1447647

Greenhalgh, T., Wong, G., Jagosh, J., Greenhalgh, J., Manzano, A., Westhorp, G., & Pawson, R. (2015). Protocol—the RAMESES II study: developing guidance and reporting standards for realist evaluation. *BMJ Open*, 5, e008567.

Hamlin, C. L. (2017). Realismo crítico. In: Sell, C. E., & Martins, C. B. (Org.) *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas*. (pp. 48-74). São Paulo, SP: Annablume.

Hills, M., & Carroll, S. (2014). Avaliação em promoção da saúde, síntese realista e participação. In: Hartz, Z., Potvin, L. & Bodstein, R. (Org). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012* (pp. 61-66). Brasília, Brasil: CONASS.

Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*, 392(10156), 1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4

Key Population Program Implementation Guide. (2017). Washington (DC): FHI 360/LINKAGES. Available at: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-implementation-guide-portuguese.pdf>

Lewin, S., Hendry, M., Chandler, J., Oxman, A. D., Michie, S., Shepperd, S., & Noyes, J. (2017). Assessing the complexity of interventions with in systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT_SR). *BMC Med Res Methodol*, 17(76). doi: 10.1186/s12874-017-0349-x

Medina, M. G. Nunes, C. A., Aquino, R., Oliveira, S. R. A., & Vilasbôas, A. L. (2014). Construindo parcerias em projetos de Atenção Primária à Saúde. In: Hartz, Z., Potvin, L. & Bodstein, R. (Org). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012* (pp. 191-201). Brasília, Brasil: CONASS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retrieved from https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Portaria nº 99, de 5 de fevereiro de 2020*. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>

Moreira, D. C., Bispo Junior, J. P., Nery, A. A., & Cardoso, J. P. (2020). Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Caderno de Saúde Pública*, 36(12), e00031420. doi: 10.1590/0102-311X00031420

Oliveira, S. R. A., Medina, M. G., Figueiró, A. C., & Potvin, L. (2017). Strategic Factors for the Sustainability of a Health Intervention at Municipal Level of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00063516. doi: 10.1590/0102-311X00063516

Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Pawson, R. & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. London: Sage.

Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: a realistic perspective*. London: Sage.

Potvin, L. (2014). Da natureza dos programas de promoção da saúde como ações. In: Hartz, Z., Potvin, L. & Bodstein, R. (Org). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012* (pp. 76-85). Brasília, Brasil: CONASS.

Quintans, J. R., Yonekura, T., Trapé, C. A., & Soares, C. B. (2020). Avaliação realista para programas e serviços na área de saúde: revisão integrativa da literatura teórico-metodológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3255. doi: 10.1590/1518-8345.3933.3255

Ridde, V., Robert, E., & Meessen B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12(289). doi: 10.1186/1471-2458-12-289

Santos, R. A. G., Uchoa-Figueiredo, L. R., & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*, 41(114), 694-706. doi: 10.1590/0103-11042017111402

Sayer, A. (2014). Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. *Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco*, 6(2), 7-32. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/viewFile/235465/28453>

Silva, J. C., Alves, C. K. A., & Oliveira, S. R. A. (2019). Cartão de evento-crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento. *Saúde em Debate*, 43(spe2): 10–18. doi: 10.1590/0103-11042019S201

Silva, J. W. S. B. (2019). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma avaliação realista*. (Dissertação de Mestrado), Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE, Brasil.

Silva, J. W. S. B., Silva, J. C., & Oliveira, S. R. A. (2020). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. *Saúde em Debate*, 44(124), 32-46. doi: 10.1590/0103-1104202012402

Souza, T. T. & Calvo M. C. M. (2018). Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Revista de Saúde Pública*, 52(41), 01-11. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000122

Westhorp, G. (2014). *Realist impact evaluation: an introduction*. London: Overseas Development Institute.

Wong, G., Westhorp, G., Pawson, R. & Greenhalgh, T. (2013). Realist Synthesis RAMESES Training Materials. Available at: http://www.ramesesproject.org/media/Realist_reviews_training_materials.pdf.

Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II: Reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*, 14(96). doi: 10.1186/s12916-016-0643-1

Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI) – Novos caminhos para avaliação de intervenções em sistemas complexos

Ingrid Gomes Abdala

Aspectos históricos e contextuais do surgimento do modelo Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI): Problemas complexos exigem soluções complexas

As intervenções em saúde pública, comumente consideradas complexas e avaliadas a partir de abordagens da avaliação de processo (para mais informações sobre avaliação de processo, conferir capítulo 4 desta obra) (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2001; Bonell, Fletcher, Morton, Lorenc, & Moore, 2012; Ebenso et al., 2017; Grant, Treweek, Dreischulte, Foy, & Guthrie, 2013; Linnan & Steckler, 2002; Stoutenberg et al., 2018), visam melhorar a saúde da população em geral e de grupos considerados em risco (Hartz & Silva, 2005). São diversos os problemas sociais que costumam ser alvo de intervenções, alguns dos mais comuns são tabagismo, abuso de álcool e outras drogas e alimentação inadequada. Todos esses casos envolvem uma etiologia multifatorial complexa e, portanto, muitas vezes, as intervenções que

buscam soluções para estas temáticas procuram abordar mais de uma causa simultaneamente. Elas podem aprofundar fatores em múltiplos níveis (por exemplo, individual, interpessoal, organizacional), e buscam compreender a interação entre os vários componentes que afetam os resultados (Linnan & Steckler, 2002). Contudo, estabelecer uma relação de causa e efeito na avaliação de intervenções complexas é uma tarefa árdua na qual a utilização de abordagens sistêmicas que buscam compreender a complexidade dos sistemas de entrega parece ser bastante apropriada.

Segundo Keshavarz, Nutbeam, Rowling e Khavarpour (2010), existem diferenças entre intervenções simples e intervenções complexas (para mais informações sobre intervenções complexas, conferir capítulo 2 desta obra). As primeiras são vistas como tendo caminhos lineares, que ligam a intervenção ao seu resultado. Já a segunda, ainda de acordo com estes autores, enfatiza a existência de múltiplos componentes interagindo de modo não linear e, portanto, os percursos causa-efeito (que podem ser vários) são não-lineares. Tais definições são importantes, porque têm implicações diretas nos tipos de pesquisa avaliativa que serão escolhidas para analisar a intervenção. Se a intervenção é compreendida como simples, pesquisadores poderiam argumentar que ensaios clínicos randomizados (em oposição a outros tipos de pesquisa) seriam viáveis e apropriados. No entanto, se a intervenção é percebida como complexa, outros tipos de pesquisa poderiam ser necessários para compreender seu sistema de entrega.

Embora as intervenções complexas sejam mais comumente consideradas como aquelas que contêm vários componentes interativos, a complexidade também está relacionada com a qualidade da implementação e sua interação com o contexto (Moore et al., 2015). As principais dimensões de complexidade

identificadas pelo *Medical Research Council*, instituto responsável por coordenar e financiar pesquisas médicas no Reino Unido, foram: (i) o grau de dificuldade dos comportamentos exigidos por aqueles que entregam a intervenção; (ii) o número de pessoas ou níveis organizacionais almejados pela intervenção; (iii) o grau de variabilidade dos resultados; (iv) o grau de flexibilidade ou adaptação permitido pela intervenção (Moore et al., 2015).

Há uma vasta produção na área de monitoramento e avaliação de programas tanto na literatura brasileira (Costa, Silva, Samico, & Cesse, 2015; Jannuzzi, 2016; Oliveira, 2016; Pazzim & Marin, 2016) quanto na internacional (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2003; Worthen, Fitzpatrick, & Sanders, 2004), e cresce cada vez mais o reconhecimento de que as avaliações de intervenções complexas necessitam ser conduzidas dentro de um quadro realista mais crítico (Bonell et al., 2012; Craig et al., 2008; Shepperd et al., 2009), no qual as realidades sociais sejam vistas como objetos válidos de estudo científico e os métodos sejam aplicados e interpretados criticamente.

Necessidade de novos modelos de avaliação

Diante da multifatorialidade e complexidade das intervenções, é comum que as organizações que recebem a intervenção respondam de maneiras diversas (Moore et al., 2015). Por isso, é preciso compreender como essa complexidade age na entrega da intervenção. Esse entendimento fornecerá informações aos desenvolvedores das intervenções, auxiliando na aplicação destas em diferentes ambientes ou populações (Linnan & Steckler, 2002). As avaliações devem fornecer informações sobre planejamento, adoção, entrega da intervenção, os caminhos pelos quais se espera que uma intervenção deva caminhar, os fatores contextuais que afetam a implementação e os resultados da intervenção (Craig

et al., 2008). Em outras palavras, devem considerar o processo pelo qual ela ocorre, combinando avaliações de resultados com avaliações de processos.

Nesse sentido, a literatura contemporânea caminha para a compreensão de que estudos de eficácia e impacto não são suficientes para descrever com precisão a efetividade de um programa (Grant et al., 2013; Linnan & Steckler, 2002; Liu et al., 2016). Seria necessário, portanto, investir em estudos quantitativos e qualitativos que se propusessem a analisar, além do impacto, aspectos da qualidade da implementação e das condições do contexto. Contudo, as fronteiras que distinguem contexto, intervenção e implementação nem sempre são bem definidas (Wells et al., 2012).

Implementadores de programas interventivos (para mais informações sobre programas interventivos, conferir capítulo 1 desta obra) são desafiados por duas exigências conflitantes: por um lado, as intervenções devem ser implementadas com fidelidade, por outro, elas devem ser adaptadas às necessidades e circunstâncias locais (Shortell et al., 2004). Dentro do processo de adaptação de intervenções complexas, é preciso distinguir os elementos centrais, que necessitam permanecer constantes para garantir a eficácia de uma intervenção, dos elementos adaptáveis, que são necessários para tornar a intervenção aceitável e viável num determinado contexto (Damschroder et al., 2009).

Segundo (Jannuzzi, 2016), existe certa urgência no aprimoramento de uma estruturação de indicadores de monitoramento, pois somente assim será possível o aprimoramento técnico das práticas de gestão. O desenvolvimento sistemático de pesquisas que avaliam concomitantemente impacto, qualidade da implementação e condições do contexto, possuem grande potencial de contribuir com desenvolvimento desses indicadores, pois a

efetividade da intervenção costuma ser mais bem compreendida se investigada de modo sistêmico (Bijlmakers et al., 2017). Uma vez tendo sido elucidado o fluxo do sistema de entrega, é possível escolher de modo consubstanciado quais intervenções são mais adequadas às condições sociais e econômicas de cada local.

Segundo Lysdahl e Hofmann (2016), o contexto e a implementação estão entre os elementos que mais contribuem para elevar o nível de complexidade de uma intervenção. Desse modo, detalhá-los e explorá-los auxilia na construção de um quadro conceitual sobre como seus componentes impactam a efetividade de uma intervenção. Além disso, fornece insumos para avaliar quantitativamente e qualitativamente essas intervenções, proporcionando resultados integrados e confiáveis (Rohwer et al., 2016; Wahlster et al., 2017).

É nesse cenário que surge o quadro conceitual Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI) proposto por Pfadenhauer e colaboradores (2017). Nesse modelo, contexto, implementação, intervenção e ambiente (cenário) são consideradas dimensões que se sobrepõem e interagem entre si.

Objetivos e estrutura do capítulo

Diante do exposto, este capítulo tem por objetivos (i) apresentar conceitos introdutórios amplos e características epistemológicas do *framework* Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI); (ii) apresentar os elementos conceituais pormenorizados do *framework* CICI bem como brevemente guiar o seu uso; (iii) apresentar um caso nacional e um internacional nos quais o modelo CICI foi utilizado; e (iv) apresentar limitações e contribuições desse modelo, assim como uma agenda de pesquisa.

O texto está organizado em quatro seções, a primeira introduz características epistemológicas do surgimento do *framework* CICI; a segunda aborda três conceitos essenciais para este modelo: contexto, implementação e ambiente de intervenção; a terceira consiste na apresentação de dois exemplos em que o CICI foi utilizado como modelo de análise de intervenções complexas além de uma breve proposição de perguntas-guia para orientar o seu uso; por fim, na quarta seção serão apresentadas as contribuições desse modelo, limitações e agenda de pesquisa.

Características epistemológicas e conceitos introdutórios da CICI

Como abordado anteriormente, o contexto e a implementação estão entre os elementos que mais contribuem para elevar o nível de complexidade de uma intervenção. No início dos anos 2000, conceituar contexto e implementação mostrou-se um processo árduo, refletindo a complexidade das tecnologias as quais buscavam monitorar (Bartholomew et al., 2001). No início deste século, Baranowski e Stables (2000) elencaram onze componentes da avaliação de processo que foram úteis para organizar o pensamento conceitual sobre o tema e para desenvolver definições consistentes a serem utilizadas na mensuração desses componentes, são eles: recrutamento, manutenção, contexto, recursos, implementação, alcance, barreiras, exposição, uso inicial, uso continuado e contaminação.

Logo depois, Linnan e Steckler (2002) reavaliaram os conceitos propostos por Baranowski e Stables, e propuseram dimensões conceituais mais próximas do *framework* CICI. Identificaram seis áreas prioritárias: contexto (fatores locais que influenciam a implementação), fidelidade (o nível no qual a intervenção é entregue conforme concebida), dose fornecida (a quantidade de intervenção oferecida aos participantes), dose recebida (o grau de envolvimento

dos participantes na intervenção), alcance (o quanto a intervenção alcança a população alvo) e recrutamento (divulgação e convite e seleção do público-alvo). Além dos dois modelos citados, o *framework* CICI foi influenciado por vários outros modelos, estruturas e teorias entre eles: a Teoria do Comportamento Planejado (Ajzen, 1991), o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & Velicer, 2016) e a Estrutura de Domínios Teóricos (Lehoux & Williams-Jones, 2007).

O desenvolvimento da estrutura CICI se deu a partir do reconhecimento de uma lacuna conceitual que buscasse a integração entre elementos de contexto e elementos de implementação (Nilsen, 2015). Portanto, para elaboração da CICI, foram realizadas pesquisas sistemáticas, nas quais foram incluídas publicações que propunham o desenvolvimento e a descrição de teorias e/ou estruturas conceituais sobre implementação e outras tantas sobre contexto (Pfadenhauer et al., 2016). O conceito de implementação está situado dentro de um campo avançado e bem integrado da ciência da implementação. O conceito de contexto, por outro lado, é menos estudado e aplicado de diversas maneiras em diferentes campos, entre eles a ciência da implementação.

Lunn (2011) define contexto como: condições e circunstâncias relevantes para a aplicação de uma intervenção, uma definição também adotada pela Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (INAHTA). Já a Rede Europeia para Avaliação de Tecnologias da Saúde (EUnetHTA) considera que contexto e ambiente se referem ao local e ao momento da implementação (Lampe & Schnell-Inderst, 2017). De um modo geral, a literatura frequentemente utiliza contexto como sinônimo de ambiente (McCormack et al., 2002), abrangendo aspectos estáticos (por exemplo, ambiente físico) e dinâmicos (por exemplo, relações, redes).

O conceito de implementação tem recebido atenção crescente nas últimas décadas, com todo um campo de investigação centrado em implementação (Cane, O'Connor, & Michie, 2012). Na literatura atual, implementação é definida como o processo ou conjunto de processos no qual uma intervenção é colocada em prática em um ambiente (Damschroder et al., 2009). Contudo, enquanto vários modelos foram publicados para facilitar a avaliação dos determinantes da implementação, seus processos e mecanismos, e teorias subjacentes, não há conhecimento de quaisquer modelos ou teorias para a avaliação sistemática do contexto. Mesmo em *frameworks* como “Ambientes Externos na Implementação”, proposto por Damschroder et al. (2009), que elenca dimensões da intervenção, do contexto e da implementação, o contexto é considerado um elemento da implementação, e não uma dimensão que interage com esta, dificultando a análise do contexto de modo mais robusto (Damschroder et al., 2009).

Conceitos da CICI

O quadro conceitual inicial da CICI compreendia dois componentes - contexto e implementação, sendo o primeiro com oito subcomponentes (ambiente, contexto geográfico, contexto epidemiológico, contexto sociocultural, contexto socioeconômico, contexto ético, contexto legal e contexto político) e o segundo com quatro subcomponentes (fornecedor, organização e estrutura, financiamento e política) (Pfadenhauer et al., 2015). A intervenção em si está no centro do modelo CICI, sendo que seu alcance e eficácia são direta e indiretamente afetados pelo contexto e pela implementação. Com o aprimoramento dos estudos, houve uma clara distinção entre contexto e ambiente, proporcionando ao CICI uma concepção mais completa e integrada desses conceitos. Além disso, atualizaram os subcomponentes de implementação,

que agora são: teoria da implementação, processo de implementação, estratégias de implementação e agentes de implementação (Pfadenhauer et al., 2017).

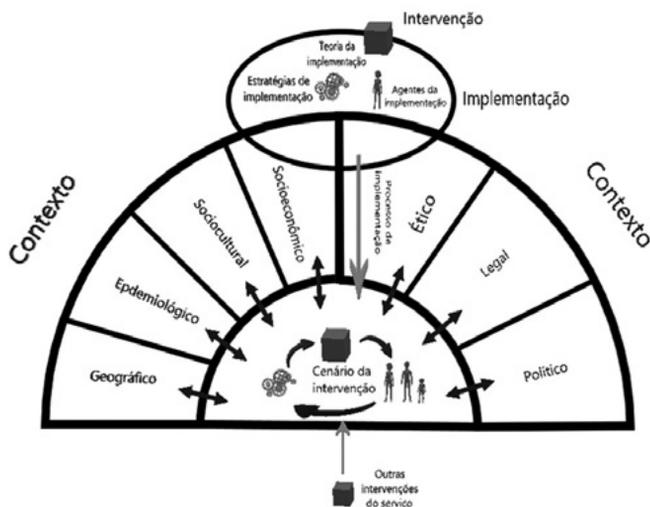


Figura 7.1. Dimensões CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (Adaptado de Pfadenhauer, Gerhardus, Mozygemba, Lysdahl, Booth, Hofmann & Rehfuess, 2017).

Desse modo, o contexto é um elemento que está em constante interação com a intervenção e, como tal, não é um pano de fundo para a implementação, mas interage, impacta, modifica e facilita ou limita a intervenção e a sua implementação. É um conceito abrangente, compreendendo não apenas uma localização física, mas também papéis, interações e relacionamentos em múltiplos níveis. Além disso, mesmo quando uma intervenção é, em teoria, relativamente simples, sua interação com seu contexto pode ser considerada altamente complexa, significando que a mesma intervenção pode produzir diferentes resultados em diferentes contextos (Byng et al., 2005). Assim, o objetivo da avaliação de contexto é identificar as configurações de funcionamento do contexto

para auxiliar na explicação da variabilidade dos resultados da intervenção.

Quanto ao conceito de implementação, ainda não há consensos no que tange sua definição. No modelo CICI, surge como um esforço ativamente planejado e deliberadamente iniciado com a intenção de trazer um determinado conteúdo/objeto para a prática. Esses esforços são realizados por agentes que ou promovem o uso da intervenção ou adotam essa nova prática. Já o conceito de ambiente, último abordado por Pfadenhauer e colaboradores, se refere ao local físico no qual a intervenção é posta em prática e interage com o contexto e a implementação (Pfadenhauer et al., 2015). Nas Tabelas 7.1 e 7.2 são definidos os subcomponentes de contexto, implementação e ambiente da CICI respectivamente.

Tabela 7.1. *Definições das dimensões de contexto do modelo CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas*

Componente	Subcomponente	Definições
Contexto	Geográfico	Refere-se aos aspectos físicos e recursos do ambiente, tanto os naturais como os transformados por humanos (por exemplo, infraestrutura), que se encontram disponíveis em um determinado espaço.
	Epidemiológico	Refere-se à rede de distribuição de doenças, bem como os determinantes das necessidades da população, incluindo a demografia.
	Sociocultural	O contexto sociocultural compreende padrões de comportamento explícitos e implícitos, incluindo sua incorporação em forma de símbolos. O núcleo essencial da cultura consiste em ideias e valores historicamente derivados e selecionados que são compartilhados entre os membros de um grupo. Não se refere apenas às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham ou suas idades, mas também considera os papéis sociais que um ser humano assume como membro de uma família, de uma comunidade ou como cidadão e as relações inerentes a esses papéis. Constructos como conhecimento, crenças, concepções, costumes, instituições e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos por um

Contexto	Socioeconômico	Refere-se aos recursos sociais e econômicos de uma comunidade e o acesso dessa população a esses recursos.
	Político	É definido como a distribuição de poder, recursos e interesses entre a população como um todo, bem como entre as organizações de acordo com regras formais ou informações nas interações entre eles. Também compreende a acessibilidade ao equipamento que oferece o serviço, como por exemplo, a entrega do serviço, liderança e governança, informação sobre saúde, recursos humanos e financiamento. Relaciona-se fortemente os elementos socioeconômicos e socioculturais da população em questão.
	Ético	O contexto ético compreende reflexões da moral que abrangem normas, regras, padrões de conduta e princípios que orientam as decisões e o comportamento de indivíduos e instituições. Os aspectos éticos, socioculturais e legais estão fortemente interrelacionados.
	Legal	O contexto legal está preocupado com as regras e regulamentos que foram estabelecidos para proteger os direitos da população e os interesses da sociedade. Formalmente, estes devem ser aprovados por um órgão legislativo competente, como no congresso. As normas legais podem ser aplicadas sobretudo por meio de ordem e coação, o que as distingue das normas éticas e sociais.

Nota. Adaptado de Pfadenhauer, Gerhardus, Mozygamba, Lysdahl, Booth, Hofmann & Rehfuess (2017).

Tabela 7.2. *Definições das dimensões de implementação e ambiente do modelo CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas*

Componente	Subcomponente	Definições
Implementação	Teoria da implementação	A teoria da implementação de um programa procura explicar os mecanismos causais da implementação; é, portanto, análogo a uma teoria do programa, que tenta explicar os mecanismos causais que ligam uma intervenção aos seus resultados. Uma teoria da implementação formaliza como a mudança precisa ser executada para que o esforço de implementação seja bem-sucedido. Além disso, serve de base para o processo de implementação e as estratégias de implementação.

Implementação	Processo de implementação	Refere-se a todo o processo social pelo qual a implementação é operacionalizada. Conta com as táticas e métodos utilizados pelas lideranças promotoras de mudanças. Trata-se de um processo com diversas etapas que não ocorrem necessariamente de maneira linear. Em alguns momentos, espera-se que sejam feitas correções, refinamentos, ou expansões que são capitaneadas pelos agentes de implementação. As etapas passam desde avaliação de necessidades e de recursos da comunidade, prolongam-se pelas etapas de sensibilização dos agentes, adoção do programa, preparação e mudanças necessárias à implementação. A equipe deve estar bem informada sobre o programa e a informação deve estar sendo disseminada. Segue de uma etapa de implementação inicial ou piloto na qual a intervenção pode ser readaptada até se acomodar como prática do cotidiano da comunidade, tornando-se sustentável.
Implementação	Estratégia de implementação	Conjunto de atividades que são escolhidas e personalizadas para encaixar a teoria do programa no contexto no qual o mesmo será executado, sendo que essas estratégias podem mudar com o tempo e são elas que garantem a adoção e a futura sustentabilidade do programa. Diz respeito a uma etapa prévia à implementação de fato, referindo-se às estratégias de planejamento e sensibilização do processo de implementação.
Implementação	Agentes de implementação	São indivíduos que possuem algo em particular em forma de atributos, conhecimentos, habilidades, crenças, cargos ou atitudes que exercem grande influência na implementação. Podem ser agentes de implementação tanto os gestores locais como os profissionais da ponta sensibilizados e capacitados para a implementação. Também podem ser agentes os recebedores da implementação ou instituições quando exercem papel primordial na implementação.
Ambiente	Cenário	Refere-se ao ambiente físico e organizacional imediato no qual uma intervenção é entregue (por exemplo, cenário de cuidados primários) e onde os receptores e provedores interagem em uma estrutura organizacional. Também compreende o efeito que o local tem sobre os atores que assumem um papel específico na entrega da intervenção. Por exemplo, muitos parentes de pacientes de cuidados paliativos assumem o papel de um cuidador leigo assim que entram em sua casa, que é ao mesmo tempo o cenário da prestação de cuidados paliativos domiciliares.

Nota. Adaptado de Pfadenhauer, Gerhardus, Mozygemba, Lysdahl, Booth, Hofmann & Rehfuss (2017).

Breve guia de aplicação da CICI

Para facilitar a utilização do modelo CICI, foi desenvolvida uma lista de checagem ou *check-list* (Pfadenhauer et al., 2016). Essa lista pode ser modificada de acordo com a intervenção, respeitando o(s) nível(is) em que a sua implementação deve ser avaliada (macro, meso, micro). O *check-list* inclui perguntas sobre quais elementos do contexto, da implementação e do ambiente exercem influência na implementação e como essa influência afeta o sucesso desta e, em última instância, a eficácia da intervenção. Vale observar que a implementação pode ocorrer tanto a nível macro (por exemplo, implementação de políticas em larga escala em todo um sistema de saúde), a nível meso (por exemplo uma organização que implementa um programa em larga escala) e a nível micro (por exemplo, local de trabalho, equipe, família ou outro grupo pequeno), podendo ocorrer em vários níveis simultaneamente (Pfadenhauer et al., 2016).

A utilização da CICI permite avaliar (i) como foi a entrega da intervenção, facilitando a replicação desta; (ii) se a entrega da intervenção em outro ambiente (ou realizada por outros profissionais) seria da mesma maneira; (iii) e, caso ocorresse da mesma maneira, se produziria os mesmos resultados que no contexto inicial (Moore et al., 2015). Contudo, se uma intervenção for ineficaz em um determinado cenário, seria necessário verificar: (i) se o fracasso pode ser atribuído à intervenção em si, ou a má implementação; (ii) se alguém da população-alvo foi beneficiado pela intervenção; (iii) e, caso fosse entregue em um ambiente diferente, se seria igualmente ineficaz (Moore et al., 2015).

Para esclarecer as questões elencadas no parágrafo anterior, destacam-se dois atores: os formuladores de políticas, que fomentam as pesquisas, e os pesquisadores, responsáveis por

investigá-las. Estes últimos devem verificar se: (i) estão comparando intervenções que foram entregues da mesma maneira, e (ii) se a mesma intervenção tem diferentes efeitos em diferentes contextos (Linnan & Steckler, 2002). Ambos os atores podem se beneficiar com o desenvolvimento de estruturas de análise sólidas que visem tanto avaliar as especificidades do local onde foi realizada a implementação, como produzir dados que permitam sua disseminação.

Para coleta e análise de dados sobre contexto, sugere-se que o pesquisador busque responder as seguintes perguntas para cada dimensão do contexto: (i) Que aspectos do [respectivo subcomponente] influenciam a intervenção, a sua implementação, o seu alcance populacional e a sua eficácia? (ii) Como os aspectos do [respectivo subcomponente] exercem influência na intervenção, sua implementação e seus resultados? (iii) Como as características do [respectivo subcomponente] interagem com outros subcomponentes de implementação, contexto e ambiente?

Para investigar o processo de implementação, sugere-se os seguintes questionamentos para cada dimensão de implementação: (i) Quais mecanismos e processos no [respectivo subcomponente] são aplicados na implementação da intervenção? (ii) Como esses mecanismos e processos auxiliam ou limitam a implementação? (iii) Como esses mecanismos e processos interagem com outros subcomponentes de implementação, contexto e ambiente? Vale ressaltar que o cenário/ambiente, onde é implementada a intervenção, interage com todos os subcomponentes propostos na CICI e, portanto, necessita ser levado em consideração tanto na investigação do contexto como da implementação.

Visivelmente, o contexto possui papel de destaque no quadro conceitual CICI e, por isso, Pfadenhauer e sua equipe se

esforçaram para descrevê-lo minuciosamente, elencando características que podem ser observadas ao investigá-lo como descrito na Tabela 7.3 (Pfadenhauer et al., 2017).

Tabela 7.3. *Características dos subcomponentes de contexto CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas*

Contexto Geográfico	Geografia (altitude, deserto, floresta, água, etc.); Clima (temperatura, precipitação, etc.); Uso do solo (grau de urbanização, agricultura, indústria, etc.); Infraestrutura (água, saneamento, energia, transporte, etc.); Acesso ao sistema de saúde; Isolamento geográfico; Alterações relevantes ao longo do tempo (desenvolvimento na infraestrutura, falhas na colheita, etc.).
Contexto Epidemiológico	Demografia (expectativa de vida, sexo, idade, etnia, fatores genéticos); Densidade populacional (padrões de fertilidade, tamanho das famílias); Morbidade e mortalidade (incidência/prevalência e gravidade de doenças); Distribuição espacial da doença entre áreas geográficas; Mudanças relevantes ao longo do tempo (epidemias).
Contexto Sociocultural	Linguagem e meios de comunicação; símbolos, heróis, rituais; Valores (mal vs. bem, sujo vs. limpo, perigoso vs. seguro, anormal vs. normal); Crenças (superstição, destino); Religiosidade e espiritualidade; Conhecimento e percepções (sobre o significado do problema, opções para resolver o problema, benefícios múltiplos e desvantagens da tecnologia); Estilo de vida (padrões populacionais no que diz respeito à nutrição, ao tabagismo, ao abuso de substâncias, etc.); Discriminação; Capital social e recursos disponíveis através de relações sociais, especificamente redes sociais, normas de reciprocidade e confiança; Coesão social, incluindo dimensões relacionais, materiais e políticas, troca de informações, redes de apoio e controle social; Relações de poder socio-históricas e contemporâneas; Perfis sociodemográficos; Fatores psicossociais; Desigualdades sociais estruturais (desigualdades de gênero, sistema de castas); Características da comunidade e nível de envolvimento com a comunidade; Mudanças relevantes ao longo do tempo (mudanças sociais ou movimentos sociais).
Contexto Socioeconômico	Status social ou socioeconômico relacionados a/ao: aspectos financeiros (rendimento, riqueza); Aspectos profissionais (status profissional, condições de trabalho); Condições de vida (habitação, características da vizinhança); Determinantes sociais das pessoas afetadas; Aspectos fiscais; Aspectos mercadológicos; Acesso ao sistema de saúde; Alterações relevantes ao longo do tempo (inflação, recessão, crise econômica).

Contexto Político	Sistema político e estrutura da sociedade civil; Atores, interesses, recursos, objetivos, regras formais e informais; Distribuição de poder; Cultura política e clima sócio-político; Relações Estado-sociedade; Situação política (estabilidade política e ausência de violência, eficácia do governo, capacidade de diálogo, controle da corrupção, Estado de direito, qualidade dos regulamentos, participação, <i>accountability</i> , transparência, eficiência e justiça); Gestão econômica, política econômica e enquadramento político do mercado; Política e gênero; políticas de integração internacional; Ideologias; Proposta política a curto prazo; Pessoas influentes; Políticas de financiamento e doação; Autoridade política; Sistemas de saúde (governança, liderança, recursos, prestação de serviços, atenção às necessidades do paciente); Acesso ao sistema de saúde; Mudanças relevantes ao longo do tempo (reforma política, mudança de governo).
Contexto Ético	Moralidade e crenças que influenciam os comportamentos dos indivíduos nos âmbitos privado, profissional ou das instituições; Padrões de conduta e princípios que orientam os comportamentos dos indivíduos nestes três âmbitos; Autonomia; Estresse moral; Privacidade; Interesses conflituosos; Mudanças relevantes ao longo do tempo (mudanças nos padrões de conduta dentro de uma instituição).
Contexto Legal	Normas, valores e crenças subjacentes à legislação; Legislação quanto aos direitos das pessoas e proteção de dados; Regulamentos quanto a direitos e deveres; Diretrizes; Tomada de decisão na prestação de cuidados; Partilha de informação com as partes interessadas; Alterações relevantes ao longo do tempo (introdução de nova regulamentação ou legislação).

Nota. Traduzido e adaptado de Pfenhauer, et al. (2016).

Além disso, uma vez que o conceito de ambiente/cenário também possui destaque neste modelo, pois é diferenciado de contexto, Pfenhauer et al. (2016) também elenca algumas de suas características que necessitam ser levadas em consideração ao analisá-lo, como, por exemplo: Cidade, região ou país (urbano, rural); Tipo e quantidade de locais (hospital, casa, escola, profissional); Efeito da localização nos atores envolvidos na intervenção; Mudanças relevantes ao longo do tempo (urbanização).

Exemplos de utilização da CICI na literatura

Apesar de relativamente recente, alguns autores (Abdala, 2018; Brereton et al., 2017; Vis et al., 2018) têm apostado no modelo conceitual CICI como uma ferramenta adequada para avaliação de intervenções complexas. Nacionalmente houve um esforço de um grupo de pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) para interpretar os dados do Programa Famílias Fortes (PFF 10-14), o qual estava sendo implementado em escala nacional, à luz do *framework* CICI (Abdala, 2018). Esse estudo analisou barreiras e facilitadores de contexto e implementação, desde etapas iniciais da entrada do programa nos municípios até a entrega deste às famílias. O PFF é a versão brasileira adaptada do *Strengthening Families Program* (SFP 10-14), desenvolvido na Universidade de Iowa, Estados Unidos. É um programa de caráter preventivo de base familiar focado na prevenção de comportamentos de risco para a saúde do adolescente (Murta et al., 2018).

O PFF foi implementado entre 2016 e 2017 para famílias socioeconomicamente vulnerabilizadas em quatro estados do Nordeste brasileiro como ferramenta da Política Nacional de Drogas, que envolveu a articulação entre os serviços de assistência social, saúde e educação (Menezes, 2017). Foi realizado um estudo transversal e qualitativo, que contou com a participação de 26 agentes de implementação e os dados foram analisados através de análise de conteúdo. Os resultados de Abdala (2018) apontaram que contextos políticos favoráveis, engajamento dos agentes de implementação e estratégias de implementação intersetoriais foram centrais para o sucesso da implementação do PFF 10-14, especialmente nas etapas de adoção da intervenção, mobilização da comunidade e entrega da intervenção. O estudo concluiu que a utilização da CICI foi adequada para interpretação dos dados e

essencial para identificar que os territórios que dispunham de um bom funcionamento das redes intersetoriais, antes da chegada do programa, bem como eficácia no gerenciamento de pessoas, na distribuição de poder e na gestão dos recursos financeiros, enfrentavam menos barreiras na implementação do programa. A autora sugere que o modelo CICI apresenta como vantagem a descrição detalhada dos fenômenos de contexto, o que possibilita uma categorização sistemática e objetiva dos eventos observados. Recomenda ainda que novos estudos primários utilizem esse modelo para análise de intervenções complexas no setor público.

Já no âmbito internacional, a comunidade europeia de Avaliação Integrada de Tecnologias em Saúde para a Avaliação de Tecnologias Complexas (INTEGRATE-HTA) tem demonstrado maior preocupação em considerar questões legais, éticas e socioculturais, bem como o contexto e a implementação para avaliar tecnologias complexas (Wahlster et al., 2017). Como resultado, desenvolveram um projeto que utilizou diferentes modelos conceituais para abordar questões de saúde complexas, dentre eles, o CICI (Brereton et al., 2017). O estudo de caso apresentado por Brereton e colaboradores (2017) foca em modelos de cuidados paliativos domiciliares com ou sem apoio ao cuidador, conhecidos como cuidados paliativos domiciliares reforçados e não-reforçados respectivamente. Aplicaram o *framework* CICI para avaliar questões de contexto e implementação. A natureza altamente complexa dos cuidados paliativos domiciliares reforçados e não reforçados foi ilustrada através de uma avaliação das características de complexidade. O estudo de caso também avaliou o envolvimento de leigos e de profissionais, usando uma variedade de métodos, para informar seu engajamento ao longo do projeto. As conclusões do estudo de caso sugerem que os atores-chaves podem ajudar com a (i) identificação de questões relevantes a serem respondidas, (ii)

com a escolha do tipo de intervenção e avaliação, (iii) com o fornecimento de evidências, (iv) com a ajuda na interpretação das conclusões, (v) bem como com identificação de questões que influenciam a aplicabilidade da intervenção. Desse modo, o envolvimento dos atores-chaves com as intervenções ajuda na avaliação de intervenções complexas, uma vez que contribuem para uma melhor compreensão sobre como a intervenção pode interagir com diferentes contextos e ambientes de saúde. Contudo, o grau de envolvimento dos atores não costuma ser apontado em estudos primários, o que precisa mudar.

A metodologia utilizada pelo projeto INTEGRATE-HTA foi de síntese de evidências e, portanto, não se trata de um estudo primário. Os resultados do estudo de caso oferecem algumas percepções sobre a eficácia da CICI, bem como ressalta a importância de considerar questões econômicas, socioculturais, éticas e legais; agentes receptores e implementadores da intervenção (Brereton et al., 2016). Segundo os autores, a utilização da CICI para este tipo de método mostrou-se viável e com potencial de oferecer valor agregado à construção de novos modelos e teorias. Entretanto, reforçam a necessidade de produção de estudos primários atentos à descrição do contexto, ambiente e implementação.

Limitações e Vantagens

A complexidade, além de inerente à intervenção, é também consequência das interações entre a intervenção e a sua implementação no contexto (Rohwer et al., 2016). Desse modo, as abordagens de avaliação necessitam estar atentas não apenas ao grau de complexidade das tecnologias, mas também ao nível de entrega destas, se macro, meso ou micro. O modelo CICI se apresenta como um novo modelo conceitual para avaliação de sistemas complexos ao explorar sistematicamente os conceitos de

contexto, implementação e ambiente, buscando mitigar o esquecimento de elementos que possam impactar na avaliação destas tecnologias (Pfadenhauer et al., 2017). O modelo CICI constitui nova forma de estruturar os sistemas de entrega de tecnologias de modo a avançar a nossa compreensão sobre como as intervenções funcionam, tendo em conta que é impossível procurar e avaliar tudo (Shepherd et al., 2009).

Embora desenvolvido principalmente para auxiliar na produção de sínteses de evidências, o quadro conceitual CICI mostrou-se útil na elaboração de estudos primários (Abdala, 2018). Espera-se que a comunidade científica apoie a adoção do *framework* CICI para investigações primárias, utilizando as terminologias propostas por esse quadro conceitual, e desenvolvendo o conhecimento sobre avaliações de sistemas complexos. Vale ressaltar que a utilidade do modelo depende das evidências disponíveis, e, portanto, as sínteses de evidências só alcançarão consistência quando um número suficiente de estudos primários atentos a esses elementos for produzido.

Por fim, vale elencar pontos fortes e limitações do *framework* CICI. Segundo a INTEGRATE-HTA, os critérios que merecem destaque para avaliação de novas tecnologias são: (1) coerência, (2) integralidade, (3) avanço teórico, (4) compatibilidade, (5) integração entre componentes, (6) adaptação e (7) flexibilidade (Rehfuess & Gerhardus, 2017).

No que diz respeito à (1) coerência, as definições do modelo CICI foram avaliadas como sendo internamente consistentes com sua versão inicial e externamente consistentes com a literatura contemporânea. Assim, a coerência do *framework* apoia-se na constatação de que não houve criação de novos conceitos, apenas maior aprofundamento e destaque a conceitos já existentes

(Pfadenhauer et al., 2016). Contudo, foram observadas sobreposições significativas entre as definições de contexto e de implementação, dificultando sua conceitualização e a consequente extração de dados. Por exemplo, pode ser difícil diferenciar processo de implementação de estratégias de implementação. Outra dificuldade encontrada foi a identificação de aspectos éticos a partir dos estudos primários, o que não reflete uma falha do modelo, apenas demonstra uma baixa ênfase nesse tema nas investigações (Refolo et al., 2016).

A (2) integralidade visa identificar se os elementos apontados pelo *framework* CICI seriam suficientes para avaliar qualquer outra intervenção (Rehfuess & Gerhardus, 2017). A aplicação do modelo CICI mostrou que o quadro inicial era relativamente abrangente ao incluir barreiras e facilitadores à implementação de intervenções complexas, especialmente no que tange a tecnologias de saúde e ambientais. No entanto, alguns poucos subcomponentes estavam ausentes ou não eram apresentados de modo explícito, exigindo atualizações na proposta avaliativa (Rohwer et al., 2016).

O (3) avanço teórico primordial do modelo CICI é a captação de todos os fenômenos relevantes sobre contexto e implementação, possibilitando avanços científicos quanto às tecnologias complexas e/ou sistemas complexos (Pfadenhauer et al., 2017). Também se demonstra útil para orientar a interação entre os componentes e subcomponentes de contexto, implementação e ambiente.

Quanto à (4) compatibilidade do *framework* CICI com outras teorias, o modelo fornece uma linguagem meta-teórica que pode ser usada para comparar teorias além de integrar terminologias apontadas isoladamente em outras abordagens (McGinnis & Ostrom, 2014). No que diz respeito à (5) integração entre os (sub)

componentes, o *framework* estimula a consideração dessas relações (Nilsen, 2015). Por exemplo, é possível que uma categoria de análise como “acesso aos cuidados de saúde” possa ser atribuída a contexto geográfico, político e socioeconômico ao mesmo tempo, demonstrando conexão entre (sub)componentes. Além disso, a representação gráfica das várias dimensões, componentes e subcomponentes (Figura 1) destina-se a facilitar a compreensão de como estes aspectos podem interagir dentro de um sistema complexo, portanto, embora não explique as interações, o quadro encoraja o pesquisador a considerá-las (Nilsen, 2015).

A (6) adaptação e aplicabilidade da estrutura CICI a diferentes tipos de intervenções complexas é um dos aspectos mais críticos deste modelo. O CICI pode ser considerado adaptável a intervenções educativas, ambientais ou uma combinação de ambas (Pfadenhauer et al., 2016). A versatilidade sobre quais domínios podem ser considerados de acordo com cada intervenção é um benefício da estrutura e assegura que a estrutura possa ser aplicada a uma ampla gama de intervenções mais ou menos complexas. Deve ser enfatizado, porém, que a decisão de quais domínios devem ser considerados deve ser um processo estruturado e transparente, caso contrário os revisores poderiam escolher qual o contexto e os aspectos de implementação que desejam enfatizar.

Por fim, quanto ao quesito (7) flexibilidade houve mais desafios. A falta de detalhes nos estudos primários sobre contexto e qualidade da implementação frequentemente limita a quantidade de dados úteis que podem ser extraídos (Wahlster et al., 2017). Isto pode ser em parte devido (a) às diretrizes para a elaboração de relatórios que não pedem detalhes suficientes

sobre o contexto e a implementação; (b) às revistas que impõem limites de palavras; e (c) aos pesquisadores que não avaliam o processo de implementação de uma intervenção (Pfadenhauer et al., 2016). De um modo geral, o modelo CICI é aplicável em estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos se houver riqueza de dados fornecidos em estudos primários.

Considerações Finais

É possível concluir que o uso de ferramentas de categorização sobre contexto e implementação, como no caso da estrutura CICI, mostrou-se útil para compreender os resultados de intervenções e, portanto, em próximas pesquisas, indica-se não apenas o uso dessas dimensões, mas também de outros instrumentos baseados em teorias para fundamentação de dados. Apesar de os autores que desenvolveram o *framework* CICI frisarem que o modelo pode ser utilizado em múltiplos campos temáticos e com distintas formas de avaliação, o modelo ainda foi pouco utilizado. Portanto, não foi possível identificar, a partir de uma investigação rápida nos buscadores de periódicos, estudos que utilizaram o CICI para além do campo da avaliação da qualidade da implementação. Assim, há lacunas sobre a possibilidade de se utilizar esse modelo em avaliações de necessidades, efetividade, eficácia, e econômica (custo/efetividade).

A utilização sistemática dessas ferramentas, modelos e estruturas poderá subsidiar a construção de novas teorias e aprimorar o processo de avaliação de pesquisas realizadas no Brasil e em outros países. Esses novos estudos devem recomendar mudanças necessárias à estrutura CICI baseando-se nos resultados encontrados. Ademais, é importante estarmos atentos à adaptação de tecnologias a diferentes contextos, permitindo que sejam adaptadas de modo compatível à nova realidade.

Referências

- Abdala, I. G. (2018). *Barreiras e facilitadores da implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste do Brasil segundo gestores: Uma análise de contexto baseada em abordagens de avaliação de processo*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura - Universidade de Brasília, Brasília). Retrieved from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34411>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Baranowski, T., & Stables, G. (2000). Process Evaluations of the 5-a-Day Projects. *Health Education & Behavior*, 27(2), 157–166. doi: <https://doi.org/10.1177/109019810002700202>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2001). *Intervention Mapping: Designing Theory-and Evidence-based Health Promotion Programs*. CA: Jossey-Bass.
- Bijlmakers, L., Mueller, D., Kahveci, R., Chen, Y., & Wilt, G. J. van der. (2017). INTEGRATE-HTA: A low- and middle-income country perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(5), 599–604. <https://doi.org/10.1017/S0266462317000927>
- Bonell, C., Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2012). Realist randomised controlled trials: A new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2299–2306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>
- Brereton, L., Wahlster, P., Lysdahl, K. B., Mozygemba, K., Burns, J., Chilcott, J. B., Ward, S., Brönneke, J. B., Tummors, M., van Hoorn, R., Pfadenhauer, L., Polus, S., Ingleton, C., Gardiner, C., van der Wilt, G. J., Gerdhardus, A., Rohwer, A., Rehfuss, E. A., Oortwijn, W., ... Goyder, E. (2016). *Integrated assessment of home based palliative care with and without reinforced caregiver support: 'A demonstration of INTEGRATE-HTA methodological guidances': executive summary* [Online] : Format: PDF ; 8. Retrieved from: <https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/96425>

Brereton, L., Wahlster, P., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Burns, J., Polus, S., Tummers, M., Refolo, P., Sacchini, D., Leppert, W., Chilcott, J., Ingleton, C., Gardiner, C., & Goyder, E. (2017). Stakeholder involvement throughout health technology assessment: An example from palliative care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(5), 552–561. doi: <https://doi.org/10.1017/S026646231700068X>

Byng, R., Norman, I., & Redfern, S. (2005). Using Realistic Evaluation to Evaluate a Practice-level Intervention to Improve Primary Healthcare for Patients with Long-term Mental Illness. *Evaluation*, 11(1), 69–93. doi: <https://doi.org/10.1177/1356389005053198>

Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 37. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>

Costa, J. M. B. da S., Silva, V. de L., Samico, I. C., & Cesse, E. Â. P. (2015). Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: Uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, 39, 307–319. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005307>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1655. doi: [10.1136/bmjopen-2019-029954](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954)

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Ebenso, B., Huque, R., Azdi, Z., Elsey, H., Nasreen, S., & Mirzoev, T. (2017). Protocol for a mixed-methods realist evaluation of a health service user feedback system in Bangladesh. *BMJ Open*, 7(6), e017743. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017743>

Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R., & Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: A proposed framework for design and reporting. *Trials*, 14, 15. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-15>

Hartz, Z. M. de A., & Silva, L. M. V. da. (2005). *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (1ª Edição). Salvador, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Jannuzzi, P. D. M. (2016). *Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais. Uma Introdução aos Conceitos e Técnicas*. Campinas: Alínea.

Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: A new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social Science & Medicine* (1982), 70(10), 1467–1474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>

Lampe, K., & Schnell-Inderst, P. (2017). INTEGRATE-HTA: The perspective of EUnetHTA. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(5), 605–608. doi: <https://doi.org/10.1017/S0266462317000691>

Lehoux, P., & Williams-Jones, B. (2007). Mapping the integration of social and ethical issues in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(1), 9–16. doi:<https://doi.org/10.1017/S0266462307051513>

Linnan, L. & Steckler, A. (2002). *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1–24. <https://pdfs.semanticscholar.org/d833/108331e1fd9762850819b872253a626efc4d.pdf>

Liu, H., Muhunthan, J., Hayek, A., Hackett, M., Laba, T.-L., Peiris, D., & Jan, S. (2016). Examining the use of process evaluations of randomised controlled trials of complex interventions addressing chronic disease in primary health care: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0314-5>

- Lunn, L. M., Heflinger, C. A., Wang, W., Greenbaum, P. E., Kutash, K., Boothroyd, R. A., & Friedman, R. M. (2011). Community Characteristics and Implementation Factors Associated with Effective Systems of Care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(3), 327–341. doi: <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9244-0>
- Lysdahl, K. B., & Hofmann, B. (2016). Complex health care interventions: Characteristics relevant for ethical analysis in health technology assessment. *GMS Health Technology Assessment*, 12, Doc01. <https://doi.org/10.3205/hta000124>
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The meaning of “context.” *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94–104. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x>
- McGinnis, M., & Ostrom, E. (2014). Social-ecological system framework: Initial changes and continuing challenges. *Ecology and Society*, 19(2). doi: <https://doi.org/10.5751/ES-06387-190230>
- Menezes, J. C. L. de. (2017). *Adaptação Cultural do Strengthening Families Program (10-14) UK para o Brasil*. (Tese de Doutorado em Psicologia) Universidade de Brasília, Brasília. Retrieved from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/24729>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D. & Coombes, L. (2028). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10–14-UK) in Brazil. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 31(25), doi:10.1186/s41155-018-0105-0.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53-79. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Oliveira, N. F. de. (2016). Avaliação da efetividade de programas de saúde: Revisão sistemática. *Revista Saúde.com*, 6(1), 65-73. <https://doi.org/10.22481/rsc.v6i1.130>

Pazzim, T. A., & Marin, A. (2016). Programas de Preparação para Aposentadoria: Revisão sistemática da literatura nacional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 17(1), 91–101, Retrieved from <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4518/451864487005/451864487005.pdf>

Pfadenhauer, L., Rohwer, A., Burns, J., Booth, A., Lysdahl, K., Hofmann, B., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Tummers, M., Wahlster, P., & Rehfues, E. (2016). Guidance for the Assessment of Context and Implementation in Health Technology Assessments (HTA) and Systematic Reviews of Complex Interventions: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) Framework. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Lisa-Pfadenhauer/publication/298340571_Guidance_for_the_Assessment_of_Context_and_Implementation_in_Health_Technology_Assessments_HTA_and_Systematic_Reviews_of_Complex_Interventions_The_Context_and_Implementation_of_Complex_Interventions_C/links/56e936b508ae9bcb3e1e55a0/Guidance-for-the-Assessment-of-Context-and-Implementation-in-Health-Technology-Assessments-HTA-and-Systematic-Reviews-of-Complex-Interventions-The-Context-and-Implementation-of-Complex-Interventions-C.pdf

Pfadenhauer, Lisa M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfues, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12, 21. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>

Pfadenhauer, Lisa Maria, Mozygemba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., Tummers, M., Burns, J., & Rehfues, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 109(2), 103–114. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (2016). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Refolo, P., Sacchini, D., Brereton, L., Gerhardus, A., Hofmann, B., Lysdahl, K. B., Mozygamba, K., Oortwijn, W., Tummers, M., van der Wilt, G. J., Wahlster, P., & Spagnolo, A. G. (2016). Why is it so difficult to integrate ethics in Health Technology Assessment (HTA)? The epistemological viewpoint. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 20(20), 4202–4208. Retrieved from: <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/168280>

Rehfuess, E. A., & Gerhardus, A. (2017). INTEGRATE-HTA: Adopting and implementing an integrated perspective on complex interventions. *Journal of Public Health*, 39(1), 209–212. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw119>

Rohwer, A., Pfadenhauer, L., Burns, J., Brereton, L., Gerhardus, A., Booth, A., Oortwijn, W., & Rehfuess, E. (2016). Logic models help make sense of complexity in systematic reviews and health technology assessments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 83, 37-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.06.012>

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A Systematic Approach* (7th edition). SAGE Publications, Inc.

Shepperd, S., Lewin, S., Straus, S., Clarke, M., Eccles, M. P., Fitzpatrick, R., Wong, G., & Sheikh, A. (2009). Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medicine*, 6(8), e1000086. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000086>

Stoutenberg, M., Galaviz, K. I., Lobelo, F., Joy, E., Heath, G. W., Hutber, A., & Estabrooks, P. (2018). A Pragmatic Application of the RE-AIM Framework for Evaluating the Implementation of Physical Activity as a Standard of Care in Health Systems. *Preventing Chronic Disease*, 15, E54. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170344>

Vis, C., Mol, M., Kleiboer, A., Bührmann, L., Finch, T., Smit, J., & Riper, H. (2018). Improving Implementation of eMental Health for Mood Disorders in Routine Practice: Systematic Review of Barriers and Facilitating Factors. *JMIR Mental Health*, 5(1), e20. doi: <https://doi.org/10.2196/mental.9769>

Wahlster, P., Brereton, L., Burns, J., Hofmann, B., Mozygema, K., Oortwijn, W., Pfadenhauer, L., Polus, S., Rehfues, E., Schilling, I., Wilt, G. J. van der, & Gerhardus, A. (2017). An integrated perspective on the assessment of technologies: INTEGRATE-HTA. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(5), 544–551. <https://doi.org/10.1017/S0266462317000484>

Wells, M., Williams, B., Treweek, S., Coyle, J., & Taylor, J. (2012). Intervention description is not enough: Evidence from an in-depth multiple case study on the untold role and impact of context in randomised controlled trials of seven complex interventions. *Trials*, 13(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-95>

Worthen, B. R., Fitzpatrick, J. L., & Sanders, J. R. (2004). *Avaliação de Programas: Concepções e Práticas*. São Paulo: Editora Gente.

Teoria do Processo de Normalização e as tecnologias de inovação em saúde

Kerolyn Ramos Garcia

Elísio Costa

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Introdução

Muitas transformações observadas na sociedade vêm sendo impulsionadas pelos avanços da ciência e traduzem a forte tendência mundial na incorporação de novas tecnologias. Contudo, para que ocorra a normalização de tecnologias e intervenções inovadoras às práticas cotidianas adotadas pelos profissionais em seus ambientes de trabalho, é requerido o enfrentamento de desafios que vão além da pós-idealização e formalização de um produto, processo ou serviço. A normalização de procedimentos no desenvolvimento e implementação de produtos/serviços inovadores envolve modificação de normas e comportamentos que, até então, eram realizados de outra maneira e muitas vezes por um período prolongado de tempo (May & Finch, 2010a; May & Finch, 2010b).

Ainda que inovações tecnológicas tenham seu valor e aplicabilidade constatados cientificamente, não se garante que sejam adotadas nas rotinas dos profissionais, e nem que se encontrem acessíveis para o usuário, fatos que comprometem o sucesso de sua

normalização (May, 2013). Neste sentido, são inúmeros os desafios existentes para ampliar o alcance às novas tecnologias capazes de melhorar a realidade e a qualidade de vida das pessoas, embora o caráter progressista da ciência busque dinamizar as maneiras de resolver as dificuldades. Para demonstrar a lacuna que há entre o desenvolvimento de uma tecnologia e sua incorporação no campo da saúde destacam-se alguns aspectos, tais como: (1) a resistência ao uso de novas tecnologias, por usuários e especialmente por profissionais, o que impulsiona realidades com práticas engessadas, fundamentadas em condutas intrinsecamente adotadas ao longo dos anos; (2) nem toda a tecnologia possui custo compatível com a realidade econômica dos países, o que pode resultar em impedimento de sua incorporação nas práticas e serviços em saúde; (3) processos e produtos baseados em estruturas tecnológicas de alta complexidade podem estar relacionados à precariedade técnica de manutenção de equipamentos ou da produção de insumos e medicamentos, dentre muitos outros fatores.

No entanto, a crescente utilização de inovações tecnológicas em saúde pode ser constatada mundialmente nas distintas dimensões relacionadas à área, tais como: prevenção a agravos, promoção e reabilitação da saúde, nos três níveis de atenção, bem como na indústria farmacêutica e comércio, dentre outras. Cabe ressaltar que, o ideário das inovações e tecnologias criadas e disponibilizadas, em sua maioria, refere-se a qualificar tanto o dia a dia dos profissionais, ampliando as capacidades interventivas no campo, quanto o de beneficiar a saúde da população. Em contraponto, outras tantas possibilidades de inserção de tecnologias na saúde que não se concretizam, podem representar prejuízos que impactam o índice de desenvolvimento humano, social e econômico das populações com graves consequências para a vida.

Dadas estas questões, teorias e modelos que buscam explicar a normalização das tecnologias em saúde são de grande contribuição para o atual cenário, cooperando ainda no quesito essencial de avaliação e validação de intervenções, sejam complexas (para mais informações sobre intervenções complexas, conferir capítulo 2 desta obra), sociais e/ou investigativas. Nesta perspectiva, e ao considerar a construção de fronteiras entre pensamento, inovação científica, tecnologia e aplicabilidade no dia a dia, surgiu a Teoria do Processo de Normalização (*Normalization Process Theory - NPT*), desenvolvida por Carl May e diversos outros pesquisadores (May et al., 2015).

Desenvolvida e aperfeiçoada ao longo dos últimos 17 anos, a *NPT* teve sua primeira centelha em 2003, no Reino Unido, desenvolvida originalmente a partir de um conjunto de oficinas e com a participação de diversos pesquisadores de diferentes áreas, desde ciências sociais à medicina, incluindo Carl R. May, Tracy Finch, Elizabeth Murray, Anne Rogers, Catherine Pope, Anne Kennedy, Pauline Ong e outros (May et al., 2015).

Iniciou-se a partir do modelo de processo de normalização (*MNP - Model of Normalization Process*) (May, 2006), desenvolvido por May, e tendo como base o serviço e avaliação de programas de telessaúde (May, Harrison, et al., 2003; May, Mort, Williams, Mair, & Gask, 2003). No entanto, é relevante ressaltar que o *MNP* era um modelo que limitava-se a programas em saúde, enquanto a *NPT* é uma teoria sociológica que pode ser implementada de diferentes maneiras, com adaptações e em intervenções, tecnologias ou programas de diferentes áreas.

A *NPT* é uma teoria sociológica que busca contribuir na análise de intervenções complexas ou novas tecnologias, especialmente no que tange à normalização das práticas propostas. Portanto, surgiu

pela necessidade de explicar, de uma forma mais robusta, os processos sociais que levam à incorporação rotineira de tecnologias inovadoras, especialmente no que tange ao trabalho de implementação, incorporação e integração (May & Finch, 2010b) de propostas interventivas ou de novas tecnologias. Atualmente, a teoria tem sido ampliada e aplicada em outras áreas do conhecimento.

Ainda que tenha caráter mais contributivo do que de contraponto direto a outras teorias, uma vez que busca explicar a normalização em propostas complexas desde sua implementação até a sua avaliação e resultados, a *NPT* se difere das demais em relevantes aspectos. Conforme descrito por May e Finch (May & Finch, 2010b), outras teorias no campo das ciências sociais explicam sobre diferenças individuais de atitudes em relação às novas tecnologias e práticas, o fluxo de inovações nas redes sociais e interações recíprocas entre pessoas e artefatos, como as teorias do Comportamento Planejado (Ajzen, 1991), Difusão de Inovações (Dearing, 2009) e Rede de Atores (Callon, 2001). A *NPT*, por sua vez, busca contribuir no que diz respeito ao estado agêntico de indivíduos e grupos, considerando, sobretudo, o contexto de inserção e os construtos estruturados que dão base à teoria (May & Finch, 2010b). Compreende-se por estado agêntico quando o indivíduo não se sente como autor dos seus atos, mas como agente executivo da vontade de outro.

O foco, assim sendo, é tanto na ação individual quanto coletiva, considerando o contexto de inserção, a implementação, incorporação e sustentação da intervenção. Sendo assim, a *NPT* auxilia a pensar sobre os problemas de implementação de intervenções complexas, com foco em como essas intervenções podem se tornar parte da prática diária (normalização das práticas) e, ainda, como diferentes grupos de pessoas precisam trabalhar juntas para

alcançar a normalização necessária para o sucesso da implementação (Finch, May, & Rapley, 2014; May & Finch, 2010a).

Atualmente, a teoria é robusta, composta por construtos que serão percorridos ao longo deste capítulo, além de um kit de ferramentas sociológicas que podem ser utilizadas para implementação, avaliação e, também, para pesquisas e outros testes no âmbito da normalização. De forma sucinta, a *NPT* fornece uma estrutura conceitual para entender e avaliar os processos de implementação pelos quais novas tecnologias e outras intervenções complexas são rotineiramente operacionalizadas/incorporadas no trabalho cotidiano, e, ainda, sua sustentação/integração prática (May et al., 2015).

Por se tratar de uma teoria em constante desenvolvimento e, ainda, com publicações científicas limitadas em sua maioria à língua inglesa, este capítulo buscou desenhar, inicialmente, um caminho que possibilite a compreensão dos principais conceitos que envolvem o tema, entremeando teoria e prática. Para tanto, foi dividido em apresentação das origens da *NPT* (Contextualizando o surgimento da *NPT*), seguido pelas definições e construtos base que possibilitarão compreender como se pode utilizar na prática a *NPT* (Aplicação da *NPT*), onde exemplificamos com casos de estudos que utilizaram a teoria e o uso do kits de ferramentas de análise e pesquisa desenvolvidos pelos autores, disponíveis online (May et al., 2015).

Contextualizando o surgimento da *NPT*

Conforme o site do *NPT* construído por May e colaboradores (May et al., 2015), o desenvolvimento da teoria foi dividido em 3 fases temporais nos anos de 2003, 2006 e 2009 (Figura 8.1). As primeiras publicações para o desenvolvimento da *NPT* visaram

mapear elementos contingentes – incertos – (May, Mort, et al., 2003) e normativos (May, Harrison, et al., 2003) dos processos de incorporação em intervenções, ou seja, dos processos de normalização.

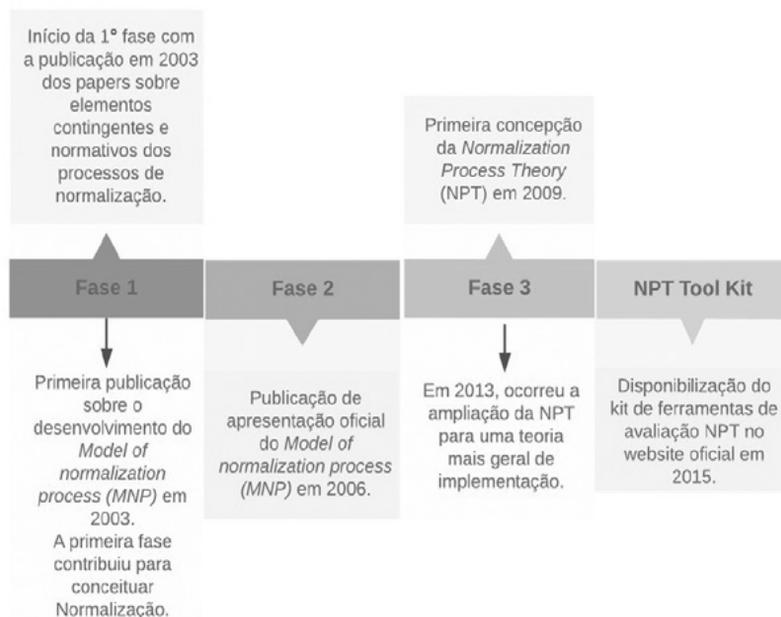


Figura 8.1. Marco temporal do desenvolvimento da NPT. As informações contidas na imagem foram baseadas no website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015). A imagem é de autoria própria.

A primeira publicação tratou sobre contingência, com a proposta de examinar o desenvolvimento, implementação e avaliação de 10 serviços de tele cuidado em saúde. Vale ressaltar que os serviços de tele cuidado em saúde foram escolhidos como modelo de análise por se tratarem de inovação de grande repercussão, investimento e implementação no serviço de saúde do Reino Unido e, ainda, pela dificuldade encontrada pelos pesquisadores para analisar e avaliar o impacto desses programas.

Tais serviços serviram como modelo para compreender dois objetivos importantes para a composição da teoria nos anos à frente. O primeiro objetivo foi de explorar a condução prática de avaliações e a organização de ensaios randomizados que tratassem sobre novas tecnologias. Com este, os autores tinham interesse na forma que a avaliação criava um cenário de práticas que fizessem a normalização de novas tecnologias possível. O segundo objetivo, por sua vez, buscou apresentar um modelo de contingências técnicas e sociais no processo de avaliação. O interesse era mapear pontos de contingência na jornada entre idealização e normalização.

O modelo de contingência desenvolvido especificava quatro níveis de atividade dentro dos quais as novas tecnologias são avaliadas, considerando os tipos de conhecimento e a prática que circulam dentro delas, sendo: ideação, mobilização, especificação clínica e aplicação específica. O modelo apresentado propunha, ainda, demonstrar o modo de desenvolvimento tecnológico, produção de conhecimento, contenção e estratégia de expansão da intervenção avaliada (May, Mort, et al., 2003).

O segundo trabalho (May, Harrison, et al., 2003) teve como objetivo reportar parte do desenvolvimento do chamado modelo de processo de normalização (MNP). O modelo, conforme proposta dos autores, teria contribuições na implementação e no desenvolvimento de serviços de telemedicina, uma vez que apresentava as condições necessárias para normalizar os serviços de cuidados por tele saúde e, portanto, por definir os requisitos para uma normalização bem-sucedida.

Eram quatro as condições para que fosse possível normalizar as intervenções de tele saúde usadas no estudo, sendo: Implementação (P1) – trata-se da necessidade de haver um *link* entre a prática e a política, assim como com o contexto do local onde a intervenção

é implementada; Adoção e tradução (P2 e P3) – nesta etapa, a legitimação estrutural do serviço depende do quanto a proposta foi de fato adotada pelos profissionais que a exercem e, ainda, a sua tradução da teoria para a prática; Estabilização (P4) – trata-se da prática clínica da proposta e sua manutenção (May, Harrison, et al., 2003).

Por fim, o estudo levou à proposição formal de que a normalização (P5) da telemedicina como meio de prestação de cuidados de saúde (em qualquer ambiente e em qualquer nível de prestação de cuidados de saúde) é condicional à:

(P1)	+	(P2)	+	(P3)	+	(P4)	=	(P5)
Implementação		Adoção		Tradução		Estabilização		Normalização

Figura 8.2. Condições para Normalização. Adaptado de "Understanding the Normalization of Telemedicine Services through Qualitative Evaluation", de May, Harrison et al. (2003).

Essa primeira fase do desenvolvimento da teoria, a partir destes trabalhos, possibilitou a composição do conceito de normalização (May et al., 2015), importante contribuição para o seguimento da *NPT*, que viria alguns anos a seguir. O modelo de processo de normalização (*MNP*), no entanto, foi publicado na segunda fase de desenvolvimento da *NPT* (May et al., 2015). Em 2006, com o foco em identificar e explicar os fatores que promovem ou inibem o trabalho para implementar intervenções complexas na prática e com especial atenção à *Ação Coletiva*, Carl May publicou o trabalho que apresentou oficialmente o *MNP* (May, 2006).

Para May, o *MNP* fornece uma estrutura de avaliação de processos usando três componentes - atores, objetos e contextos - que são comparados em quatro construtos: *interactional workability*; *relational integration*; *skill set workability and contextual integration*. Esses construtos se tornaram parte da teoria, e serão discutidos

com mais afinco no decorrer do capítulo. Passado por aperfeiçoamentos e com o envolvimento de diversos pesquisadores, o *MNP* foi replicado em outros estudos (Elwyn, Légaré, Weijden, Edwards, & May, 2008; Gask et al., 2010), fortalecendo seu uso e importância teórica para o campo.

Entretanto, o *MNP* era limitado a estudos em ambientes de assistência médica e não explicava importantes aspectos de normalização, como o papel e a avaliação dos atores participantes (destacados como essenciais para compreender o processo de normalização), e, ainda, consistência da intervenção quanto à sua estrutura para manter-se em funcionamento. Em 2009, de maneira a preencher essa lacuna e ampliar o campo de trabalho para teorização, May e Finch publicaram a primeira concepção da teoria do processo de normalização – *NPT* (May & Finch, 2009). A *NPT* não foi desenhada especificamente para intervenções complexas na área da saúde, como o *MNP*, sendo ampliada para concentrar-se em processos gerais pelos quais ações (o que as pessoas fazem quando operacionalizam intervenções complexas em saúde) passam a ser incorporadas em seus contextos sociais (May & Finch, 2009; May et al., 2015).

A publicação de 2009 marcou, portanto, a terceira fase de desenvolvimento da teoria, ampliada em 2013 para uma teoria mais geral de implementação, que se trata do mais recente desenho encontrado na literatura (May, 2013). Em 2015, o sítio oficial online foi colocado no ar pela equipe de desenvolvedores com informações gerais sobre a teoria, além do kit de ferramentas de avaliação da *NPT*, que será discutido à frente (May et al., 2015).

Definições e construtos para a compreensão da *NPT*

Para compreender os construtos utilizados na *NPT*, inicialmente, é necessário fundamentar os questionamentos que deram origem

à pesquisa do tema. A pergunta de pesquisa que baseou o trabalho da *NPT* questionava como os fatores que promovem ou inibem a normalização em intervenções podem ser identificados, conceituados e avaliados (May & Finch, 2010b).

De forma a elucidar como uma prática é incorporada, contudo, é necessário explicar o que os atores partícipes realmente *fazem* e, ainda, como *trabalham* para realizar suas atividades no contexto que estão inseridas (May & Finch, 2010b). Por isso, a partir daí, os objetivos da teoria eram explicar três aspectos: como as práticas são rotineiramente incorporadas em seus contextos organizacionais e profissionais; a incorporação rotineira de práticas por referência ao papel de quatro mecanismos geradores (coerência; participação cognitiva; ação coletiva; monitoramento reflexivo); e, por fim, como o trabalho (individual e coletivo) de práticas de implementação requer investimento contínuo dos participantes em conjuntos de ações que avançam no tempo e no espaço (May & Finch, 2009; 2010b).

Para alcançar esses objetivos, o primeiro conceito desenvolvido foi o de normalização, entendido como “a incorporação rotineira de uma classificação, artefato, técnica ou prática organizacional na vida cotidiana” (May & Finch, 2010b, p. 4). Para os autores, isso significa dizer que normalização é o trabalho que os atores fazem ao se envolverem em algum conjunto de atividades (que podem incluir maneiras novas ou modificadas de pensar, agir e organizar) e de que forma isso se torna rotina, incorporado não apenas a nível de conhecimento, mas em padrões sociais e práticas do dia a dia (May & Finch, 2009). Vale ressaltar que a implementação de uma intervenção complexa perpassa pelas ações que objetivam mudar o mundo em que se vive de forma deliberada e também

deliberadamente mudar o que é feito, conforme destacado por May em suas apresentações (Finch et al., 2014; May, 2017).

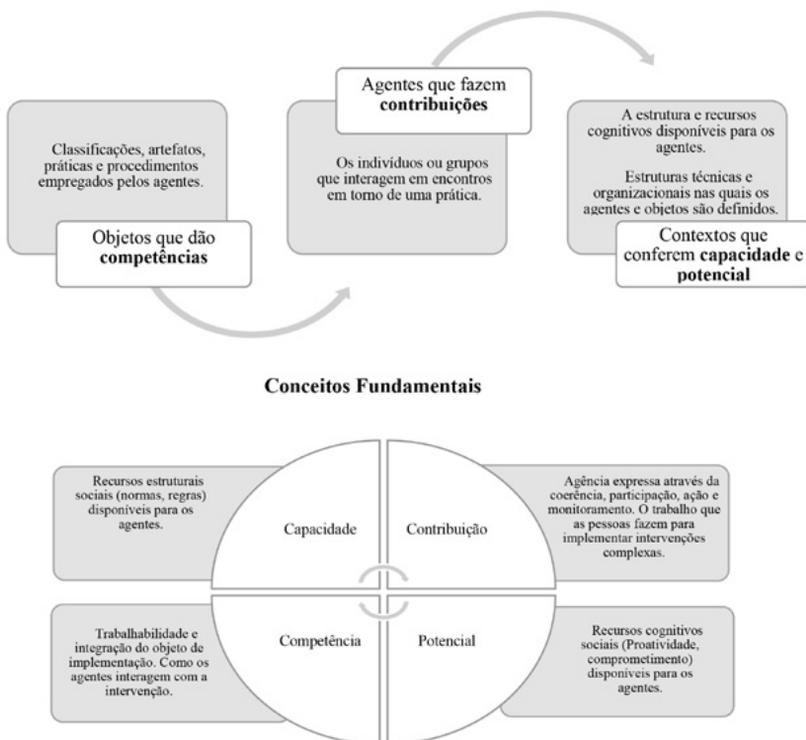


Figura 8.3. Conceitos fundamentais de implementação. As informações contidas na imagem foram baseadas na apresentação "CfBCP Master Class Normalisation Process Theory" de Finch et al. (2014). A imagem é de autoria própria.

A normalização, contudo, passa por um processo de investigação, considerado um componente vital para entender por que e como os resultados são ou não alcançados. Para a teoria, processo refere-se a padrões de interações organizadas, dinâmicas e contingentes entre objetos, agentes e contextos. Para tanto, May (May, 2013) estrutura a NPT em conceitos fundamentais, os quais relacionam competências, contribuições, capacidades e

potenciais, bem como o contexto de uma intervenção complexa, como demonstrado na Figura 8.3.

Uma vez que temos o desafio de transformar as intervenções em práticas, há necessidade que estratégias de implementação e avaliações se tornem cada vez mais baseadas em teoria – ou seja, com arcabouço literário robusto, especializado e substancial – e, ainda, que se difiram no foco – individual, organizacional ou a própria intervenção. Por isso, além da *NPT* ser uma teoria sociológica sobre como intervenções se tornam normalizadas, também ajuda a responder como e o quanto implementar uma nova intervenção ou prática envolve pessoas trabalhando juntas e em estado de cooperação.



Figura 8.4. Relações NPT e o trabalho. As informações contidas na imagem foram baseadas na apresentação “CfBCP Master Class Normalisation Process Theory” de Finch et al. (2014). A imagem é de autoria própria.

Sendo assim, May, comumente em suas apresentações, expressa que é tudo sobre o trabalho – o que é, quem o faz, como é feito e porque o trabalho acontece assim (Figura 8.4). Ao relacioná-lo com as tecnologias – tidas como um conjunto de crenças, técnicas, artefatos, comportamentos, interações e relacionamentos – entende-se que as pessoas trabalham para dar à tecnologia coerência, participação organizada, promulgá-la coletivamente enquanto prática e monitorar seus efeitos (Finch et al., 2014; May, 2017). A partir disso, os construtos assumidos pela *NPT* e que alicerçam a teoria no que tange ao trabalho que as pessoas fazem (contribuição) foram formados.

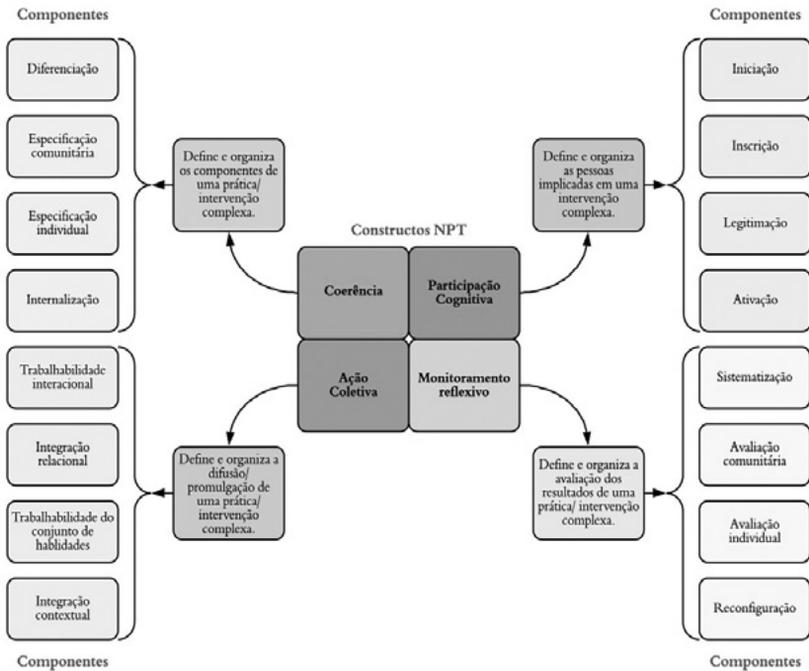


Figura 8.5. Construtos e componentes da *NPT*. As informações contidas na imagem foram baseadas no website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015). A imagem é de autoria própria.

A *NPT* assume quatro construtos, que representam mecanismos geradores da ação social impulsionados por investimentos da agência humana da teoria (May et al., 2015): Coerência (*Coherence*), participação cognitiva (*Cognitive Participation*), ação coletiva (*Collective Action*) e monitoramento reflexivo (*Reflexive Monitoring*). Conforme os autores, os construtos representam diferentes tipos de trabalho realizado pelos atores partícipes da proposta, considerando o trabalho realizado em torno de um conjunto de práticas (May et al., 2015). Cada construto apresenta, ainda, quatro componentes que os definem, representados na Figura 8.5.

Coerência (Coherence)

Na *NPT*, a coerência é considerada a construção da lógica. Neste sentido, além de definir e organizar os componentes de uma intervenção (Figura 8.5), a coerência implica que as pessoas tenham consciência de que a intervenção é, para elas próprias, algo novo, isto é, diferente do trabalho anterior, considerando níveis individuais e coletivos (Keenan et al., 2019). Portanto, trata-se do trabalho que faz sentido, ou seja, tenha lógica. Como todos os construtos do *NPT*, tem quatro componentes:

- ◆ *Diferenciação (Differentiation)*: Trata-se de entender como um conjunto de práticas/ações e seus objetos são diferentes entre si. Por exemplo, compreender as diferenças entre uma nova proposta de prática e o modelo de trabalho anterior utilizado (May et al., 2018; May et al., 2015).
- ◆ *Especificação comum (Communal specification)*: Processo pelo qual pessoas que trabalham juntas criam, compartilham e compreendem a nova prática, construindo um entendimento compartilhado dos objetos, objetivos e benefícios esperados (May et al., 2018; May et al., 2015).

- ◆ Especificação individual (*Individual specification*): Processo individual de compreender uma nova prática, no qual os participantes buscam entender suas tarefas e responsabilidades específicas para implementação de uma nova prática/ação (May et al., 2018; May et al., 2015).
- ◆ Internalização (*Internalised meaning*): Internalizar os benefícios e a importância de um conjunto de práticas, para dar valor a nova forma de trabalho (May et al., 2018; May et al., 2015).

Participação cognitiva (Cognitive participation)

Este construto define e organiza as pessoas implicadas em uma intervenção complexa (Figura 8.5), de forma a auxiliar na compreensão do envolvimento e engajamento de indivíduos e grupos. Trata-se, portanto, do trabalho relacional que as pessoas fazem para construir e sustentar um conjunto de práticas envolvidas em uma nova tecnologia ou intervenção complexa, de forma que os participantes da intervenção legitimem o trabalho necessário para o sucesso da inovação proposta (Keenan et al., 2019; May et al., 2015).

- ◆ Iniciação (*Initiation*): A motivação e o trabalho dos principais participantes para impulsionar e tentar incorporar uma nova prática (May et al., 2018).
- ◆ Inscrição (*Enrolment*): O trabalho que os participantes fazem para organizarem a si mesmos e aos coparticipantes de forma que todos possam contribuir coletivamente para o trabalho envolvido nas novas práticas. Pode envolver reestruturação de relações individuais e de grupos, para a construção de um envolvimento comunitário com a prática proposta (May et al., 2018; May et al., 2015).

- ◆ Legitimação (*Legitimation*): Trata-se da convicção de que a intervenção é adequada para o contexto, sendo considerada um complemento necessário para as ferramentas e abordagens atualmente utilizadas no ambiente. Isto é, garantir que outros participantes acreditem que as práticas propostas estão certas e que eles podem fazer contribuições válidas para este trabalho, o que é importante para cultivar a ligação do participante com o processo (May et al., 2018; May et al., 2015).
- ◆ Ativação (*Activation*): Ações que os participantes podem fazer coletivamente para aprimorar as condições da intervenção e permanecerem envolvidos, de maneira a tornar a intervenção cada vez mais sustentável e suas ações parte da prática diária (May et al., 2018; May et al., 2015).

Ação coletiva (Collective action)

Trata-se do trabalho operacional feito pelos participantes de uma intervenção para que uma prática/intervenção seja promulgada, ou seja, aplicada e difundida de forma coletiva. Para Keenan (2019), a ação coletiva estabelece o “fazer o trabalho necessário”, podendo ser relacionada ainda à interação com práticas já existentes (May et al., 2018). A ação coletiva e seus componentes foram apresentados em 2006, a partir do modelo do processo de normalização – *MNP* (May, 2006). Os componentes da ação coletiva auxiliam a definir e organizar a difusão/promulgação de uma prática/intervenção complexa (Figura 8.5).

- ◆ Trabalhabilidade interacional (*Interactional workability*): refere-se à operacionalização da intervenção, ou seja, o trabalho que as pessoas fazem umas com as outras utilizando ferramentas práticas para operacionalizar o ambiente

cotidiano de trabalho. Trata-se de como uma intervenção complexa é operacionalizada na prática pelas pessoas que a estão utilizando (May, 2006; May et al., 2015).

- ◆ Integração relacional (*relational integration*): referente ao trabalho no qual as pessoas exercitam o conhecimento e desenvolvem responsabilidade e confiança nas práticas propostas pela intervenção e no grupo, à medida que praticam. Também se refere a forma como o conhecimento e o trabalho sobre a intervenção complexa é mediado e compreendido dentro de redes (May, 2006; May et al., 2015).
- ◆ Trabalhabilidade do conjunto de habilidades (*Skill-set workability*): refere-se à tarefa de envolver-se na divisão do trabalho, que é construída em torno de um conjunto de práticas, à medida que são operacionalizadas no mundo real. Isso influenciará a forma que o trabalho será definido e distribuído entre os participantes. Trata-se, portanto, da distribuição e condução do trabalho (May, 2006; May et al., 2015).
- ◆ Integração contextual (*Contextual integration*): refere-se ao trabalho de gerenciamento dos conjuntos de práticas por meio de alocação de recursos e execução de protocolos, políticas e procedimentos, uma vez que quando se implementa um novo conjunto de práticas, há o desafio de como gerenciá-las (May, 2006; May et al., 2015).

Monitoramento reflexivo (Reflexive monitoring)

O construto da NPT nomeado monitoramento reflexivo (Figura 8.5) diz respeito a avaliar sistematicamente a inovação e de forma responsiva modificar o trabalho (Keenan et al., 2019). Ou seja, trata-se do trabalho de avaliação que as pessoas fazem

para avaliar e entender as maneiras pelas quais um novo conjunto de práticas afeta as pessoas diretamente envolvidas e as demais ao seu redor (May et al., 2018; May et al., 2015).

- ◆ **Sistematização:** Trata-se do julgamento dos participantes da intervenção quanto à utilidade e efetividade das práticas propostas, envolvendo ainda o trabalho de coletar informações e sistematizá-las.
- ◆ **Avaliação comunitária:** Trata-se da avaliação comunitária (coletiva) realizada pelos grupos de participantes em relação aos resultados e valores da intervenção, considerando que estes participantes trabalham juntos para avaliar o valor de um conjunto de práticas.
- ◆ **Avaliação individual:** Trata-se da avaliação individual realizada pelos participantes em relação aos resultados e valores da intervenção, considerando os efeitos sobre eles, o contexto em que estão inseridos e suas ações.
- ◆ **Reconfiguração:** trata-se de sugestões dadas pelos participantes da intervenção para redefinir, melhorar ou alterar procedimentos/práticas.

É importante ressaltar que a *NPT* foca seus esforços na compreensão do que de fato as pessoas *fazem*, e não em suas opiniões e crenças. Dessa forma, os quatro constructos (coerência, participação cognitiva, ação coletiva, monitoramento reflexivo) caracterizam não só elementos da teoria, mas também os “*diferentes tipos de trabalho que as pessoas fazem enquanto trabalham em torno de um conjunto de práticas*” (May et al., 2015), fazendo do próprio trabalho o elo entre os constructos, por referirem como esse é feito. No contexto de uma intervenção, por exemplo, para que o trabalho seja feito, é necessário compreender como as pessoas tem dado sentido a ação de implementar e integrar

esta nova intervenção (coerência), perceber como os atores do processo se envolvem no trabalho desenvolvido (participação cognitiva), além de legitimar (ação coletiva) e avaliar os efeitos do trabalho que foi feito (monitoramento reflexivo).

Ferramentas para aplicação da NPT

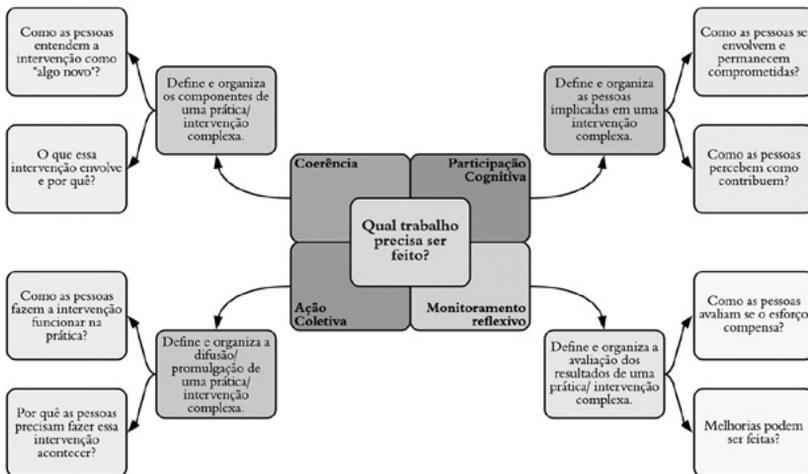


Figura 8.6. Perguntas norteadoras para o processo de implementação. As informações contidas na imagem foram baseadas na apresentação “CfBCP Master Class Normalisation Process Theory” de Finch et al. (2014) e do website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015). A imagem é de autoria própria.

Ainda que se trate de uma teoria sociológica, May enfatiza em suas apresentações que a NPT é uma teoria que deve ser utilizada para aplicação prática, e que não se trata de especulação filosófica (Finch et al., 2014; May, 2017). Finch destaca que para aplicar a NPT, é necessário refletir sobre qual é o objetivo a ser alcançado – seja desenhar ou planejar uma intervenção ou desenhar e conduzir um avaliação – e, caso seja para fins de pesquisa, qual abordagem metodológica é mais útil para responder as perguntas

– qualitativa, ensaios, revisão sistemática etc. – sendo importante destacar que não se trata apenas de pesquisa acadêmica, mas também de uma ferramenta que permite colher informações para o estudo da implementação de uma intervenção na prática.

Para pensar em uma intervenção e identificar possíveis barreiras para a implementação e adesão, Finch et al. (2014) propõe o uso de perguntas norteadoras (Figura 8.6) para a sugestão de soluções e melhorias para o processo de implementação. Assim, a *NPT* pode ser útil como ferramenta sensibilizante, que possibilite aos pesquisadores pensar através dos problemas de implementação enquanto desenvolvem intervenções complexas e suas avaliações.

NPT ToolKit

A *NPT* é uma teoria sociológica que auxilia entender os desafios e oportunidades de intervenções complexas, não se tratando de um modelo absoluto e inflexível. Rapley e Finch (2014) destacam que a *NPT* não é sagrada, recomendando adaptações, reorganizações, reflexões e novas perguntas para superar os desafios da normalização em intervenções complexas (May, Finch, & Rapley, 2020; Rapley & Finch, 2014).

Para auxiliar as equipes no desenvolvimento, implementação e avaliação de suas intervenções, foi desenvolvido o kit de ferramentas interativo da *NPT* (*NPT ToolKit*), disponível no *website* oficial da *NPT*: <http://www.normalizationprocess.org> (May et al., 2011). O kit auxilia especialmente a reflexão crítica de desafios de implementação de novas tecnologias, sejam intervenções, inovações tecnológicas, mudanças de cuidados em saúde entre outras. Composto por 16 perguntas que representam as principais variáveis da teoria, a proposta da ferramenta é envolver os participantes da intervenção de forma que estes possam discutir e pensar sobre as dificuldades e conquistas importantes para a proposta realizada,

de maneira que o resultado da discussão seja amplo e subjetivo, não apenas dualista (sim ou não) (May et al., 2011; May et al., 2015; Rapley & Finch, 2014).

O kit, disponível apenas na língua inglesa, foi construído com base na própria *NPT* e em colaboração com outros autores, sendo uma peça interessante para discutir e repensar/ajustar a intervenção. Vale ressaltar que, uma vez que todos os participantes da intervenção – direta e indiretamente – são relevantes para o engajamento e normalização das práticas propostas, a aplicação da ferramenta deve ser realizada não somente com um grupo (por exemplo médicos ou pacientes), mas com o máximo de pessoas envolvidas possível (médicos, pacientes, gestores, desenvolvedores da intervenção, dentre outros) (May et al., 2015).

O *NPT ToolKit*, criado especialmente para simplificar as construções da *NPT* e auxiliar a reflexão sobre os desafios de intervenções, possui três recursos demonstrados na Figura 8.7 (May et al., 2015):

- ◆ Instrução: define a variável utilizada na *NPT*.
- ◆ Barra deslizante: permite inserir a informação do grupo sobre essa variável.
- ◆ Explicação detalhada: fornece mais detalhes sobre o significado da declaração, para auxiliar o grupo na reflexão.

1. Participants distinguish the intervention from current ways of working.

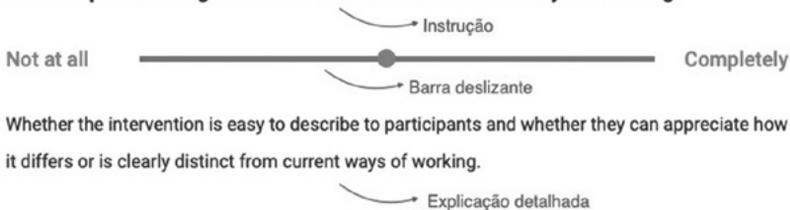


Figura 8.7. Demonstração da pergunta 1 do *NPT ToolKit*. Imagem adaptada do website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015).

Ainda que a barra deslizante esteja padronizada com marcação no centro, não se trata de “posição neutra”. Uma vez que o kit fornece uma avaliação subjetiva da intervenção, a proposta do kit em promover discussões críticas sobre as práticas inovadoras em análise permite justamente que, caso a resposta seja positiva em relação ao item, move-se o cursor para a direita; do contrário, para a esquerda (May et al., 2015), sem que isso gere uma resposta numérica.

Uma vez respondidos os 16 itens, o *NPT ToolKit* permite ao usuário a visualização dos resultados, apresentados por um conjunto de gráficos de radar que expressam a força atribuída a cada variável (Figura 8.8). A Figura 8.9., por sua vez, exemplifica o modelo do gráfico com todos os 16 itens marcados em posição central nas barras de rolagem.

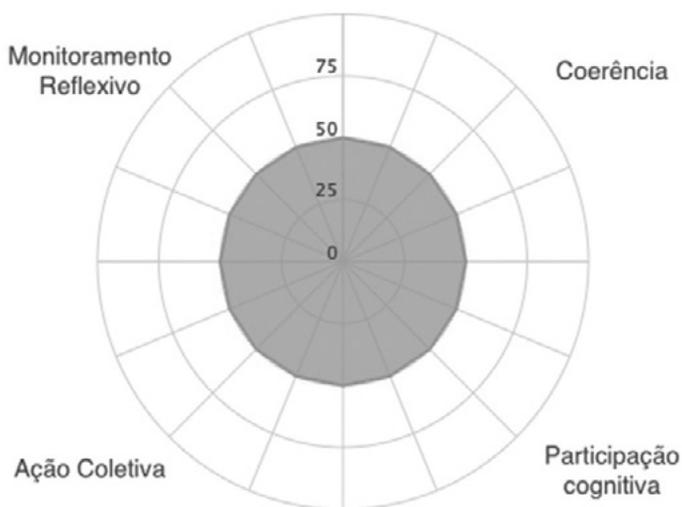


Figura 8.8. Gráfico radar dos construtos da NPT visualizados pelo *NPT Toolkit*. Imagem adaptada do website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015).

O comprimento de cada raio do gráfico é proporcional à magnitude da variável, sendo que as respostas negativas se aproximam mais do centro, enquanto positivas se estendem mais para fora da linha central. O *NPT ToolKit* fornece o gráfico com os 4 construtos (Figura 8.9) e, ainda, cada construto analisado separadamente.

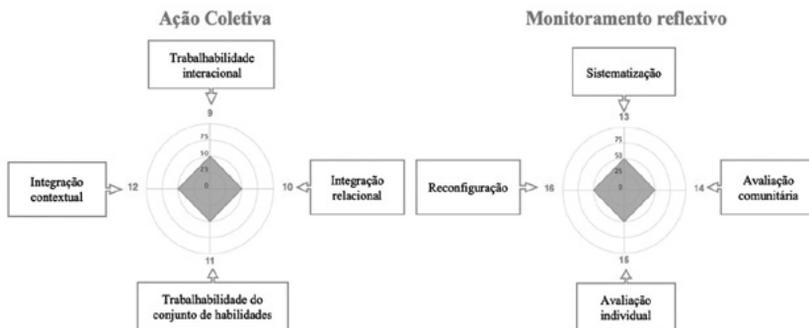


Figura 8.9. Gráfico radar dos componentes da NPT visualizados pelo *NPT Toolkit*. Imagem adaptada do website oficial da Normalization Process Theory de May et al. (2015).

A partir desta análise, os autores recomendam que o foco avaliativo seja nas áreas onde as respostas estão mais próximas do centro (negativas), uma vez que isso indica os problemas da intervenção, fornecendo uma imagem mais clara de cada área específica de trabalho que leva à incorporação de uma inovação ou intervenção complexa (May et al., 2015). Estudos como os de Keenan (2019) utilizaram o *NPT Toolkit* enquanto ferramenta de análise para explorar o envolvimento público e do paciente em seis estudos de caso de um programa em saúde no Reino Unido, sendo expostos os gráficos de radar resultantes.

É relevante ressaltar que os autores da teoria enfatizam que o *NPT Toolkit* não é um instrumento científico, justificando que este não fornece pontuações objetivas para cada variável e não

foi construído para essa finalidade e, portanto, este formato não se encontra validado. Contudo, é possível encontrar no website da *NPT* recomendações para construção de instrumentos que permitam a medida dessas variáveis (May et al., 2015).

Instrumento NoMAD

Uma vez que o *NPT ToolKit* não seja uma ferramenta científica que permita aos seus utilizadores analisar a intervenção em uma perspectiva quantitativa, foi criado o instrumento *NoMAD* (Finch et al., 2015).

Trata-se de um instrumento referência, ou seja, que serve como um modelo adaptável para os questionamentos da intervenção, podendo ser utilizado de diferentes maneiras e para responder diferentes aspectos da intervenção. Em outras palavras, o *NoMAD* é um instrumento de pesquisa, customizável, que permite a adaptação da *NPT* em prática de análise quantitativa de uma intervenção, composto por 23 itens que refletem os construtos da teoria (Finch et al., 2015; May et al., 2015; Murray et al., 2010).

Os autores recomendam ainda que, ao utilizar o *NoMAD*, sejam seguidos alguns passos (May et al., 2015):

- ◆ Desenvolver uma introdução sobre a intervenção que está sendo analisada, que conste no questionário (May et al., 2015);
- ◆ Adicionar perguntas relevantes sobre as atribuições/funções dos entrevistados (May et al., 2015);
- ◆ Incluir perguntas relevantes para a análise da normalização de sua intervenção que não constem no instrumento (May et al., 2015);

- ◆ Determinar os grupos que participarão da pesquisa, de forma a obter a percepção de diferentes grupos (May et al., 2015);
- ◆ Definir o meio de propagação da pesquisa e como conduzi-la – por papel, por *software* online, dentre outros (May et al., 2015);
- ◆ Customizar as instruções e a apresentação do questionário, adequando-o para as necessidades da pesquisa (May et al., 2015);
- ◆ Comparar as diferenças entre os grupos, observando especialmente quanto aos diferentes papéis desempenhados por estes na intervenção, sua relação com os procedimentos e demais elementos considerados relevantes para a análise (May et al., 2015);

Estudos que utilizaram a teoria

Existe atualmente na literatura uma gama de estudos que utilizaram os conceitos da *NPT*, bem como suas ferramentas para analisar suas intervenções e práticas (*NPT ToolKit*, *NoMAD*). Todavia, por se tratar de uma teoria complexa, em constante refinamento e com publicações limitadas à língua inglesa, não foram encontrados casos nacionais de estudos que utilizaram a *NPT* como metodologia de análise, sendo somente mencionado em uma dissertação brasileira que descreve resumidamente a teoria, mas não a adota como método (Abdala, 2018).

Em contexto internacional, contudo, um estudo de revisão sistemática dos trabalhos que usaram a *NPT* demonstrou que entre 2006 e 2012, vinte e nove (29) estudos usaram a *NPT* (Mcevoy et al., 2014), identificando ainda que se tratavam de estudos de diferentes temáticas em saúde (depressão, infertilidade, *e-health*,

promoção em saúde, serviços de telemedicina, entre outros). A maioria dos estudos eram de abordagem metodológica qualitativa e com foco em entender o processo de implementação.

Este número atualmente é muito maior, em parte devido à ampliação da disseminação da teoria, a facilitação da compreensão dos construtos por meio do Manual Online disponibilizado no website oficial e, ainda, pela ampliação da aplicabilidade, constantemente instigada pelos autores (May et al., 2020; 2015).

Para entender a *NPT* e como ela pode ser utilizada em diferentes contextos, o artigo “*Normalization Process Theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions*” (Murray et al., 2010) teve como objetivo apresentar o uso dos construtos da *NPT* para o desenvolvimento de intervenções complexas, para otimização de parâmetros de teste e, por fim, para implementação de intervenções complexas, utilizando o programa “*The UK ImPACT back study*” como referência de análise e avaliação.

O programa, que tinha como objetivo promover e incentivar o uso de evidências para basear os atendimentos de pacientes com dor nas costas na atenção primária, foi analisado utilizando metodologia à luz dos construtos da *NPT* pelos próprios autores da teoria (Figura 8.10).

Após definir claramente o *ImPACT*, a metodologia de análise consistiu em realizar as perguntas descritas na Figura 8.10 (coluna 1), analisando-as sob a perspectiva dos constructos da *NPT*. Foi identificado pelos autores que a intervenção possuía baixa *coerência* (a intervenção não fazia sentido de forma clara), baixa *participação cognitiva* (baixo engajamento para a implementação) e baixa *ação coletiva* (realização do trabalho de forma a contribuir para que a intervenção acontecesse), prejudicando assim a implementação da intervenção e influenciando diretamente os

feedbacks negativos recebidos (*monitoramento reflexivo*) pelos pacientes submetidos aos procedimentos propostos pelo *ImPACT* (Murray et al., 2010).

Tabela 8.1. Exemplo de questões a serem consideradas na estrutura da NPT. Adaptado de "Normalization Process Theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions.", de Murray et al. (2010).

Construto	Uso do construto no desenvolvimento de intervenções complexas	Uso do construto na otimização de parâmetros de pesquisa	Uso do construto na implementação de intervenções complexas
Coerência	<p>A intervenção é fácil de descrever?</p> <p>É claramente distinta de outras propostas?</p> <p>Tem um objetivo claro para todos os potenciais participantes?</p> <p>Os participantes têm um senso compartilhado da finalidade da proposta?</p> <p>Quais benefícios a intervenção trará e para quem?</p> <p>Esses benefícios provavelmente serão avaliados pelos potenciais participantes?</p> <p>Se encaixa nos objetivos e atividades gerais da organização?</p>	<p>A pesquisa é fácil de descrever?</p> <p>É claramente distinta de outras propostas?</p> <p>Tem um objetivo claro para todos os participantes relevantes?</p> <p>Os participantes têm um senso compartilhado da finalidade da proposta?</p> <p>Quais benefícios a pesquisa trará e para quem?</p> <p>Esses benefícios provavelmente serão avaliados pelos potenciais participantes?</p> <p>Se encaixa nos objetivos e atividades gerais da organização?</p>	<p>A intervenção é fácil de descrever?</p> <p>É claramente distinta de outras propostas?</p> <p>Tem um objetivo claro para todos os participantes relevantes?</p> <p>Os participantes têm um senso compartilhado da finalidade da proposta?</p> <p>Quais benefícios a intervenção trará e para quem?</p> <p>Esses benefícios provavelmente serão avaliados pelos potenciais participantes?</p> <p>Se encaixa nos objetivos e atividades gerais da organização?</p>
Participação cognitiva	<p>Os grupos de usuários-alvo provavelmente pensam que é uma boa ideia?</p> <p>Eles verão facilmente o objetivo principal da intervenção?</p> <p>Eles estarão preparados para investir tempo, energia e trabalhar nisso?</p>	<p>Os grupos de usuários-alvo provavelmente pensam que a pesquisa é uma boa ideia?</p> <p>Eles verão o objetivo principal da pesquisa facilmente?</p> <p>Eles estarão preparados para investir tempo, energia e trabalhar nisso?</p>	<p>Os grupos de usuários-alvo provavelmente pensam que a intervenção é uma boa ideia?</p> <p>Eles verão o objetivo principal facilmente?</p> <p>Eles estarão preparados para investir tempo, energia e trabalhar nisso?</p>

<p>Ação coletiva</p>	<p>Como a intervenção afetará o trabalho dos grupos de usuários? Será que vai promover ou impedir o seu trabalho? Que efeito isso terá nas consultas? A equipe precisará de treinamento extensivo antes de poder usá-la? Qual é a compatibilidade com as práticas de trabalho existentes? Que impacto terá sobre a divisão do trabalho, recursos, poder e responsabilidade entre diferentes grupos profissionais? A intervenção se encaixa nos objetivos e atividades gerais da organização?</p>	<p>Como os procedimentos de avaliação afetarão o trabalho dos grupos de usuários? Os participantes promoverão ou impedirão seu trabalho? Que efeito isso terá nas consultas? A participação no estudo exigirá treinamento extensivo para os funcionários envolvidos? Qual é a compatibilidade da pesquisa com as práticas de trabalho existentes? Que impacto terá sobre a divisão do trabalho, recursos, poder e responsabilidade entre diferentes grupos profissionais? O estudo se ajustará aos objetivos e atividades gerais da organização?</p>	<p>Como a intervenção afetará o trabalho dos grupos de usuários? Será que vai promover ou impedir o seu trabalho? Que efeito isso terá nas consultas? A equipe precisará de treinamento extensivo antes de poder usá-lo? Qual é a compatibilidade com as práticas de trabalho existentes? Que impacto terá sobre a divisão do trabalho, recursos, poder e responsabilidade entre diferentes grupos profissionais? A intervenção se encaixa nos objetivos e atividades gerais da organização?</p>
<p>Monitoramento reflexivo</p>	<p>Como é que os usuários percebem a intervenção depois de algum tempo? É provável que a intervenção seja percebida como vantajosa para pacientes ou funcionários? Ficará claro que efeitos a intervenção teve? Os usuários/equipe podem contribuir com feedback sobre a intervenção, uma vez que ela está sendo usada? A intervenção pode ser adaptada ou melhorada com base na experiência?</p>	<p>Como é que os usuários percebem a pesquisa depois de um tempo? É provável que seja percebido como vantajoso para pacientes ou funcionários? Ficará claro quais efeitos o estudo teve? Os usuários/equipe podem contribuir com feedback sobre os procedimentos de estudo? Os procedimentos de estudo podem ser adaptados/aprimorados com base na experiência?</p>	<p>Como é que os usuários percebem a intervenção depois que ela é usada há algum tempo? É provável que seja percebido como vantajoso para pacientes ou funcionários? Ficará claro que efeitos a intervenção teve? Os usuários/equipe podem contribuir com feedback sobre a intervenção, uma vez que ela está sendo usada? A intervenção pode ser adaptada/melhorada com base na experiência?</p>

Por resultado, a análise permitiu esclarecer a perspectiva dos participantes sobre o processo de implementação (especialmente profissionais de saúde), considerando ainda o funcionamento e sentido da intervenção, levando a mudanças no desenho do programa, bem como a criação de um grupo de trabalho vinculado ao projeto que realizava a mediação, além de conseguir reatar o interesse dos participantes em utilizar o modelo de referência, resolvendo, assim, o problema da baixa coerência. Assim, a própria análise do *ImPACT* utilizando os princípios da *NPT* tornou possível o redesenho da intervenção para estudos subsequentes, podendo aumentar seu potencial de normalização (Murray et al., 2010). Isso foi possível considerando que a partir da utilização da *NPT*, percebeu-se as dificuldades da implementação destacadas pelos próprios profissionais que utilizavam a intervenção (médicos), permitindo visão mais clara dos problemas que dificultavam o processo.

Neste exemplo, a *NPT* provou ser valiosa para entender o contexto em que a intervenção estava inserida ao demonstrar que o *ImPACT* apresentava baixa coerência, uma vez que o enfoque da intervenção (dor nas costas) fazia pouco sentido para os médicos participantes no âmbito de uma consulta geral.

O estudo de Keenan et al. (2019), por sua vez, buscou demonstrar os achados do projeto de pesquisa-ação *IMPRESS*, que tinha por objetivo fortalecer o envolvimento do paciente e do público no *CLAHRC East of England (Collaborations for Applied Health Research and Care)*. Cabe ressaltar que o Envolvimento do Paciente e do Público (EPP) é a política de pesquisa em saúde no Reino Unido (UK), sendo definida no estudo de Keenan et al. (2019) como pesquisas realizadas por ou com a participação de pacientes/público, ao invés de pesquisas que são sobre ou para

eles. A diferença está especialmente no fato de que os envolvidos na pesquisa são protagonistas no processo, não só participantes, mas co-pesquisadores, conselheiros, dentre outras funções diretamente ligadas ao desenvolvimento da pesquisa.

Considerando que o EPP é um requisito para o financiamento de pesquisas de saúde e assistência social no Reino Unido, o *IMPRESS* se destacou por combinar a pesquisa-ação com a Teoria do Processo de Normalização (*NPT*) para explorar o envolvimento paciente/público em diversos projetos de estudo de caso, identificando ações para implementar, testar e refinar para, em seguida, incorporar à ações que promovessem o EPP. A proposta dos autores envolveu realizar uma análise do EPP, a partir dos conceitos da *NPT*, utilizando entrevistas qualitativas semiestruturadas com pesquisadores e colaboradores do EPP, grupos focais e análise dos documentos dos projetos de EPP (Keenan et al., 2019).

Como resultado, os autores encontraram diferenças entre os projetos implementados, estando alguns com o PPI totalmente incorporado e outros com variação interna ampla, portanto, de difícil incorporação. Ainda, foi possível identificar a preocupação das equipes em relação a possibilidade de estereotipagem do PPI, resultando em equipes que acabaram por decidir utilizar modelos com evidência científica mais robusta em vez de inovar ou questionar as abordagens estabelecidas (Keenan et al., 2019).

A combinação do *NPT* com a pesquisa-ação facilitou a avaliação sobre a incorporação da EPP nos projetos avaliados, além de contribuir para detalhar quanto os projetos analisados deram sentido, aderiram, operacionalizaram e avaliaram o PPI, colaborando para identificar limitações e potencialidades para os PPI totalmente incorporado (Keenan et al., 2019).

Considerações finais

A sociedade deve contar com profissionais capazes de impulsionar o desenvolvimento e a normalização de inovações, aliadas às boas práticas e evidências científicas, para melhorias em saúde. Para tanto, é de suma importância a compreensão das etapas que constituem o processo de normalização, de modo a garantir que a população tenha acesso às novas tecnologias em saúde. No entanto, o conhecimento das teorias que envolvem tal processo não parece ser suficiente, no que diz respeito à incorporação das novas tecnologias no cotidiano dos profissionais, se fazendo necessária a implementação dos modelos de normalização que vêm sendo relatados na literatura.

Cabe referir reflexão sobre o processo de implementação, desenvolvimento e avaliação de propostas interventivas, que constituem a normalização, de forma a garantir uma análise real da eficácia e efetividade da proposta tecnológica e, ainda, garantir que a implementação seja feita da melhor forma possível, além da sustentabilidade e escalonamento da intervenção. Assim, as definições e construtos que possibilitam a compreensão da NPT foram descritos neste capítulo, associada a estudo científico que demonstra sua aplicabilidade. O atual cenário é favorável ao crescimento da teoria, com publicações recentes e ampliação dos campos de aplicação (Keenan et al., 2019; May et al., 2020; May et al., 2018).

A NPT tem sido escolhida dentre outras teorias de implementação/avaliação por apresentar flexibilidade quanto ao uso de suas ferramentas, facilitando a adaptação local para auxiliar na resolução de desafios de implementação (May et al., 2018). E, ainda, por englobar a avaliação qualitativa como forte ferramenta para explicar os problemas da intervenção. O uso da NPT tem

tido recomendado na literatura por fornecer relevante visão da intervenção em diferentes momentos (desenho, implementação, avaliação), facilitando assim compreender o contexto, os participantes e como o trabalho é, de fato, realizado.

Contudo, ainda possui limitações quanto à sua disseminação, especialmente ligadas à complexidade do vocabulário técnico, publicações de grande maioria em inglês e quanto à integração com métodos mistos (qualitativos e quantitativos), uma vez que o instrumento *NoMAD*, para dados quantitativos, ainda tem poucas publicações com seu uso. Conforme os autores, a teoria está em constante aprimoramento, sendo tais itens discutidos pela equipe e com prováveis novidades nos próximos anos (May et al., 2018).

Algumas terminologias utilizadas foram traduzidas pela primeira vez por não terem sido encontrados outros artigos na língua portuguesa sobre o assunto, com exceção da Dissertação de Mestrado de Abdala (Abdala, 2018). Desse modo, sugere-se que, à medida que sejam realizadas novas produções em português, estes termos sejam revisados e, caso necessário, readaptados.

Referências

- Abdala, I. G. (2018). *Barreiras e Facilitadores da Implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste do Brasil Segundo Gestores: Uma Análise de Contexto Baseada em Abordagens de Avaliação de Processo*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Brasília, DF, Brasil. Retrieved from https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34411/1/2018_IngridGomesAbdala.pdf
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi:[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Callon, M. (2001). Actor Network Theory. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 62–66. doi:<https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03168-5>

Dearing, J. W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 503–518. doi:10.1177/1049731509335569

Elwyn, G., Légaré, F., Weijden, T. V. D., Edwards, A., & May, C. (2008). Arduous implementation: Does the Normalisation Process Model explain why it's so difficult to embed decision support technologies for patients in routine clinical practice. *Implementation Science, 3*(1), 1–9. doi:10.1186/1748-5908-3-57

Finch, T., May, C., & Rapley, T. (2014). *CfBCP Master Class Normalisation Process Theory (Plenary session) 23 10 14*. In I. Renwick (Ed.), *Master Class - Getting new ideas into practice: normalising the implementation of complex interventions across the healthcare system*. Academic Health Science Network. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=Akdynvn4yv4>

Gask, L., Bower, P., Lovell, K., Escott, D., Archer, J., Gilbody, S., ... Richards, D. A. (2010). What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implementation Science, 5*(1), 1–11. doi:10.1186/1748-5908-5-15

Keenan, J., Poland, F., Boote, J., Howe, A., Wythe, H., Varley, A., ... Wellings, A. (2019). 'We're passengers sailing in the same ship, but we have our own berths to sleep in': Evaluating patient and public involvement within a regional research programme: An action research project informed by Normalisation Process Theory. *PLOS ONE, 14*(5), e0215953. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215953>

May, C. (2006). A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Services Research, 6*, 1–11. doi:10.1186/1472-6963-6-86

May, C. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science, 8*(18), 19–37. doi:<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>

- May, C. (2017). Carl May on Normalisation Process Theory (NPT). In *Amsterdam Symposium on Innovating Healthcare: An Implementation Science Perspective held*. European Implementation Collaborative. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=SDyKBolNph4>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. doi:10.1177/0038038509103208
- May, C., & Finch, T. (2010a). Introduction to Normalization Process Theory: rationale, structure and function. Retrieved 22 November 2019, from <https://www.slideshare.net/CarlRMay/new-introduction-to-npt2>
- May, C., & Finch, T. (2010b). Introduction to Normalization Process Theory. Retrieved from <https://www.slideshare.net/CarlRMay/new-introduction-to-npt2>
- May, C., Finch, T., & Rapley, T. (2020). Normalization Process Theory. In P. Nilsen & S. A. Birken (Eds.), *Handbook on Implementation Science* (1st ed., pp. 144–167). Edward Elgar Publishing.
- May, C., Harrison, R., Finch, T., MacFarlane, A., Mair, F., & Wallace, P. (2003). Understanding the Normalization of Telemedicine Services through Qualitative Evaluation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(6), 596–604. doi:10.1197/jamia.M1145
- May, C., Mort, M., Williams, T., Mair, F., & Gask, L. (2003). Health technology assessment in its local contexts: Studies of telehealthcare. *Social Science and Medicine*, 57(4), 697–710. doi:10.1016/S0277-9536(02)00419-7
- May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: A systematic review. *Implementation Science*, 13(80). doi:10.1186/s13012-018-0758-1

May, C. R., Finch, T., Ballini, L., MacFarlane, A., Mair, F., Murray, E., Rapley, T. (2011). Evaluating complex interventions and health technologies using normalization process theory: Development of a simplified approach and web-enabled toolkit. *BMC Health Services Research*, 11(1), 245. doi:10.1186/1472-6963-11-245

May, C., Rapley, T., Mair, F. S., Treweek, S., Murray, E., Ballini, L., Finch, T. L. (2015). Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument. Retrieved 20 November 2019, from <http://www.normalizationprocess.org>

Mcevoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, K., Mair, F., & MacFarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation Science : IS*, 9, 2. doi:10.1186/1748-5908-9-2

Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., May, C. (2010). Normalisation process theory: A framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 8(1), 63. doi:10.1186/1741-7015-8-63

Rapley, T., & Finch, T. (2014). *CfBCP Master Class: Normalisation Process Theory (Application of the theory and toolkit) 23 10 14*. In *Master Class - Getting new ideas into practice: normalising the implementation of complex interventions across the healthcare system*. Academic Health Science Network. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=XeC-IMz4Cs0&t=2012s>

EPIS *Framework*: pontes para inovação social

Matheus da Silva Neves
Sílvia Renata Lordello

Introdução

O desenvolvimento tecnológico não segue um caminho ascendente, único e linear. Ele recebe influências do contexto em que se desenvolve, de forças econômicas e costuma assumir forma desigual por grupos sociais. Há uma relação direta entre tecnologia e a produção de desigualdades sociais, uma vez que essa se desenvolve para acompanhar os processos de capitalização dos bens de consumo, reforçada a partir da industrialização. Dessa forma, sua difusão depende do capital como acesso (Moreira, 2006; Fonseca, 2007). As tecnologias existem enquanto conjunto de aparatos técnico-científicos funcionais, que facilitam, agilizam ou encurtam processos na realização de um objetivo previamente estabelecido, logo elas dependem de necessidades para serem desenvolvidas. O saber popular sobre tecnologia caracteriza a relação consumista, no uso de ferramentas digitais, *gadgets*, aplicativos no *smartphone*, acessórios, eletrodomésticos, dentre outros. Porém, podemos compreender a partir do seu radical (técnica e estudo) a amplitude de possibilidades que podem ser difundidas quando analisadas sob a ótica das ciências humanas aplicadas.

Quando tratamos de tecnologias sociais, amplia-se o alcance do conceito, que passa a ter foco no desenvolvimento de ações dirigidas à inclusão social. Nesse caso, as tecnologias funcionam como ferramentas que colaboram para solucionar problemas sociais, com a peculiaridade de que os próprios atores estão envolvidos em todo o processo. De acordo com Maciel e Fernandes (2011), a tecnologia social se baseia em princípios como transformação social, participação direta da população, inclusão social e melhoria das condições de vida, inovação, diálogo entre saberes acadêmicos e populares, fortalecimento da cidadania e dos processos democráticos, entre outras prioridades. Há uma mudança de perspectiva, uma vez que as populações consideradas como necessitadas de tecnologias sociais passam a atuar diretamente no desenvolvimento de melhorias de suas próprias condições.

Intervenções psicossociais podem ser definidas como dispositivos tecnológicos sociais, que se caracterizam como instrumentos ou métodos capazes de auxiliar ou resolver problemas percebidos e que geram impacto social (Christopoulos, 2011). A implementação de tecnologias inovadoras em serviços sociais é geralmente considerada mais complexa do que a implementação de outros tipos de tecnologia, devido ao fato de as tecnologias de serviço humano serem entregues por meio de ações de indivíduos e organizações, que existem em contextos sociais complexos de multinível (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009).

A relação entre intervenções psicossociais e tecnologias sociais propõe a construção de pontes entre a produção de técnicas e instrumentos, baseados em métodos e evidências científicas, aliadas à participação da comunidade, na promoção de valores coletivos emancipatórios. O conceito isolado de “intervenção” pode sugerir uma forma desigual e hierárquica de poder, considerando

participantes da intervenção como receptores passivos, mas a proposição aqui é exatamente o oposto: abordar a participação ativa e protagonizada pelos usuários ao longo do processo. Para isso, falaremos de uma ferramenta que pode colaborar para essa finalidade.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o *framework EPIS* (Exploração, Preparação, Implementação e Sustentação) como importante recurso no campo das intervenções psicossociais. A ferramenta provê um trabalho sistemático, que confere robustez teórico-metodológica às tomadas de decisões dos *stakeholders* e permite uma visão multidimensional da construção da intervenção e suas etapas de avaliação e implementação. Serão abordados no capítulo quatro componentes centrais do EPIS e as análises dos contextos interno, externo, práticas baseadas em evidências (PBE) e os *bridging factors*. Além disso, ilustramos com uma pesquisa internacional que utilizou o modelo para guiar as etapas do estudo de acordo com as fases do EPIS.

Cada vez mais, reconhecemos que a melhoria dos serviços projetados para apoiar a saúde mental e o bem-estar de cidadãos envolvidos nos serviços do setor público é influenciada tanto pelo processo de implementação de práticas inovadoras, quanto pelas práticas selecionadas para implementação (Aarons & Palinkas, 2007; Palinkas & Aarons, 2009; Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Dessa forma, há expectativa de que os serviços sejam capazes de aperfeiçoar suas práticas, aliadas a pressupostos científicos orientados por metodologias de pesquisa.

Em um breve histórico, a criação deste *framework* teve foco na implementação de serviços sociais e de saúde pública situados no sistema público (Moullin, Sabater-Hernández, Fernandez-Llimos & Benrimoj, 2015). Ele foi desenvolvido com base em análises da

literatura sobre implementação de práticas e protocolos de diferente predecessores (Damschroder et al., 2009; Proctor et al., 2011; Proctor et al., 2009; Simpson & Flynn, 2007), que integra vários elementos em um modelo capaz de incorporar abordagens de multinível para transformações ao longo do tempo. A expectativa de desenvolvimento deste modelo para o aperfeiçoamento envolve a participação de agências, investimento de tempo e recursos durante as fases de Exploração, Preparação, Implementação e Sustentação (Becan et al., 2018).

O *framework* EPIS (Aarons et al., 2011) está associado ao processo de implementação de práticas baseadas em evidências (PBE) e adaptação estratégica de estruturas de pesquisa/projetos. Esta adaptação é diversa e única, de acordo com a necessidade e o contexto que se desenvolve a intervenção, desde a conceptualização das etapas de um estudo até a avaliação final de seus resultados, como iremos ilustrar neste capítulo. Esta ferramenta também permite a apreensão e a descrição dos mecanismos da intervenção/protocolo explorado, análise contextual de multi-fatores relacionais entre variáveis e hipóteses, além de funcionar como guia de etapas sistematizadas ou não.

O uso de *frameworks* na construção de um modelo

A utilização de um *framework* serve como um guia na construção de uma intervenção, o que facilita seu processo de implementação e avaliação. A ferramenta consiste em um passo a passo cujas fases possuem diretrizes claras que orientam a ação. Na concretização de um conjunto imaterial de ideias, o uso de modelos enquanto ferramentas metodológicas de implementação nos leva a um recorte necessário. Esse recorte deve preservar aspectos subjetivos complexos e transformá-los em unidades passíveis de análise, de acordo com sua aplicabilidade, às circunstâncias

observadas. Este delineamento dá corpo a um conjunto de características abstratas em estruturas metafóricas que nos permite atribuir funções e sentidos a essas unidades, o que viabiliza que a interpretação encontre ressonância na realidade e se materialize (Neves & Lordello, 2019a).

Há necessidade de compreensão sobre como esses modelos individuais e *frameworks* podem promover a implementação e a avaliação eficaz no campo das ciências humanas aplicadas. Essa ferramenta se mostra pertinente nas instituições públicas, servindo à multiplicidade de contextos, o que sugere o uso de métodos mistos e bases epistemológicas diversas. É crescente o número de estudos publicados nos quais ferramentas de implementação são utilizadas, porém a descrição metodológica e a aplicabilidade desses mecanismos não são descritas ou examinadas com profundidade (Mazzucca et al., 2018).

Por uma questão didática e para aproximar o leitor desta complexidade, sugerimos uma comparação entre as etapas que envolvem a implementação e o processo criativo de elaborar um jogo. Antes de criar um jogo, vários questionamentos podem surgir aos elaboradores: qual é o tipo do jogo? Que regras possuirá? Que recursos? Serão utilizadas cartas, peças ou outros objetos? Quantas rodadas o jogo precisa ter para chegar ao objetivo? Depois dos passos de planejamento, efetua-se a criação e chega-se ao momento de testar o jogo. Esse momento gera novas perguntas: o jogo faz sentido? As pessoas se engajaram? Promove entretenimento aos participantes? Qual tipo de público pode ter uma experiência mais prazerosa? Onde, quando, como e com quem criar esse jogo pode definir a qualidade da experiência de todos. Existem diversos aspectos que podem facilitar a criação de jogos, como planejar o objetivo, descrever regras gerais que

definem os limites e possibilidades das jogadas, garantir que peças/cartas façam sentido entre si. Além disso, analisar se o desenvolvimento do jogo faz sentido com o arranjo geral das regras, certificar-se de que ao final estes aspectos tenham sido contemplados são outros aspectos fundamentais. Seguindo essa proposta lúdica, convidamos o leitor a conhecer os elementos centrais que compõem os componentes centrais do modelo que serão apresentados a seguir.

Componentes centrais do *framework* EPIS

Para que possamos ilustrar as diversas formas de como as fases do modelo EPIS podem ser operacionalizadas, é necessário compreendermos os componentes centrais que abarcam a construção do *framework*, e como estes fazem sentido de forma relacional-interativa. As fases do modelo representam a sistematização de ações e perguntas essenciais para validação de práticas e decisões a serem tomadas pela equipe interventiva. Ao contrário de um reducionismo tecnicista, a principal ideia da ferramenta é colaborar para uma identidade da intervenção, sistematizando um conjunto de etapas que podem dar maior consistência ao plano em questão. Há uma expectativa de que a condução da implementação das etapas do projeto/pesquisa se apoie na estrutura descrita pelas fases: explorar, preparar, implementar e sustentar (Aarons et al., 2011).

Com base na compreensão sobre o funcionamento das fases, precisamos então estabelecer articulações funcionais entre o contexto interno e externo dos sistemas delineados pelo escopo do projeto. A relação entre as circunstâncias provenientes destes universos é promotora de uma riqueza de informações, que irão direcionar estratégias essenciais para assegurar o fortalecimento da implementação (Aarons, 2005; Aarons et al., 2011). Estas

estratégias são essenciais para a fundamentação das tomadas de decisões que envolvem as escolhas da PBEs e como estas serão promotoras da transformação objetivada pela intervenção. Por fim, as interpretações desses dados possibilitam a ordenação conceitual de estratégias robustas que expressam sentidos operacionais sobre abordagens, posturas e técnicas estruturais para a execução e replicação das etapas do projeto/pesquisa de acordo com as características específicas da intervenção. A seguir, aprofundaremos em cada um destes componentes centrais.

Componente 1: As fases do modelo

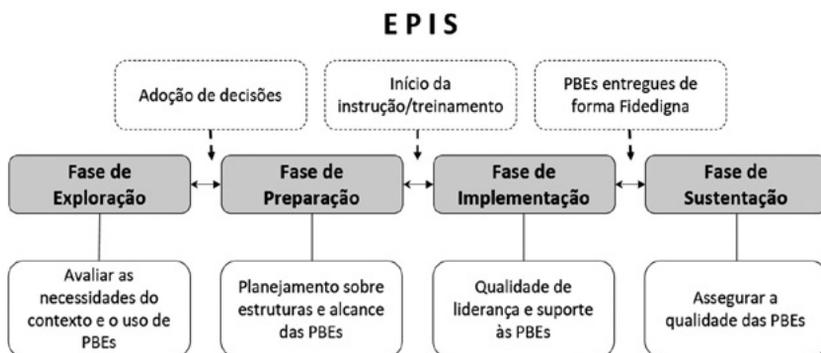


Figura 9.1: Parte do modelo teórico original (Aarons et al., 2011), traduzido pelos autores do capítulo⁴.

O primeiro componente central contempla a compreensão das quatro fases do modelo: *Exploration*, *Preparation*, *Implementation* e *Sustainment*. Estas fases descrevem sentidos da organização sistemática e estrutural dos processos de implementação, em que consideram fatores em potencial que possam influenciar cada fase dentro dos diferentes níveis. Estes fatores podem ser avaliados de forma qualitativa e quantitativa, a depender do desenho

⁴ Versão em inglês disponível em <https://episframework.com/what-is-epis>.

escolhido do estudo e do tipo de resultado considerado (Aarons et al., 2011). A Figura 9.1 ilustra a tradução de um dos modelos originais propostos pelos autores do *framework*.

EXPLORAÇÃO. Identificamos o início desta fase quando a equipe pesquisadora toma consciência de um problema socialmente identificado, e então, busca formas de lidar com este problema (Grol, Bosch, Hulscher, Eccles, & Wensing, 2007). É fundamental considerar as necessidades emergentes do público-chave e as interfaces dos sistemas que fazem parte, para que se sistematize de forma lógica as complexidades contextuais que as interlocuções de sentido produzem entre si. Neste momento inicial, a equipe precisa considerar como e quais práticas baseadas em evidência (PBE) podem atender ou resolver demandas em saúde ou assistência social percebidas, ao mesmo tempo em que se investiga as oportunidades e desafios de fatores contextuais internos e externos, que possam fortalecer ou enfraquecer o processo de implementação destas práticas (Moullin et al., 2019). Processos que descrevem os fundamentos dessa fase servem para o embasamento substancial sobre a situação-problema e sua relação epidemiológica com determinantes sociais e de saúde explorados (ex.: revisão da literatura, entrevista com representantes do público-chave, diálogo com *stakeholders*, levantamento de recursos); escolha de teorias e metodologias para análise de dados e implementação da intervenção e pesquisa de PBE(s) endereçadas ao problema percebido.

Utilizando a metáfora da elaboração de um jogo, essa etapa corresponde à pesquisa do contexto (necessidade percebida) para sua elaboração, para derivar os objetivos. Se o objetivo traçado for entretenimento, a configuração do jogo precisa considerar este objetivo e pensar formatos distintos que permitam “diversão” para

um grupo “x” de pessoas. A etapa de exploração prevê diferentes relações entre as regras (critérios para escolhas metodológicas, inclusão e exclusão de participantes) e o objetivo. Vejamos um exemplo de uma etapa de exploração voltada ao conhecimento de necessidades da população LGBTI+ e os objetivos de uma intervenção, traçados pelo *framework*.

A Figura 9.2 ilustra como o *framework* foi usado para estruturar o caminho metodológico que leva à tomada de decisões em um processo de avaliação de necessidades em que se considera as interfaces centrais propostas pela fase de Exploração.



Figura 9.2: Diretrizes da Exploração pela ferramenta EPIS em um projeto de pesquisa (Neves & Lordello 2019a).

PREPARAÇÃO. Na fase de preparação, o desafio para pesquisadores é a identificação de barreiras e potenciais facilitadores para o processo de implementação, em que se aprofunde sobre as necessidades de adaptação para a execução inicial da intervenção. Partindo da visão sistematizada produzida na fase de Exploração, essa fase dedica-se à análise relacional dos contextos

organizacionais internos (ex.: recursos institucionais, equipe do projeto, teorias e metodologias, etc.) e externos (ex.: contexto socioeconômico do público-chave, território, disposições éticas, legais e burocráticas, etc.) (Leykum, Pugh, Lanham, Harmon & McDaniel, 2009; Wallerstein & Duran 2010). Ao mesmo tempo, é nessa fase de preparação que se estruturam mecanismos técnicos (instrumentos de coleta, treinamento da equipe de entrega, modelos de registro de atividade, alocação de recursos físicos, plano orçamentário, etc.) que darão suporte ao uso dos modelos teóricos, metodológicos e das PBE escolhidas (Schoenwald et al., 2008).

Estas ações precisam expressar coerência entre a associação das hipóteses levantadas durante a fase de Exploração, os pressupostos do projeto e os dispositivos interventivos elaborados, para que favoreçam a compreensão do que pode ser esperado, facilitado e integrado. Um dos produtos desta etapa é a consolidação de uma estrutura de base de projeto, que apresente coerência e sistematização lógica entre processos e recursos (Aarons, 2005).

Voltando à analogia com a construção de um jogo, é nessa etapa que as regras de jogabilidade são construídas com base nos objetivos. Parte do trabalho seria organizar os tipos de peças/cartas (recursos de suporte) escolhidas e criar a caixa do jogo (descrição das estruturas que compõem do projeto), em que há a noção da quantidade, tipos e formatos selecionados (PBE, técnicas organizacionais, base epistemológica e teorias para análise do conteúdo), a partir da sistematização dos critérios de escolha das peças/cartas, de acordo com a jogabilidade pretendida. Esta caixa representa a estrutura que servirá de base para o desenvolvimento do projeto, que permitirá a fundamentação sistematizada do jogo para que os desenvolvedores da intervenção possam retornar às regras (critérios baseados nos objetivos) estabelecidas inicialmente como

guias, ao mesmo tempo, permitir a compreensão da atividade por todos os jogadores.

Na pesquisa ilustrada pela **Figura 9.2**, o *framework* foi utilizado em conjunto da abordagem do *Intervention Mapping* (Bartholomew et. al., 2011), na construção de um instrumento de entrevista que pudesse acessar a percepção de profissionais da rede assistencial do Distrito Federal sobre sua atuação e os dispositivos disponíveis (Neves & Lordello, 2019b). No exemplo a seguir, a Tabela 9.1 mostra o questionário que compreende aspectos da estrutura organizacional da instituição e da equipe que executa intervenções no serviço público:

Tabela 9.1. *Questionário desenvolvido como adaptação do framework EPIS em conjunto dos pressupostos da abordagem Intervention Mapping*

Perguntas	Objetivos
Como você descreve a atuação do seu trabalho? Quais serviços são oferecidos?	Obter uma descrição dos procedimentos, protocolos e serviços oferecidos.
Existe alguma base teórica/conceitual que abarque as técnicas/direcionamentos deste serviço?	Compreender o que estrutura conceitualmente a técnica utilizada nos serviços.
Quais barreiras/limitações você percebe no desenvolvimento do seu trabalho? (condições físicas, pessoais, sociais, internas ou externas)	Acessar o contexto em que se praticam as intervenções oferecidas, investigando possíveis barreiras.
Quais recursos você tem disponíveis? Como facilitam o desenvolvimento do seu trabalho? (condições físicas, pessoais, sociais, internas ou externas, ex.: material de artes, computador, salas, pessoas, veículos, etc.)	Acessar o contexto em que se praticam as intervenções oferecidas, investigando possíveis recursos.
Quais impactos sociais você pode perceber a partir das intervenções realizadas no seu trabalho? (positivos e/ou negativos)	Aferir qual a percepção destes profissionais sobre as intervenções que oferecem e aplicam.
O que você considera como necessário para o aperfeiçoamento do seu trabalho? Quais dispositivos poderiam ser agregados ou removidos?	Quais alterações são necessárias, a partir da visão desses profissionais, para um bom funcionamento das intervenções propostas.
O que você considera como necessário para atuação do profissional que lida com pessoas LGBTI+? (qualidades técnicas e pessoais)	A percepção dos profissionais acerca das habilidades necessárias para uma atuação ética e de qualidade.

A *Intervention Mapping* foi considerada como dispositivo suporte, pois descreve uma abordagem de planejamento que compreende a importância do desenvolvimento de intervenções fundamentadas em teorias e evidências (Bartholomew et al., 2011; Kok, 2014). Este processo de mapeamento se caracteriza por três perspectivas: uma abordagem ecológica, participação dos sujeitos envolvidos e interessados (*stakeholders*) e o uso de teorias e evidências. Na fase de Preparação, a compreensão das relações entre dispositivos, equipe interventiva e sistema organizacional pôde ser analisada de forma pertinente, o que permitiu a percepção de barreiras contextuais como a dependência da continuação de projetos sociais estar vinculada a períodos intermitentes dos mandatos de gestão (Neves & Lordello, 2019b).

IMPLEMENTAÇÃO. Na fase de implementação, ocorre o teste piloto das estruturas desenhadas na fase de exploração, em que o clima para introdução das PBE já foi estabelecido. A incorporação dos pressupostos interventivos acontece nos níveis sistêmicos e organizacionais do projeto, representados pelos atores e instituições que fazem a entrega destes dispositivos. Entram em ação os recursos e processos delineados como suporte das atividades em andamento, uma vez que essas precisam ser observadas atentamente e pela equipe do projeto, para que as adaptações necessárias possam ser operacionalizadas (Aarons et al., 2009; Hurlburt & Knapp 2003).

Em nossa analogia lúdica, agora é o momento de reunir os participantes e testar o jogo. Nesta etapa, a postura metacognitiva permitirá aos criadores uma visão estratégica sobre o funcionamento do jogo, analisando as relações entre os jogadores, as regras e os recursos de jogabilidade disponíveis. A análise durante esta etapa precisa estar alinhada com o objetivo inicial do jogo, uma

vez que esse olhar guiará as possíveis alterações necessárias para o caminho inicialmente contemplado; ao mesmo tempo, este alinhamento não pode restringir a flexibilidade dos criadores em adaptar o jogo, para evitar o empobrecimento da atividade

Cabe aqui a reflexão sobre a postura metacognitiva na elaboração e implementação de processos interventivos, ressaltando que a presença da equipe pesquisadora se faz criativamente necessária. É importante destacar que a interlocução entre os profissionais envolvidos precisa estar devidamente descrita nos dados da intervenção, sobre seu nível, formato e intensidade, para que haja compreensão dos processos por outras pessoas, como também robustez metodológica, essencial em pesquisas que também lidem com características qualitativas (Eakin, 2016).

SUSTENTAÇÃO. Na fase de sustentação, a intervenção precisa estar devidamente alicerçada nas estruturas da instituição/organização que a adote, incluindo financiamento estável, monitoramento contínuo e equipe disponível. Garantir a qualidade do projeto só é possível a partir dos resultados das avaliações realizadas durante e ao final do processo de implementação. A avaliação permite acessar aspectos da intervenção que detalham seus mecanismos interativos. Isso é fundamental para a percepção de fatores eficazes e problemáticos, como por exemplo, a interação entre a temática e a forma como é apresentada ao público. A contextualização das dinâmicas operacionais (cenário, público, interventores, estudo epidemiológico e etc.) de intervenções, oferece a pesquisadores mais insumo prático de técnicas e caminhos conceituais que facilitam a adaptação e implementação (Haynes et. al., 2014). O processo de avaliação não ocorre apenas ao final de uma intervenção, mas durante seu andamento. Ao longo da avaliação, há constante consideração sobre as escolhas feitas e

como estas impactam a eficácia do objetivo proposto. Isso denota um aspecto flexível necessário para se adaptar às especificidades percebidas no processo de implementação.

Na metáfora de criação do jogo, agora que já foi testado, cabe aos criadores compreenderem se seu funcionamento e suas subsequentes adaptações permitiram aos participantes chegarem até o objetivo inicial. As regras fazem sentido com os critérios estabelecidos a partir do objetivo para os jogadores? As peças/cartas selecionadas facilitaram ou dificultaram a jogabilidade dos participantes? A duração da partida influencia de alguma forma a qualidade do jogo? O número de rodadas é suficiente para o número de participantes? Compreender o conjunto de aspectos que podem responder essas perguntas em interface com os níveis analisados (contexto interno e externo) promoverão adaptações que permitirão que o jogo possa ser jogado novamente, com novos participantes e/ou lugares diferentes. Sabe-se que após a etapa de Sustentação, muitos aspectos da Exploração serão redesenhados e novos períodos de Preparação e Implementação serão necessários a partir dos ajustes que a Sustentação permitirá verificar.

Componente 2: Compreendendo fatores relacionais dos contextos (interno e externo) para implementação

O segundo componente central do modelo EPIS é a articulação entre os contextos internos e os contextos externos da intervenção, com atenção à inovação e os *bridging factors* (fatores que cruzam e relacionam fatores do contexto interno da intervenção com fatores externos, como “pontes” de sentido). O contexto interno aborda os aspectos organizacionais da intervenção, como os recursos disponíveis para ação (ex.: material, instrumentos, equipe, etc.), capacidade de liderança, presença ou ausência de

hierarquia, disposições burocráticas, práticas e características individuais. Ainda, essa articulação de contextos nos direciona a uma análise sobre a interface institucional que sustenta a atuação da equipe interventora, categorizada pelas prerrogativas de suas responsabilidades no projeto, em níveis diferentes (Frambach & Schillewaert, 2002). As considerações elaboradas entre a fase de Exploração e a de Preparação visam relacionar as necessidades percebidas para a implementação do projeto de acordo com os dispositivos selecionados e recursos disponíveis para ação, compreendendo os questionamentos como proposições dialógicas entre a equipe. A seguir, a Figura 9.3 ilustra as considerações construídas sobre aspectos essenciais do contexto interno supracitado na Figura 9.2.

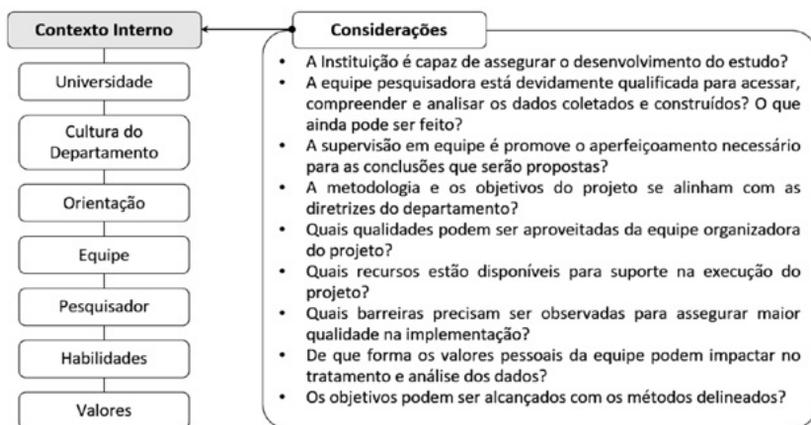


Figura 9.3: Contexto Interno e considerações levantadas (Neves & Lordello, 2019a).

O contexto externo ilustra aspectos que incluem especificidades do serviço, ambiente, políticas sociais do macrossistema, determinantes e características sociais do público-chave que será endereçada pela intervenção planejada. Autores (Neves & Lordello, 2019a) descrevem a importância das relações interinstitucionais

entre os membros da equipe, partes interessadas e representantes políticos, uma vez que os objetivos contemplam a transformação social de forma mais eficaz. A seguir, a Figura 9.4 apresenta a relação entre os níveis observados no contexto externo e quais considerações foram levantadas sobre suas características operacionais.

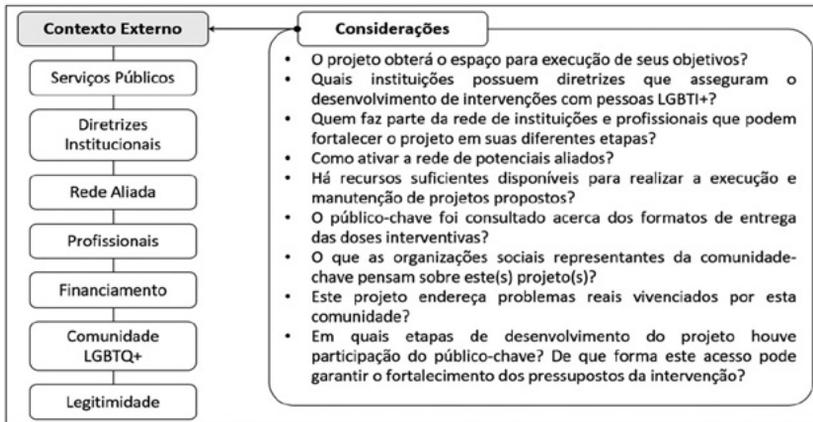


Figura 9.4: Contexto Externo e considerações levantadas (Neves & Lordello 2019a).

Desta forma, a relação produzida na análise e interpretação dessas perspectivas (interna e externa) ilustra a malha estrutural complexa que abarca os diferentes multiníveis interativos, que delineiam o campo da implementação de intervenções em prevenção e promoção de saúde (Green & Kreuter, 2005; Brownson, Colditz & Proctor, 2012; Moullin et. al., 2019).

Na metáfora sobre a construção de um jogo, a relação entre o contexto interno e externo analisado em todas as etapas, materializa o delineamento dos dispositivos operacionais (ex.: peças, cartões e/ ou recursos) e como estes podem interagir entre si, permitindo jogadas efetivas ou criando buracos de sentido, resultando movimentos (funcionais e disfuncionais)

diversos. Esta postura analítica precisa acontecer durante todas as etapas, principalmente nas que fundamentarão o início da implementação, para que a equipe consiga tomar decisões que sirvam de suporte às estratégias de adaptação necessárias.

Nessa etapa e ao longo de todas as outras, uma atitude desejável é adotar uma postura metacognitiva sobre os processos e sujeitos. Isso significa que mais do que executar procedimentos, é preciso observar o próprio processo enquanto o realiza. Isso favorece a capacidade de gestão e permite que a própria equipe cresça com seu próprio aprendizado, sem deixar de mencionar o elevado potencial de aprendizagem, crítica e autorreflexão contida nessa atitude. Sem dúvida, essa postura impacta o desenvolvimento da intervenção de diferentes formas (Neves & Lordello, 2019b).

Outro fator descrito como determinante na articulação do contexto interno e externo da fase de implementação e sustentação é a liderança. Em estudos comparativos (Aarons, et al., 2016), o efeito da qualidade de liderança no contexto externo permitiu o estabelecimento dos objetivos e visões do projeto, associados ao planejamento antecedente e contínuo para sustentação, planos realistas e alternativas estratégicas para continuação da intervenção. Em uma revisão sistemática sobre o uso do *framework* EPIS (Moullin et. al., 2019), de 762 artigos examinados, 49 descreviam projetos interventivos únicos (todos em setores públicos) e foram investigados pela equipe. A maioria (90%) descreveu a análise de fatores do contexto interno, e 57% examinaram fatores do contexto externo. As análises dos dados conduzidas nos projetos são multiníveis, em que apenas 24% dos projetos apresentaram análises de nível individual.

Componente 3: Compreender a relação entre o objetivo e as práticas para transformação

O terceiro componente central do modelo EPIS é a compreensão dos fatores que se relacionam com as PBE (práticas baseadas em evidências) e a inovação a qual o projeto se propõe. Neste quebra-cabeça, a imagem inicial não existe, precisa ser planejada, e não meramente uma simples reprodução em outros cenários. A característica inovadora dessa ferramenta pressupõe a utilização destas práticas com o público-chave e com a equipe interventiva (contexto interno e externo), implicando em adaptações às PBE. Essas alterações precisam manter os componentes centrais pressupostos pelo projeto (informações descritas na caixa do quebra-cabeça) e adaptar suas características de forma periférica (formato e encaixe das peças) na montagem (Aarons, et. al., 2012).

Componente 4: Compreender estratégias de integração para a intervenção

O quarto componente central do modelo é o reconhecimento das interconexões e dos relacionamentos percebidos entre o contexto interno e externo, o que os autores chamam de “*bridging factors*”:

“Os *bridging factors* influenciam o processo de implementação, uma vez que o contexto interno das organizações é influenciado pelo sistema externo em que a organização opera, mas essas influências são recíprocas (por exemplo, os lobistas da indústria impactando na legislação farmacêutica, e diretamente no mercado consumidor [...])” (Moullin et. al., 2019, pp.3, tradução)⁵.

Nesse sentido, compreender e atribuir funções às unidades ordenadas possibilita operacionalizá-las em conjunto, a fim de

⁵ *The bridging factors are deemed to influence the implementation process as the inner context of organizations is influenced by the outer system in which the organization operates, but those influences are reciprocal (e.g., industry lobbyists impacting pharmacy legislation, and direct to consumer marketing)*

delinear novas pontes de sentido que permitam a entrega de dispositivos interventivos em níveis e espaços diferentes dentro do projeto. Geralmente estes trânsitos possuem caminhos de mão-dupla, em que há troca contínua dos elementos centrais aos elementos periféricos, constituindo uma malha relacional de significados que necessita de interpretação sobre seu tráfego. Identificar, por exemplo, a qual órgão/instituição o projeto se submete, no sentido orçamentário, delimita o tipo de entrega da intervenção, e pode implicar até no seu formato.

A seguir, a Figura 9.5 descreve uma estratégia para ilustrar *bridging factors* construídos sob as interfaces relacionais (interna e externa) entre público-chave, equipe interventora e instituições, explorando aspectos que impactam a qualidade da implementação de intervenções direcionadas à população LGBTI+ (Neves & Lordello 2019a). Esses fatores foram organizados considerando como interlocução de sistemas e dispositivos diferentes produzem potencialidades ou barreiras.



Figura 9.5: *Bridging factors* considerados em uma avaliação de necessidades.

JJ-TRIALS: Aplicando o EPIS em uma pesquisa simultânea

Para ilustrar o uso do modelo EPIS em outros estudos, descreveremos uma pesquisa realizada amplamente na rede de Justiça dos Estados Unidos, em que o *framework* demonstrou adaptabilidade aos pressupostos da intervenção e pôde fornecer suporte às etapas do projeto intitulado JJ-TRIALS (*Juvenile Justice - Translational Research on Interventions for Adolescents in the Legal System*), servindo como modelo guia desde a concepção até conclusão (Becan et al., 2018). O objetivo concebido pela equipe foi utilizar uma abordagem da ciência da implementação para aperfeiçoar os resultados no tratamento de uso de substâncias por jovens em conflito com a lei sob supervisão comunitária.

A equipe desenvolveu estágios de progressão da pesquisa de acordo com as fases do EPIS, de modo a mensurar o desenvolvimento de acordo com a linha tempo estabelecida inicialmente (linha de base, experimental, pós-experimental). O *framework* EPIS ofereceu a promoção de princípios para tomada de decisões orientadas por dados (*Data Driven Decision Making*), que acompanharam essas três fases da pesquisa: o período de linha de base (Exploração e Preparação), durante a primavera de 2016; o período experimental (Implementação) durante o meio de 2017; o período pós-experimental (Sustentação), concluído no outono de 2017 (Becan et al., 2018).

Como contexto para proposição da intervenção, a equipe partiu de estudos sobre a correlação entre atividades criminais, comportamentos de risco e uso de substâncias, documentados amplamente em estudos citados pela equipe (Belenko & Logan, 2003; Chassin, 2008; Harzke et al., 2012). Estes dados também relacionavam que grande parte dos jovens em conflito com a lei (cerca de 75%) possuía histórico de uso de álcool e/ou outras drogas. Desses,

aproximadamente um terço se enquadrava nos critérios para transtornos decorrentes do uso abusivo. Os autores também constataram que grande número desses jovens não passava por triagem, avaliação e tratamento adequados baseados em evidências. Frente a esse quadro, a equipe pensou numa gama abrangente de serviços (que pudessem variar de acordo com a demanda) a ser oferecida a partir de uma instituição unificadora, como o departamento de liberdade condicional ou o próprio tribunal.

Autores descrevem como a estrutura cooperativa do JJ-TRIALS foi fundamental na escolha final do modelo conceitual do projeto: 6 (seis) centros de pesquisa, selecionados competitivamente; desses, cada um recrutou líderes regionais de agências ligados à justiça juvenil para participarem como parceiros no planejamento, execução e avaliação dos estudos (Leukefeld et al., 2017). Estes parceiros foram cruciais na articulação de aspectos complexos do sistema de justiça juvenil em seus respectivos estados e regiões, informando sobre a parceria com as agências de *Behavioral Health* (Saúde Comportamental), materializando a seleção e o conteúdo das estratégias de implementação a serem testadas (Becan et al., 2018).

A etapa seguinte do trabalho da cooperativa foi se reunir para decidir qual modelo conceitual baseado em ciência da implementação iriam usar para guiar o projeto. As condições estabelecidas para o processo de escolha foram: (1) modelo com estágios claramente delineados; (2) capacidade de reconhecimento da natureza multinível dos sistemas de prestação de serviço; (3) adequado para o uso das agências-alvo de justiça juvenil, considerando a qualificação do corpo técnico. Dessa forma, o modelo EPIS foi selecionado, pois permitia a análise dos processos interventivos em andamento e a observação dos processos de mudança de forma simultânea, além de direcionar o olhar para as estratégias de implementação.

Outra vantagem da escolha do EPIS foi possibilitar um olhar aos impactos de longo prazo, considerando a sustentação do projeto (Becan et al., 2018).

A metodologia da pesquisa se configurou em um estudo randomizado com grupos de diferentes localidades (7 estados, 36 localidades), com o objetivo de comparar a eficácia de dois pacotes de estratégias de implementação: um com elementos centrais e o outro com os elementos centrais acrescidos de aperfeiçoamentos. As agências designadas para receber os dispositivos interventivos experimentais (aperfeiçoamentos) receberam estratégias adicionais, entre elas a capacitação por pesquisadores, hipotetizada como aprimoramento na entrega de serviços baseados em uso de substâncias e álcool para jovens em supervisão comunitária (Becan et al., 2018). Cada um dos locais possuía uma instituição de Justiça ligada a jovens, em parceria com agências de Saúde Comportamental (instituições que oferecem serviços em saúde mental). Esses locais receberam estratégias idênticas durante o período inicial (linha de base). Durante o período experimental, algumas instituições receberam o conteúdo diferenciado (estratégias específicas e as capacitações); e logo após, houve a continuação independente das estratégias durante o período do pós-experimento.

A equipe descreveu essa abordagem como rara, uma vez que os jovens beneficiários interagem com múltiplas agências que operam de forma independente do sistema de justiça juvenil: oficiais de liberdade condicional, terapeutas e assistentes sociais. Os autores do estudo descreveram que características distintas entre instituições e seus profissionais poderiam criar barreiras no aperfeiçoamento da coordenação dos serviços em diferentes níveis, uma vez que a execução é simultânea (Becan et al., 2018). A falta comunicação inter-organizacional percebida, fragilizou

as relações e serviços que já estavam em andamento. Este efeito ocasionou uma fragmentação das disposições do sistema, o que dificultou a eficácia dos dispositivos interventivos propostos, de forma a prejudicar os usuários deste serviço, os jovens.

O EPIS forneceu uma estrutura de operação abrangente, baseada em suas quatro fases, o que facilitou a apreensão pelos colaboradores na execução das atividades guiadas para a implementação dentro do contexto interorganizacional. Durante o desenvolvimento do projeto, a cooperativa realizou uma revisão extensa de estratégias de implementação consolidadas como PBEs, além de discussões estruturadas que combinam a experiência da equipe e as escolhas identificadas (Becan et al., 2018). A **Tabela 9.2** a seguir descreve a matriz de estratégias. Essa matriz identifica dez estratégias de implementação baseadas em evidência utilizada no projeto JJ-TRIALS. A matriz inclui (1) o nome das estratégias de implementação, (2) período do estudo e das fases do EPIS e (3) alvos das estratégias.

Tabela 9.2 Matriz de estratégias de Implementação do projeto JJ-TRIALS (Becan et al., 2018) traduzida pelos autores do capítulo

Estratégias Aplicadas em Ambas Condições	Período do Estudo	Fase do EPIS	Alvo das Estratégias
Formação das colaborações e coalizões entre agências	Linha de Base	TODAS AS FASES	Grupos de Trabalho interinstitucionais, compostos representantes da Justiça Juvenil e das agências de Saúde Comportamental, incluindo administradores e profissionais da linha (ex.: conselheiros, oficiais de liberdade condicional, equipe de dados)
Avaliação de Necessidades Local e Relatório de feedback das agências	Linha de Base	Exploração	Pesquisadores e grupos de trabalho interinstitucionais

Aprendizado colaborativo	TODOS PERÍODOS	TODAS AS FASES	Pesquisadores, administradores da Justiça Juvenil à nível estadual e grupos de trabalho interinstitucionais
Planejamento estratégico	Linha de Base	Preparação	Grupos de trabalho interinstitucionais
Tomada de Decisões baseada em Dados	TODOS PERÍODOS	TODAS AS FASES	Grupos de trabalho interinstitucionais
Planejamento de ações em estudos	Experimental, Pós-experimental	Implementação e Sustentação	Grupos de trabalho interinstitucionais
Equipe de transformação local	Experimental, Pós-experimental	Implementação, Sustentação	Equipe local de transformações, composta de representantes das agências de Justiça Juvenil e da Saúde Comportamental (apenas para a intervenção experimental)
Facilitador da Implementação	Experimental	Implementação	Facilitadores externos com embasamento em pesquisa e equipe local de transformação
Suporte e treinamento contínuo	Experimental	Implementação	Facilitadores externos com embasamento em pesquisa e equipe local de transformação
Representante comunitário e treinamento em liderança	Experimental	Implementação	Facilitadores externos com embasamento em pesquisa e equipe local de transformação de agências identificadas da Justiça Juvenil ou Saúde Comportamental com lideranças comunitárias

A partir da ciência da implementação, o *framework* expandiu a aplicabilidade das práticas para além do uso de uma PBE, apresentando transformações no uso de acordo com as variações do processo (Becan et al., 2018). A utilização do *framework* também passou por adaptações na implementação das práticas e a própria reconceitualização do modelo original, em que a linearidade das estruturas foi transformada em um ciclo. Este formato permitiu atenção a mudanças organizacionais que não ocorrem de forma progressivamente uniforme, demonstrando a necessidade de

adaptações durante seu desenvolvimento, além de avaliar os resultados destas adaptações. A figura a seguir representa como esta reconceitualização foi adaptada de acordo com o modelo original dos pesquisadores Aarons et al. (2011):

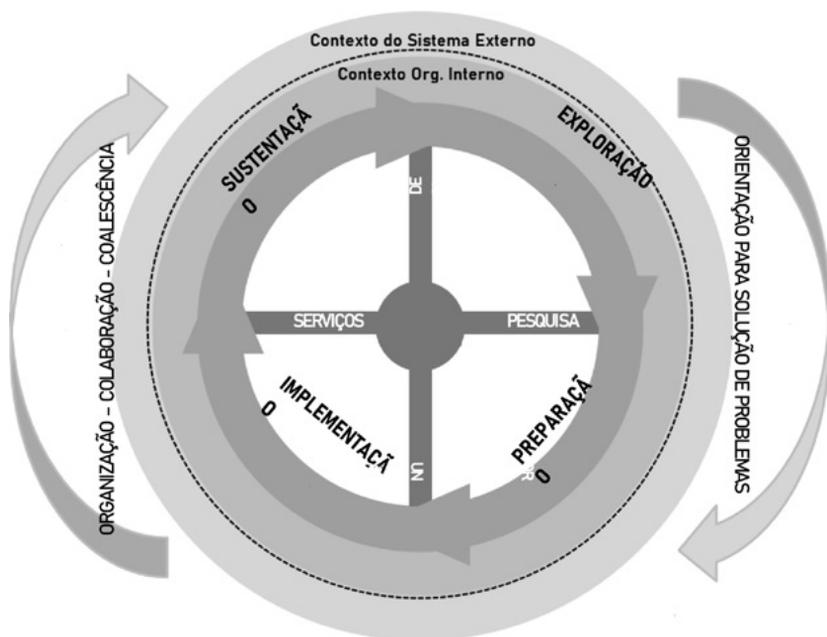


Figura 9.6: Reconceitualização do projeto JJ-TRIALS (Becan et al., 2018) adaptado a partir do modelo original dos criadores do *framework* EPIS (Aarons et al., 2011)

Exploração

A etapa de Exploração durante o período de linha de base deu ênfase às redes inter-organizacionais, seguindo o modelo do EPIS (Aaron et al. 2011). Neste período, as agências de Justiça Juvenil foram solicitadas a identificar agências de Saúde Comportamental em sua própria comunidade que oferecesse serviços de atendimento sobre uso de substâncias e tivessem disponibilidade para trabalhar de forma colaborativa (para ampliar o acesso de jovens e ampliar

a receita) (Becan et al., 2018). Após essa identificação, um grupo de trabalho era formado em cada localidade, composto por lideranças e *stakeholders* de ambas agências; estas, participaram de uma Avaliação de Necessidades local sobre os serviços desempenhados e a equipe técnica das instituições recebeu um treinamento em “*Behavioral Health Services Cascade*”, um modelo para promoção de práticas mais adequadas, que endereçam o uso de substância para tratamentos com adolescentes (Belenko et al., 2017).

Os dados obtidos nestas etapas (Avaliação de Necessidades, recibos de serviços e resultados do treinamento) foram utilizados pelos pesquisadores para criar relatórios de *feedback* para análise das carências do serviço e como ferramenta de mensuração, que fundamentaram a tomada de decisões baseada em dados (*Data-Driven Decision Making*) na organização das metas (Douglas, Button, & Casey, 2016).

Preparação

Após a conclusão das atividades na etapa de Exploração, as agências locais designaram metas relevantes a serem alcançadas. Os grupos de trabalho inter-organizacionais buscaram examinar seus próprios sistemas de serviço e receberam treinamento sobre estratégias de aperfeiçoamento do processo para a seleção das metas e tomada de decisões baseadas em dados (DDDMM) (Becan et al., 2018). A capacitação, nomeada de “*The Goal Achievement Training*” teve duração de dois dias nas agências, em que os pesquisadores ofereceram: suporte para as agências na identificação de metas realísticas; elaboração de etapas operacionalizáveis para implementação de novas práticas no serviço relacionadas ao modelo *Cascade*, descrito nos relatórios de feedback dos locais; suporte na utilização de tomada de decisões baseada em dados (DDDMM) para informar o progresso de acordo com as etapas e objetivos

locais e as etapas; suporte para a sustentação das mudanças nas práticas de serviços que endereçam atendimentos sobre uso de substâncias com jovens.

Após essa capacitação, as agências foram solicitadas a desenvolver um plano de ação, que especificasse etapas concretas e mensuráveis necessárias para alcançarem seus objetivos. O fim desse treinamento, segundo os autores, marcava a conclusão do período de linha de base, o que sinalizou o fim das estratégias de suporte idênticas aos 36 locais participantes do estudo. O delineamento do estudo especificava que a seleção bem-sucedida de metas e o início da operacionalização dos planos de trabalho pelas agências durante o treinamento, sinalizaria a entrada na etapa de Implementação do EPIS (Becan et al., 2018).

Implementação

Esta etapa teve início ao final do período de linha de base, em que todas as localidades foram solicitadas a trabalhar de acordo com as metas identificadas em seus territórios, voltadas para a implementação de novas práticas no serviço e a utilização das ferramentas fornecidas pelo JJ-TRIALS nos próximos 12 meses (período experimental) (Becan et al., 2018). Neste período, as agências locais foram estimuladas a utilizarem técnicas de tomada de decisões baseadas em dados (DDDM), nas quais as mudanças propostas pudessem ser testadas em contexto específico e adaptadas antes de se integrarem à escala geral do projeto (Becan et al., 2018).

Os autores descreveram técnicas selecionadas a partir da tomada de decisões baseada em dados (DDDM), como a utilização de planilhas para identificar claramente os objetivos de mudança; de que forma é possível compreender como essas mudanças demonstram melhoria; quais mudanças devem ser feitas para resultar em aperfeiçoamento das práticas; o que deu certo e quais

problemas ocorreram durante a testagem; o que os dados refletem sobre os aspectos gerais do processo de implementação e por fim, se as mudanças realmente se traduzem em melhorias (Fisher et al., 2018). Destaca-se que mesmo que alguns locais já estivessem na etapa de Implementação, de acordo com o delineamento, estes ciclos rápidos de testagem demonstraram o movimento recursivo da adaptação do EPIS, o que permitiu o retorno concomitante às etapas de Exploração e Preparação, enquanto estes aperfeiçoamentos dos planejamentos e procedimentos eram feitos (Becan et al., 2018).

De forma a testar a hipótese inicial, sobre comparação entre as duas estratégias interventivas de implementação, metade dos locais selecionados (grupo experimental) recebeu suporte dos pesquisadores. O papel destes foi o de fortalecer as discussões dos grupos de trabalho, ajudar e encorajar o uso de dados para informar e monitorar o desenvolvimento das metas locais, fornecer orientação, promover a manutenção das práticas e transformações nas políticas e procedimentos de avaliação dos processos em andamento (Becan et al., 2018; Knight et al., 2015).

Sustentação

O suporte dos facilitadores às agências foi encerrado depois do período experimental. As atividades das agências continuaram a ser averiguadas pelos 6 (seis) meses subsequentes (período pós-experimental). Os autores descreveram que durante esse período, as agências foram encorajadas a manter o trabalho de forma contínua, de acordo com as metas previamente estabelecidas (caso não tivessem concluído) e se empenharem para sustentar as mudanças promulgadas. Além disso, foram orientadas a expandir as mudanças implementadas em maior escala e atuar em outras localidades identificadas em seus locais para endereçar as necessidades de

serviços que atuam com jovens em supervisão comunitária (Becan et al., 2018). A utilização das ferramentas de tomadas de decisões baseadas em dados (DDDM) para identificação das metas, ocorreu de forma independente da capacitação fornecida pelos facilitadores pesquisadores em todas as localidades, o que permitiu a observação direta do nível de engajamento das agências no processo de aperfeiçoamento das atividades (Becan et al., 2018).

A seguir, a Figura 9.7 apresenta o modelo conceitual completo que descreve as etapas relacionadas ao estudo de acordo com as fases do EPIS:

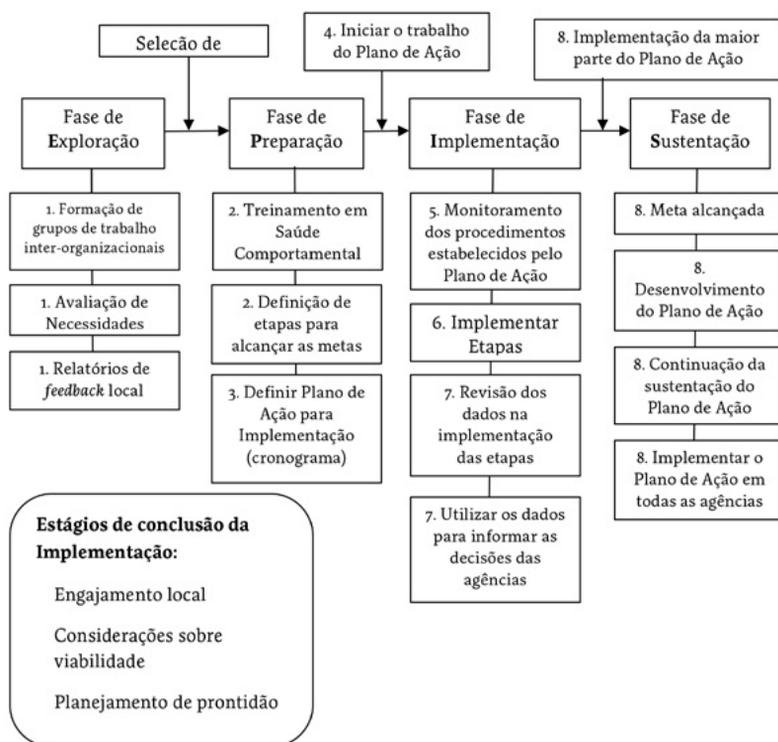


Figura 9.7: Modelo conceitual que relaciona as etapas do estudo às fases do EPIS (Becan et al., 2018) adaptado a partir do modelo original dos criadores do *framework* EPIS (Aarons et al., 2011)

A equipe descreveu que o modelo serviu para adequação do (1) desenho abrangente do estudo, (2) o mapeamento das estratégias de implementação durante as etapas do estudo por meio das fases do modelo EPIS, (3) na articulação de perguntas de pesquisa e (4) na seleção e no cronograma de protocolos de mensuração essenciais (Becan et al., 2018). O modelo descreveu a implementação como um processo em movimento pelas quatro fases: (a) Exploração: identificando práticas a serem implementadas, avaliando sistemas, organização estrutural, na busca de fornecedores e compreensão de fatores a nível do público-chave que explicassem barreiras e potencialidade para a mudança; (b) Preparação: redesenhar o sistema para aperfeiçoar a disponibilidade do serviço e garantir consistência na implementação das mudanças; (c) Implementação: treinamento, mentoria e facilitação ativa de práticas baseadas em evidência (PBEs) a serem adotadas; (4) Sustentação: manutenção do uso das novas práticas adotadas (Becan et al., 2018). Em cada uma das fases o EPIS contribuiu na identificação de fatores relevantes para o sucesso da implementação e a manutenção ativa deste processo.

Considerações Finais

Apresentar o *framework* EPIS como ferramenta que contribuiu para o delineamento de intervenções psicossociais foi o objetivo deste capítulo. A ideia foi apresentar de forma aplicada os conceitos complexos que envolvem esse rico dispositivo. Ao tratar dos componentes centrais (terminologias das fases, contextos internos e externos, fatores que se relacionam com as Práticas Baseadas em Evidências e os *bridging factors*), pretendeu-se mostrar a aplicabilidade dessa ferramenta na construção de uma intervenção de qualidade, que seja sistemática ao mesmo tempo que dialógica e que mantenha a coerência com uma intervenção

cujo público-alvo seja participante atuante em seu desenho e implantação.

Cabe aqui uma advertência importante: a utilização deste *framework* permite maior segurança e controle de fatores que envolvem a eficácia do projeto proposto, porém a operacionalização de todas as etapas do *framework* em uma mesma intervenção nem sempre é viável. Devido à complexidade que cada fase apresenta, esta ferramenta nem sempre será prática ou necessária, a depender da etapa da pesquisa ou estágio já desenvolvido pelo projeto (Birken et. al., 2017).

Outro limite da proposta é torná-la inflexível, em virtude de sua descrição detalhada de procedimentos. A intenção do *framework* é um enquadre que contribua para sua exequibilidade, nunca o engessamento da criatividade ou a intransigência frente aos ajustes necessários e encorajados pela fase da sustentação.

Considerando que o cenário atual de pesquisa ainda mostra carências na aplicabilidade da ferramenta, esse capítulo pretende inspirar práticas que possam utilizar o *framework* em diferentes propostas. A intenção é que as ilustrações e exemplos do texto representem valor instrumental para aqueles que querem se encorajar a pensar intervenções psicossociais atreladas a esse modelo.

As perspectivas futuras devem assumir compromisso com uma agenda de pesquisa que inclua o uso de ferramentas na implementação e avaliação de programas preventivos, que favoreçam a disseminação de intervenções. Para isso, alguns temas merecem destaque como o enfoque em práticas baseadas em evidências, por exemplo. Consideramos que a organização de um livro com a autoria de desenvolvedores de intervenção, como é o caso dessa obra, representa uma importante iniciativa de viabilizar uma

ação sistematizada de disseminação. Os capítulos convertem resultados de pesquisa em material acessível aos leigos e interessados, permitindo visualizar a aplicabilidade dos conceitos e procedimentos, e estimular sua replicação.

Por fim, a dimensão política deste trabalho também é digna de nota. A formação de redes de pesquisadores que se mobilizem pela disseminação das intervenções psicossociais que compõem a ciência da prevenção e as tecnologias sociais são possibilidades de interlocução necessárias para um trabalho dessa natureza. Formar redes e alimentá-las com trabalhos robustos cientificamente pode concretizar potenciais pertencimentos às políticas públicas e as legitimações necessárias ao campo das inovações sociais.

Referências

Aarons, G. A. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: Consideration of organizational context and individual differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(2), 255-271. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.008>.

Aarons G. A., Green, A. E., Palinkas, L. A., Self-Brown, S., Whitaker, D. J., Lutzker, J. R., ... Chaffin, M. J. (2012). Dynamic adaptation process to implement an evidence-based child maltreatment intervention. *Implementation Science*, 7(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-32>.

Aarons, G. A., Green, A. E., Trott, E., Willging, C. E., Torres, E. M., Ehrhart, M. G., & Roesch, S. C. (2016). The Roles of System and Organizational Leadership in System-Wide Evidence-Based Intervention Sustainment: A Mixed-Method Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(6), 991-1008. DOI <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0751-4>.

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>.

Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 34, 411-419. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>.

Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., Hecht, D. B., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. J. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 270. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0013223>.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., Schaalma, H. C., Markham, C. C., ... Gonzales, A. C. (2006). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. Jossey-Bass. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2006-10066-000>.

Becan, J. E., Bartkowski, J. P., Knight, D. K., Wiley, T., DiClemente, R., Ducharme, L., ... Aarons, G. A. (2018). A model for rigorously applying the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework in the design and measurement of a large scale collaborative multi-site study. *Health & Justice*, 6(1), 9. DOI <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0068-3>.

Belenko, S., & Logan, T. K. (2003). Delivering more effective treatment to adolescents: Improving the juvenile drug court model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 189-211. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00123-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00123-5).

Belenko, S., Knight, D., Wasserman, G. A., Dennis, M. L., Wiley, T., Taxman, F. S., ... Sales, J. (2017). The Juvenile Justice Behavioral Health Services Cascade: A new framework for measuring unmet substance use treatment services needs among adolescent offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 74*, 80–91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.012>.

Birken, S. A., Powell, B. J., Presseau, J., Kirk, M. A., Lorencatto, F., Gould, N. J., ... & Haines, E. (2017). Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): a systematic review. *Implementation Science, 12*(1), 2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0534-z>.

Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (Eds.). (2012). *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*. Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.001.0001>.

Christopoulos, T. P. (2011). Tecnologias sociais. *RAE-Revista de Administração de Empresas, 51*(1), 109-109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902011000100011>.

Chassin, L. (2008). Juvenile justice and substance use. *The Future of Children, 18*(2) 165-183. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/20179983?seq=1>.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.

Douglas, S., Button, S. & Casey, S E.(2016) Implementing for Sustainability: Promoting Use of a Measurement Feedback System for Innovation and Quality Improvement. *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research, 43*, 286–291. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0607-8>.

- Eakin, J. M. (2016). Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial. *Qualitative Inquiry*, 22(2), 107–118. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800415617207>.
- Fisher, J. H., Becan, J. E., Harris, P. W., Nager, A., Baird-Thomas, C., Hogue, A., ... The JJ-TRIALS Cooperative. (2018). Using Goal Achievement Training in juvenile justice settings to improve substance use services for youth on community supervision. *Health & Justice*, 6(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0067-4>.
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>.
- Fonseca, A. B. (2007). Ciência, tecnologia e desigualdade social no Brasil: contribuições da sociologia do conhecimento para a educação em ciências. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 6(2), 364-377. Retrieved from https://reec.uvigo.es/volumenes/volumen6/ART8_Vol6_N2.pdf.
- Frambach, R. T., & Schillewaert, N. (2002). Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research*, 55(2), 163-176. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00152-1](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00152-1).
- Green, L., & Kreuter, M. (2015). Health program planning: an educational and ecological approach. 2005. NY: McGraw-Hill.
- Grol, R., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 93–138. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>.
- Haynes, A., Brennan, S., Carter, S., O'Connor, D., Schneider, C. H., Turner, T., & Gallego, G. (2014). Protocol for the process evaluation of a complex intervention designed to increase the use of research in health policy and program organisations (the SPIRIT study). *Implementation Science*, 9(1), 113. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0113-0>.

Harzke, A. J., Baillargeon, J., Baillargeon, G., Henry, J., Olvera, R. L., Torrealday, O., ... Parikh, R. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in the Texas juvenile correctional system. *Journal of Correctional Health Care*, 18(2), 143–157. DOI: <https://doi.org/10.1177/1078345811436000>.

Hurlburt, M., & Knapp, P. (2003). The new consumers of evidence based practices: Reflections of providers and families. *Data Matters*, Spring/Summer, 21-23.

Kok, G. (2014). A practical guide to effective behavior change: how to apply theory- and 64 evidence-based behavior change methods in an intervention. *The European Health Psychologist*, 16(5), 156-170. DOI: [10.31234/osf.io/r78wh](https://doi.org/10.31234/osf.io/r78wh).

Knight, D. K., Belenko, S., Wiley, T., Robertson, A. A., Arrigona, N., Dennis, M., ... & Wasserman, G. A. (2015). Juvenile Justice—Translational Research on Interventions for Adolescents in the Legal System (JJ-TRIALS): a cluster randomized trial targeting system-wide improvement in substance use services. *Implementation Science*, 11(1), 57. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0423-5>.

Leukefeld, CG, Cawood, M, Wiley, T, Robertson, A, Horan-Fisher, J, Arrigona, N, & JJ-TRIALS Cooperative. (2017). The benefits of community and juvenile justice involvement in organizational research. *Journal of Juvenile Justice*, 6(1), 112–124. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5562037/>.

Leykum, L. K., Pugh, J. A., Lanham, H. J., Harmon, J., & McDaniel, R. R., Jr. (2009). Implementation research design: Integrating participatory action research into randomized controlled trials. *Implementation Science*, 4(69), 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-69>.

Maciel, A. L. S., & Fernandes, R. M. C. (2011). Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, (105), 146-165. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100009>.

- Mazzucca, S., Tabak, R. G., Pilar, M., Ramsey, A. T., Baumann, A. A., Kryzer, E., ... & Brownson, R. C. (2018). Variation in research designs used to test the effectiveness of dissemination and implementation strategies: a review. *Frontiers in Public Health*, 6, 32. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00032>.
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>.
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the exploration, preparation, implementation, sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>.
- Moreira, I. C. (2006). A inclusão social e a popularização da ciência e tecnologia no Brasil. *Inclusão Social*, (1)2, 11-16. Retrieved from <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1512/1707>.
- Neves, M. S. & Lordello, S. R. (2019a). *Avaliação de Necessidades: desenvolvimento de intervenções psicossociais com pessoas LGBTI+*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Retrieved from <https://repositorio.unb.br/>.
- Neves, M. S. & Lordello, S. R. (2019b). Comunidade LGBTI+: Mapeando ntervenções em serviços públicos do Distrito Federal. In: Edelamare Melo. (Org.). *Negro/a, quilombola, religioso/a de matriz africana: Preconceito, racismo e discriminação nas relações de trabalho, produção e consumo* (pp. 351-371). Belo Horizonte: RTM Educacional.
- Palinkas, L. A., & Aarons, G. A. (2009). A view from the top: Executive and management challenges in a statewide implementation of an evidence based practice to reduce child neglect. *International Journal of Child Health and Human Development*. 2(1), 47–55. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2009-21187-005>.

Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10488-010-0319-7.pdf>.

Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (2007). Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(2), 111-120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.023>.

Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100, S40-S46. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>.

Modelo de Matriz: Aplicação nas estratégias de Prevenção em Saúde Mental e sua adaptação durante a Pandemia da COVID-19

**Fábio Pereira Angelim
Cristina Vianna Moreira dos Santos
Raquel Trinchão de Jesus Barouh
Maria do Carmo Parente Matias
Rowena Carraca Neves**

Introdução

Conceber estratégias para a promoção da saúde mental, a prevenção de agravos à saúde e o tratamento de doenças é um imenso desafio que impõe a utilização de conceitos de saúde coletiva relevantes como a localidade, o conhecimento da população e a prática baseada em evidências. A gestão dessas ações depende ainda da tradução de diversas ações complexas em informações úteis e simples a serem utilizadas para nortear o uso dos recursos disponíveis e as mudanças necessárias na atuação dos profissionais e na priorização de ações.

Este capítulo abordará a discussão dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos e sua aplicação no modelo de matriz (Thronicroft & Tansella, 2010) como instrumento para organizar o conhecimento sobre a prevalência, incidência e severidade dos transtornos mentais em uma população e otimizar a utilização

dos recursos disponíveis para as ações de prevenção. Para tanto, apresentaremos teoricamente as dificuldades de elaboração de um programa de saúde mental para em seguida, relatarmos um caso concreto de aplicação do modelo de matriz na sua gestão em uma instituição no Brasil.

O modelo de matriz pôde ser aplicado ainda durante a pandemia da COVID-19, sendo adaptado às exigências de prevenção e tratamento durante a pandemia, permitindo uma nova escala de ações e atendendo às urgências de cada momento da pandemia. A versatilidade do modelo de matriz e sua objetividade para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e estratégias de prevenção primária, secundária e terciária, contribuíram muito para identificar novos grupos de risco e redesenhar o trabalho da equipe de saúde mental ao longo da pandemia, permitindo inclusive alcançar uma população até então fora do alcance do programa de saúde mental: os idosos.

Os objetivos deste capítulo são: (1) apresentar os conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde e tratamento; (2) expor a organização das ações de prevenção e tratamento em saúde mental num modelo de matriz, (3) apresentar a definição das prioridades de ações de prevenção e tratamento com base nas necessidades da comunidade; (4) conceber as ações de prevenção primária necessárias em níveis: universal, selecionado e indicado, para cada grupo de risco; (5) conceber as ações de tratamento eficazes para cada grupo de risco; e (6) apresentar a versatilidade do modelo de matriz, considerando a integração das ações de promoção da saúde, estratégias de prevenção e tratamento, em meio às necessidades de atendimento durante a pandemia da COVID-19.

Conceitos básicos em promoção e prevenção de agravos em saúde mental

Quando abordamos o cuidado em saúde mental é fundamental desvincularmos o conceito de saúde mental de valores individualistas. As estratégias de prevenção em saúde mental devem ocorrer em nível coletivo e individual e precisam estar contextualizadas nas demandas coletivas de uma população (Thornicroft & Tansella, 2010). O cuidado em saúde mental tem se expressado, de maneira cada vez mais contundente, por meio da contextualização histórica-social-política-pessoal-biológica visando também uma articulação prática entre os modelos conceituais e a aplicação direta das ações de prevenção com resultados para a população. Abreu e Murta (2018) citam o quanto os pesquisadores da área valorizam a integração de perspectivas amplas para o desafio da atuação em prevenção em saúde mental.

O cuidado em saúde mental é uma tarefa ampla e complexa. Dessa forma, é importante diferenciar algumas de suas dimensões, com vistas a desenvolver ações para cada nível de cuidado possível. Nesse esteio podemos diferenciar as ações de promoção da saúde e aquelas de prevenção de doenças, no caso de transtornos mentais.

A promoção da saúde mental está relacionada a estratégias de intervenção que permitam maior empoderamento e autonomia para que os sujeitos lidem com os condicionantes histórico-sociais-biológicos que podem acarretar adoecimento mental. Burns (2009) aponta que tem ficado cada vez mais evidente que a prevalência de transtornos mentais varia de acordo com as desigualdades econômicas e sociais nas populações. Patel et al (2018) alerta que “grupos de pessoas que são discriminadas como resultado do gênero, idade, raça, etnicidade, orientação sexual,

deficiência ou crenças frequentemente são grupos de risco que requerem proteção específica para sua saúde mental” (p. 16). Nesse sentido, podemos entender que grande parte das lutas sociais para erradicação da pobreza, erradicação das violências contra as mulheres e minorias, legitimação de subjetividades, a defesa dos direitos humanos, a defesa das crianças e adolescentes são, também, ações de promoção da saúde mental (Holmes et al., 2020).

Ao alinharmos as estratégias de promoção da autonomia do cuidado e do exercício da subjetividade com estratégias de promoção da saúde compreendemos a importância da participação das pessoas e das comunidades nos processos de cuidado. Quando consideramos a autonomia nos processos de promoção da saúde, devemos ter clareza que isso impõe também a participação das pessoas e a legitimação de suas escolhas. Quando consideramos a atuação junto às comunidades, tornam-se fundamentais a participação das pessoas de forma integrada na promoção da saúde em suas localidades conhecendo os principais determinantes sociais de risco daquela comunidade.

A prevenção é complementar à promoção da saúde, e tem por objetivo a redução dos riscos para aparecimento de transtornos mentais. Se a promoção da saúde é o esforço para zelar por uma maior autonomia e segurança das pessoas, a prevenção em saúde é o esforço para evitar perdas na autonomia das pessoas devido a ocorrência de agravos e doenças. Como esforço para evitar desfechos negativos do processo de adoecimento, a prevenção tem sido descrita em três níveis: primário, secundário e terciário (Berk et al., 2017; Newton, 1992).

A prevenção primária em saúde mental objetiva ações que evitem o surgimento de transtornos mentais específicos considerando fatores de risco comunitários, pessoais, contextuais, históricos e

até mesmo genéticos. As estratégias de prevenção primária, em saúde coletiva, podem ser determinadas em três dimensões de alcance da população: universal, seletiva e indicada (Thornicroft & Tansella, 2010). Patel et al (2017) chamam a atenção para as políticas de saúde mental considerarem o desgaste psicológico de forma estratificada com intervenções assistenciais compatíveis com a complexidade de cada um desses níveis.

Podemos dimensionar riscos comuns a todas as pessoas de uma dada população e então planejar ações de prevenção universal desses riscos (a exemplo dos efeitos do distanciamento social na saúde mental das pessoas ao longo da pandemia da COVID-19). Podemos dimensionar também grupos de pessoas que são mais vulneráveis para o surgimento de determinados transtornos mentais (por exemplo, o maior risco para depressão e ansiedade presente entre as mulheres). Pessoas que apresentam alguns sinais ou sintomas de transtornos mentais, sem configurarem um diagnóstico para uma doença ou transtorno mental específico, também demandam ações de prevenção específicas, daí o termo prevenção indicada (um exemplo, são as pessoas que já apresentam sintomas de estresse pelo trabalho, atividades diárias ou outros contextos, mas ainda não apresentam um quadro de Transtorno de Adaptação (F-43.2).

A prevenção secundária diz respeito à detecção precoce de pessoas com maior risco para algum transtorno mental no qual o tratamento no início dos sintomas melhora muito o curso da doença ou suas consequências. Em saúde mental, também é comum considerarmos estratégias de prevenção secundárias as prevenções de recaída e abordagens que favoreçam a adesão ao tratamento. Prevenir efeitos iatrogênicos, os efeitos colaterais do próprio tratamento empregado, também tem sido uma

preocupação crescente neste nível de prevenção (Coyle, Shaver & Linehan, 2018; Parry, Crawford & Duggan, 2016). Qualificar o tratamento para que ele possa ter menos efeitos colaterais, ser o mais breve possível, evitar o agravamento e as recaídas da doença e facilitar o acesso aos serviços de assistência são objetivos importantes na prevenção secundária.

A prevenção terciária inclui medidas para o tratamento de sequelas e outras consequências do adoecimento. As avaliações para avaliação de sequelas após os períodos de tratamento, por rotinas de *follow up* e busca ativa de usuários de serviços de saúde têm sido cada vez mais indicadas e ampliadas (Holmes et al., 2020; Schreiber, Cates, Formanski, & King, 2019; Tracy et al., 2020). Vale destacar ainda a importância do trabalho para prevenir o estigma em pacientes psiquiátricos, uma realidade comum com prejuízos sociais e pessoais consideráveis para o agravamento da doença, para aumento das probabilidades de reincidência e para o isolamento social dos mesmos (Henderson, Robinson, Evans-Lacko & Thornicroft, 2017; Hegeri, Althaus, Schmidtke & Niklewski, 2006).

Quando consideramos de forma integrada as estratégias de prevenção, de tratamento e o conhecimento da etiologia dos transtornos mentais, há um ciclo virtuoso que permite refinar práticas de prevenções primárias, secundárias e terciárias. Da mesma forma, o conhecimento adquirido com o tratamento e as evidências das estratégias de prevenção permitem compreender melhor a etiologia dos transtornos mentais. Todo esse conhecimento permite ainda desenvolver ações para a promoção da saúde das pessoas de forma embasada e, indo além da prevenção de agravos e doenças, pavimentando as condições para um amplo exercício da subjetividade.

Modelos integrativos das dimensões de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento são interessantes pois consideram a complexidade dos riscos envolvidos para o adoecimento, do curso dos transtornos mentais e da importância da adesão ao tratamento (Thornicroft & Tansella, 2010; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005). Esses modelos também permitem uma melhor gestão das políticas de saúde, priorizando a eficácia das ações baseadas em evidências, a efetividade das ações para as populações e a eficiência das equipes de saúde.

Desafios da atuação em saúde mental na perspectiva de ações coletivas

As causas para o adoecimento psíquico são complexas, imbricadas em histórias pessoais, contextos familiares, contextos sociais, condições de adaptação e resiliência, acesso aos meios de cuidado e tratamento. Nesse sentido, uma forma importante de conceber ações de prevenção em saúde mental é a priorização dos transtornos mais graves, considerando ações em níveis universais, seletivas e indicadas para cada condição de risco. Ao invés de considerar a saúde mental de forma ampla como um objetivo para prevenção e assistência, é melhor conhecer a população e definir metas claras em razão da frequência e gravidade dos transtornos mentais mais prevalentes naquela população para depois poder estabelecer o planejamento de ações de prevenção mais amplas, visando o bem-estar geral de uma população.

A superação de modelo assistencial individual ainda é uma luta importante no imaginário dos usuários, da equipe técnica e dos gestores dos programas de saúde mental (Thornicroft & Tansella, 2010). Conceber a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de transtornos mentais é uma tarefa complexa que demanda a superação com um modelo histórico de intervenção e cuidado

individuais para intervenções de cuidado comunitário por meio de equipes de atendimentos integradas (Thornicroft & Tansella, 2010; Furst, Gandré, López-Alberca & Salvador-Carulla, 2019). A compreensão dos transtornos mentais também demanda a contextualização de sua ocorrência tanto em níveis pessoais quanto sociais, a compreensão dos recursos disponíveis para efetivar o cuidado, tornar os tratamentos mais eficazes e efetivos com vistas a respaldar as políticas de saúde implementadas.

A compreensão da etiologia do adoecimento psíquico é um esclarecimento essencial quando pensamos estratégias de prevenção e tratamento. O diagnóstico preciso de transtornos graves como depressão, transtorno afetivo bipolar, transtornos delirantes, transtorno obsessivo-compulsivo, podem demorar anos para serem concluídos, com grandes impactos na qualidade de vida das pessoas e na condução terapêutica de cada caso. Conhecermos o curso das doenças, fatores de risco associados, populações vulneráveis, são dimensões intrínsecas ao adoecimento e, consequentemente, ao diagnóstico rápido, ao tratamento e à prevenção (Yatham et al., 2018).

Conhecer e ter clareza do impacto dos transtornos mentais na vida das pessoas é importante para definir critérios de avaliação, sensibilizar gestores de saúde e elaborar políticas de assistência e prevenção. Thornicroft e Tansella (2010) propõem quatro dimensões importantes para avaliarmos os impactos dos transtornos mentais: frequência, severidade, disponibilidade de intervenções e aceitação das intervenções.

Os transtornos mentais são comuns e têm um impacto significativo na vida das pessoas. No Brasil, os transtornos mentais têm figurado como a terceira maior causa para concessão de auxílio-doença e de aposentadorias por invalidez de natureza

previdenciária e acidentária entre os anos de 2012 e 2016 (Ministério da Fazenda, 2017). Os transtornos mentais têm aumentado nos últimos anos com impacto bastante significativo para as economias de todo o mundo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020, Patel et al.)

Um conceito importante para avaliação da severidade dos transtornos mentais, bastante utilizado em publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), é de Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade (AVAI) e Anos Vividos com a Incapacidade (AVI). Os AVAI são calculados com base na soma dos anos de vida perdidos pela mortalidade prematura somados aos anos de vida vividos com incapacidade. Os AVI são calculados com base nos anos de vida em que a pessoa teve que conviver com a incapacidade gerada pela doença (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2020). Essa metodologia é importante por considerar não apenas o número de dias perdidos por uma pessoa devido a letalidade da doença, mas também o número de dias em que a pessoa convive com a doença que a incapacita para suas atividades diárias e não apenas para o trabalho. Com base em dados recentes disponíveis referentes ao ano de 2019, os transtornos mentais correspondem a 17,28% dos anos vividos com incapacidade e 6,3% dos anos perdidos por incapacidade ou letalidade no mundo (IHME, 2020). Embora a expectativa de vida seja menos afetada, transtornos mentais têm um imenso impacto na qualidade de vida de pessoas, podendo inclusive gerar um ciclo vicioso que impõe a aumento de gastos para cuidado, perda de vínculos sociais, diminuição/perda de atividade econômica, isolamento social, empobrecimento, dificuldade para manutenção dos tratamentos e retomada do ciclo.

Utilizar critérios simples e claros para a definição e prioridades de atendimento contribui muito para o alinhamento das equipes em torno das ações de tratamento e prevenção (Thornicroft & Tansella, 2010). Kessler et al. (2009) apresentam um estudo abrangente sobre como cada país define critérios de severidade em razão do número de dias de afastamento com a doença. De acordo com os autores, quanto mais desenvolvido o país e mais desenvolvido for o seu sistema de saúde, mais dias são compreendidos como necessários para diferenciar entre severidade leve, moderada ou grave. Sendo assim, o comprometimento leve pode variar de 11 a 68 dias, um comprometimento severo pode variar de 56 a 135 dias. Como a severidade é uma dimensão importante para a definição das ações de um programa de saúde mental, é importante avaliar, em nível local, o impacto dos transtornos mentais a fim de definir o grau de severidade deles para uma dada população.

As crenças em relação aos transtornos mentais têm impacto relevante na adesão ao tratamento e no diagnóstico dos mesmos (Maciel et al., 2019; Thornicroft & Tansella, 2010). É fundamental destacar que o preconceito e a discriminação evitam que pessoas busquem tratamento e ajuda. Esse fato aumenta as chances de crises mais intensas, do número de recaídas e maiores prejuízos na vida laboral e social das pessoas (Morgan, Rüsck, Brown & Thornicroft, 2015; Brohan et al., 2012). Dessa forma, tornam-se necessárias ações de prevenção que minimizem as crenças preconceituosas e criem um ambiente de inclusão e acolhida para pessoas que vivenciam transtornos mentais.

A organização de um serviço de saúde mental que visa o cuidado com uma população, atento ao contexto social da comunidade e à incidência de transtornos mentais específicos favorece também a adaptação do serviço em contextos de desgaste psicológico em

massa. Esse nível de organização permite ainda uma adaptação a situações como desastres e pandemias. Durante a pandemia COVID-19, diversos autores apontaram que as intervenções em saúde mental coletiva deveriam abarcar a definição de grupos de risco, abordagens de triagem e tratamento, e a priorização da assistência em razão dos riscos (Wang et al., 2020; Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2020; Holmes et al., 2020; Brooks et al., 2020; Schreiber et al., 2019). A adaptação das ações de prevenção neste novo cenário de risco psicossocial tem impacto direto sobre a eficácia das intervenções das equipes de saúde, a cobertura da população e sobre as condições de atendimento proporcionadas.

Programa de Saúde Mental: aplicação do modelo de Matriz no desenvolvimento de ações de prevenção primária, secundária e terciária

Patel et al. (2018) destacam que a pesquisa sobre evidências em saúde mental está concentrada no nível individual., com muito mais ênfase que no nível local., e que as evidências geralmente se aplicam a intervenções clínicas singulares mais do que à combinação de tratamentos, como medicação, apoio psicológico e reabilitação psicossocial. No campo da saúde mental, a abordagem clínica, e não uma abordagem orientada para o serviço, ainda prevalece como realidade da assistência e prevenção. Thornicroft e Tansella (2010) defendem um modelo de cuidado em saúde mental que visa um equilíbrio entre o cuidado na comunidade e um modelo de assistência hospitalar.

Thornicroft e Tansella (2010) apresentam o modelo de matriz para desenhar ações de saúde comunitária valorizando dois pontos importantes: a relação temporal e espacial da atenção à saúde e a gestão dos recursos limitados disponíveis, buscando utilizá-los da forma mais efetiva e eficaz. O uso de matrizes viabiliza, de

maneira prática, observar o alcance das ações e sua efetividade, permitindo assim um controle ágil das ações e da alocação de recursos. Esse modelo de matriz, considerando todo o processo de prevenção à assistência e o foco nas necessidades locais de uma comunidade, tem sido corroborado por estudos mais recentes ampliando o alcance das ações em saúde mental sem perder o foco de intervenção nos casos mais graves (Patel et al., 2018).

O modelo de matriz preconizado por Thornicroft e Tansella (2010) é estruturado em torno de dois eixos: geográfico e temporal. A dimensão geográfica se alinha ao conhecimento local da população, incluindo seus hábitos e cultura para estabelecer o contexto social no qual ocorrem as análises epidemiológicas dos transtornos mentais. Essa concepção localizada dos serviços também coloca em perspectiva o acesso aos serviços pela comunidade. A dimensão temporal diz respeito ao fluxo das intervenções realizadas pela equipe de saúde mental desde os insumos e preparação da equipe, passando pela prioridade de ações realizadas até os resultados das ações de prevenção e tratamento propostas.

Na dimensão geográfica, Thornicroft e Tansella (2010) definem três níveis complementares, bastante comuns nas práticas do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS): nível nacional, nível local e nível do paciente. No nível nacional são compreendidas as leis, o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Mângia & Muramoto, 2009), as leis de proteção para públicos vulneráveis, os recursos disponíveis para o desenvolvimento de projetos e programas de saúde mental. O nível local já está mais formatado em torno da unidade de saúde e ambiciona um cuidado amplo com uma população definida e distribuída num espaço específico. O nível individual é o cuidado propriamente dito com as pessoas

com transtornos mentais, os familiares e a rede social de apoio. Esse conhecimento do perfil populacional terá impacto direto nas ações de prevenção e tratamento propostas pela equipe de saúde mental.

A dimensão temporal permite a organização do fluxo de eventos em cada nível de atuação geográfica das políticas de saúde mental desde o início da intervenção até seus resultados. A primeira fase temporal é a entrada onde são identificados os insumos, as condições de trabalho da equipe de saúde mental, necessidades de treinamento, experiência da equipe e outras variáveis que definem as condições de atendimento. A segunda fase temporal é o processo, caracterizada pela definição de prioridades e as estratégias para o desenvolvimento das ações de cuidado, a definição de estratégias de prevenção e a utilização dos recursos em saúde mental ocorrem nesta fase, que também é uma fase importante para a organização das equipes, viabilizando a participação efetiva de todos na organização dos fluxos de trabalho. A terceira fase é constituída pela demonstração de resultados, permitindo uma avaliação sistemática de todo o fluxo de trabalho definido pela equipe nos cuidados com sua comunidade.

O modelo de matriz oferece algumas vantagens para a organização dos serviços de saúde mental, por funcionar como uma reflexão sistematizada sobre a atuação necessária e possível para uma equipe de saúde mental. Não é um modelo pronto, mas uma referência dinâmica que permite adaptar as possibilidades de atendimento às necessidades comunitárias de intervenção, viabilizando uma atuação em rede. A reflexão sobre os níveis de intervenção local e nacional/regional permitem uma atenção constante para a comunidade e estimula a atuação em nível preventivo enquanto as ações no nível individual têm um caráter mais

assistencial. Na dimensão temporal, valorizar a fase de processo nas equipes de saúde mental favorece a atuação multidisciplinar, ensina a participação de todos os membros da equipe e viabiliza a compreensão de todo o processo de atendimento.

Thornicroft e Tansella (2010) ressaltam que esse modelo é especialmente interessante para serviços de saúde pública. O modelo tem sido implementado como um recurso para a elaboração de políticas públicas em saúde mental em diversos países (Furst et al., 2019; Mângia & Muramoto, 2009; Patel et al., 2018; Semrau et al., 2018). Embora seja uma proposta de modelo para programas nacionais, ele tem também uma boa aplicabilidade em contextos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e contextos institucionais.

A elaboração de um Programa de Saúde Mental para uma instituição: integrando promoção da saúde, prevenção e tratamento.

Baseado na metodologia proposta por Thornicroft e Tansella (2010), o levantamento dos dados epidemiológicos é importante para definir a frequência e a severidade dos transtornos mentais a fim de alinhar os recursos disponíveis para tratamento e prevenção. Além desses dados, o conhecimento da população e das instituições que compõem uma rede de assistência permitem o desenvolvimento de ações específicas visando a atuação em condições de risco psicossocial para a população. Realizar um levantamento do perfil da população com base na idade, gênero, variáveis econômicas, acesso à rede de atendimentos em saúde e condições de trabalho permitem uma melhor compreensão dos dados epidemiológicos possibilitando o conhecimento de fatores de risco e de proteção mais presentes na população.

Considerando um contexto institucional, por exemplo, é importante compreender a realidade das licenças médicas ocorridas ao longo do ano, um dado relativamente fácil de ser disponibilizado em instituições e que apresenta objetivamente o desgaste dos indivíduos, o impacto em suas vidas e o impacto no desempenho nas atividades laborais. Com base no número de dias de licença por transtorno mental, por exemplo, é possível estimar o impacto desse adoecimento numa instituição levantando números de incidência, prevalência e, também, a severidade dos casos naquela população.

Como abordado anteriormente, os recursos assistenciais, normalmente, são escassos e as equipes de saúde precisam desenvolver estratégias para atender a maior quantidade de casos possível, priorizando grupos vulneráveis para o tratamento e desenvolvendo ações de prevenção para toda a população.

Uma forma de começar a pensar as estratégias de prevenção para uma população é elaborar uma tabela com dois eixos considerando, dentre os transtornos mentais:(1) a prevalência e a (2) severidade. Esses não são os únicos critérios para definição de ações de prevenção e tratamento, mas eles funcionam como um excelente ponto de partida ao apresentarem de maneira objetiva o número de pessoas afetadas, o nível de desgaste gerado para elas e, possivelmente, o impacto na comunidade. Essa tabela pode orientar a definição de prioridades de atendimento e a gestão dos recursos em função dessa prioridade. Como apresentado anteriormente, os autores apresentam valores distintos para classificar a severidade do comprometimento das pessoas (Kessler et al., 2009). Dessa forma, cada equipe de saúde mental, conhecendo a realidade da sua localidade e sua população, poderá definir os

parâmetros para avaliação da severidade dos transtornos mentais. A Tabela 10.1 apresenta os eixos para a classificação.

De maneira geral, a prioridade de atendimento são os transtornos de humor, por serem mais severos e terem uma prevalência alta nas populações. Os transtornos de ansiedade, comumente têm alta prevalência, mas uma baixa severidade. Os transtornos por abuso de substâncias tendem a apresentar quadros crônicos que vão se tornando mais graves ao longo do curso da doença. Esses últimos, embora menos prevalentes ainda, são uma das principais causas para aposentadoria por doenças (IHME, 2020; Ministério da Fazenda, 2017; WHO, 2017). Na tabela 10.2, apresentamos dados considerando essas informações com base na população mundial e brasileira sobre a frequência dos transtornos para definirmos a priorização das ações de prevenção e tratamento.

Tabela 10.1
Priorização das ações de prevenção e tratamento em saúde mental

Incidência e/ou prevalência de Transtornos Mentais (Número de novos casos)	Grau de comprometimento do desempenho (número de dias de licenças, AVAI, AVI, número de dias de afastamento de acordo com dados do INSS)		
	Leve	Moderado	Severo
	Transtornos de Ansiedade	Transtornos de Humor	Transtornos de Humor
		(...)	Abuso de substâncias

Fonte da tabela: dados do Institute for Health Metrics and Evaluation e Ministério da Fazenda do Brasil

Organizamos abaixo um quadro com ações de prevenção sistêmicas para o desenvolvimento das ações do Programa de Saúde Mental, desenvolvido para as necessidades de cuidado, prevenção e assistência dos servidores de uma instituição pública, para

ilustrar o desenvolvimento das ações de prevenção focadas nas necessidades de uma população.

Tabela 10.2
Ações de prevenção elaboradas em razão das demandas da localidade

Prevenção	Universal (ações destinadas a toda a população)	Selecionada (grupos com risco aumentado para algum transtorno mental)	Indicada (pessoas que já apresentam algum sinal de transtorno mental)
Primária Medidas para limitar a incidência da doença, controle das causas e fatores de risco	Divulgação de textos sobre temas em saúde mental relevantes para a comunidade, encaminhados mensalmente e disponibilizando contatos para acesso à equipe de saúde mental Grupos de meditação regulares todas as semanas (manejo de estresse e ansiedade) Treinamento de servidores para identificarem sinais de risco de suicídio Campanha do Setembro Amarelo	Cuidado emocional na maternidade (ação de triagem para prevenção de depressão pós-parto e transtornos do humor) Curso de gerenciamento do estresse no trabalho (grupo semestral disponibilizado para demanda espontânea) Acompanhamento de casos de licenças prolongadas – acima de 60 dias de licenças (especialmente pessoas com câncer e quadros de dores crônicas)	Monitoramento de pessoas com histórico de abuso de substâncias Busca ativa de pessoas com licenças/afastamentos acima de 60 dias Priorizar o atendimento de servidores com sintomas de Transtornos afetivos do humor Priorizar atendimento de pessoas com ideação suicida
Secundária Voltada ao tratamento da pessoa enferma e redução das consequências mais graves	Equipe de saúde mental trabalha conjuntamente para viabilizar a adesão ao tratamento. Foco no tratamento adequado e prevenção de recaídas. Priorizar o atendimento de pessoas com quadros de: Transtornos do humor Abuso de substâncias Quadros graves de ansiedade		
Terciária Redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida	Sensibilização de gestores em relação à não discriminação de pessoas que tiveram licenças por transtornos mentais Orientação dos gestores para servidores que estão com restrições laborais Cuidado especial com servidores com sintomas delirantes e servidores que tiveram problemas relacionais durante a manifestação da doença Evitar a estigmatização das pessoas com transtornos mentais		

Além do desenvolvimento de estratégias de prevenção de transtornos mentais e de adesão aos tratamentos, é importante desenvolver ações que foquem na promoção da saúde mental. Desenvolver ações para promover a saúde mental tem relação direta com a criação de melhores condições de trabalho, diminuição do assédio moral e sexual., diminuição e/ou superação das discriminações e dos estigmas, legitimação das subjetividades e contextualização das condições de sofrimento em meio ao contexto pessoal., social e histórico de cada pessoa. Dessa forma, é muito provável que um programa de saúde mental atue junto a outras equipes de saúde e instituições, buscando melhores condições de relacionamento, cuidado, respeito e padrões éticos elevados numa instituição/população.

Thornicroft e Tansella (2010) reforçam a importância da gestão dos programas de saúde mental, sua integração com múltiplos níveis de intervenção e o acompanhamento das ações de prevenção e tratamento ao longo do tempo. A tabela 10.3 ilustra a aplicação do modelo de matriz, considerando o desenvolvimento das ações de prevenção, tratamento e promoção da saúde.

Tabela 10.3
O modelo de Matriz em saúde mental na prática

Dimensão geográfica	Dimensão temporal		
	Fase de Entrada	Fase de Processo	Fase de Resultados
Nível nacional/regional	Dados epidemiológicos (OMS; Ministério da Saúde) Código Internacional de Doenças – CID	Participar de ações estratégicas promovidas pela OMS, Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia (a exemplo da campanha de prevenção ao Suicídio)	Adesão a campanhas Notificações de agravos e doenças Divulgação de campanhas nacionais em nível local

Nível local	<p>Salas para atendimentos</p> <p>Salas para reuniões</p> <p>Psicólogos</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Assistentes sociais</p> <p>Médicos clínicos</p> <p>Profissionais de gestão de pessoas</p> <p>Gestores</p>	<p>Avaliação das principais causas de afastamento do trabalho</p> <p>Busca a ativa dos pacientes com quadros severos de transtornos mentais</p> <p>Intervenções em grupo para prevenção de transtornos de ansiedade e de estresse</p> <p>Rotinas de triagem de desgaste psicológico</p> <p>Treinamento de gestores para sensibilização para os cuidados em saúde mental</p> <p>Campanhas informativas sobre temas relacionados à saúde mental</p> <p>Ações de prevenção (universal, selecionada, indicada)</p> <p>Reuniões da equipe de saúde mental para alinhamento do trabalho e das prioridades</p>	<p>Licenças médicas emitidas/afastamentos (dados de prevalência, incidência)</p> <p>Número de dias de licenças médicas (dados de AVAI, AVI, licenças médicas...)</p> <p>Escores em escalas de triagem de desgaste psicológico</p> <p>Busca espontânea do tratamento</p> <p>Indicações de tratamento por profissionais de saúde e <i>gatekeepers</i> (pessoas de referência em comunidades)</p>
Nível individual	<p>Salas de atendimento individuais e familiares</p> <p>Psicólogos</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Assistentes sociais</p> <p>Sala de atendimento em grupo</p> <p>Clínicas psiquiátricas</p> <p>Treinamento com foco nas prioridades de atendimento e prevenção</p>	<p>Rotina de avaliação por demanda espontânea do paciente</p> <p>Rotina de busca ativa de pacientes prioritários</p> <p>Trabalho em equipe de saúde mental</p> <p>Atendimento psicológico, psiquiátrico</p> <p>Orientação para familiares</p>	<p>Adesão ao tratamento</p> <p>Recaída</p> <p>Restrições para o trabalho</p> <p>Aceitação de licença médica</p>

Fonte: dados analisados e debatidos pela equipe de saúde mental da instituição.

O desenvolvimento de ações de prevenção em saúde demanda uma organização do trabalho das equipes de saúde de maneira a conhecerem melhor a sua população, capacitarem-se constantemente para as demandas de atendimento necessárias para a

comunidade. Na medida em que essas ações de prevenção são consolidadas é importante avançar os trabalhos de análise de resultados para avaliar a eficácia delas e melhorá-las. Abreu e Murta (2016) apresentam uma revisão sistemática onde afirmam que a quantidade de estudos teóricos sobre prevenção em saúde mental é cerca de 8 vezes mais frequente que estudos sobre atuações preventivas. Esses dados oferecem uma dimensão clara do desafio para as equipes que se lançam na organização, implementação e avaliação de prevenção em saúde mental. Indo além, as autoras apresentam resultados nos quais apenas 2.94% dos artigos sobre prevenção em saúde mental apresentam avaliação sistemática dos resultados.

Impactos da pandemia da COVID-19 para repensar as ações de prevenção em saúde mental para todas as populações

A pandemia da COVID-19 foi declarada como emergência de saúde pública de preocupação internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020. Desde seu surgimento, no mundo todo, este evento tem exigido esforços emergenciais de vários setores da sociedade, à medida que se propaga, não apenas como doença infecciosa de alta transmissibilidade, rápido contágio e letalidade, mas como fenômeno de enorme impacto social, econômico e psicológico.

A COVID-19 provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves – com insuficiência respiratória que requer cuidados hospitalares intensivos e pode incluir o uso de ventilação mecânica (Faro et al., 2020) – entre 5% e 10% dos casos, com letalidade variando, conforme a faixa etária, especialmente entre idosos acima de 70 anos, e condições clínicas associadas. A doença apresenta complicações respiratórias:

pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA (Ministério da Saúde, 2020). O Ministério da Saúde preconiza que, devido à letalidade muito mais elevada da COVID-19 entre os idosos (60 anos ou mais), deveria haver prioridade para atendimento a essa população.

Além disso, a quarentena, que é uma medida de combate à pandemia, produz efeitos negativos como: medo, perda de liberdade, separação de entes queridos, incerteza em relação ao curso da doença e ao tempo de distanciamento. O isolamento social intensifica os sentimentos de desamparo, tédio, solidão e tristeza (Fundação Oswaldo Cruz, 2020). Em surtos, as medidas de controle geram também estigmatização e exclusão social de casos confirmados de COVID-19, casos suspeitos e sobreviventes, o que tende a agravar sua saúde mental (Zhang, et al., 2020). O uso bem-sucedido da quarentena como medida preventiva exige a redução, tanto quanto possível, dos efeitos negativos associados a ela (Brooks et al., 2020).

Além das reações de desgaste psicológico da população geral., a pandemia da COVID-19 impõe, ainda, um enorme desafio para os cuidados em saúde mental., considerando os aumentos dos desgastes psicológicos da população geral., risco elevado de recaídas, incidências de casos de transtornos mentais (Brooks et al., 2020), a ocorrência de situações de violências domésticas e possível aumento dos índices de suicídios em pandemias e epidemias passadas (Taylor, 2019). Além disso, o manejo da pandemia Covid-19 por meio do distanciamento social e isolamento domiciliar é, por si só, um fator de risco para a saúde mental., especialmente para pessoas com histórico de transtornos mentais (Brooks et al., 2020; Hawryluck et al., 2004; Shultz, Banningana & Neria, 2015). Somado a isso temos um déficit de profissionais de saúde mental para lidar com o aumento exacerbado do desgaste psicológico da população

geral., o que implica uma atuação diferenciada no contexto da pandemia que permita maior eficácia e maior abrangência das ações das equipes de saúde mental (Zhang et al., 2020; Holmes et al., 2020, Wang et al., 2020).

A melhor forma de viabilizar a resiliência da população e primar por melhores condições de enfrentamento do desgaste psicológico neste cenário é através do trabalho em rede. Informar a população é o primeiro passo de uma tarefa necessária para produzir estabilidade emocional, socializando informações baseadas em evidências científicas, normas sanitárias e noções de biossegurança (Taylor, 2019). A partir desta compreensão consensual em intervenção psicossocial nas situações de emergências, de que informações verdadeiras são base para a estabilização emocional de pessoas em todo o mundo, uma dimensão importante no contexto da pandemia no país foi a propagação de informações falsas em relação ao SARS-CoV-2, a COVID-19, que ocorreu, inclusive massivamente, por parte de agentes governamentais (Faro et al., 2020).

Em um estudo de alcance mundial sobre as consequências das informações falsas durante a pandemia da COVID-19, Islam et al. (2020) concluem que os rumores, estigma e teorias da conspiração têm o potencial para diminuir a confiança nas autoridades sanitárias e, conseqüentemente, diminuir a adesão aos protocolos de prevenção e tratamento, inclusive desacreditando protocolos baseados em evidências. Como exemplo, esses autores citam ocorrências nas quais mais de 800 pessoas morreram e mais 5.800 foram hospitalizadas devido ao consumo de bebidas com altíssimas concentrações de álcool e/ou sanitizantes.

No cotidiano de brasileiros, esta foi e tem sido uma experiência de impacto muito negativo, gerador de desgaste psicológico, relações de conflito e violência. A negligência do governo brasileiro,

por meio de: desmonte das políticas públicas de saúde, educação, assistência social e segurança pública; desarticulação do planejamento e condução de ações do Ministério da Saúde no contexto da emergência da epidemia; desvio de recursos destinados à testagem e aquisição de insumos e equipamentos; discurso sistemático de desvalorização das vidas das populações vulneráveis, desqualificação dos profissionais da saúde e descrédito da ciência e da investigação científica, agravou, propositalmente, a tragédia da COVID-19, alastrando e banalizando o número de mortes em todo o país. Na terceira semana de abril de 2020, o Brasil havia ultrapassado 30.000 casos confirmados, com mais de 1.500 mortes (Faro et al., 2020). Lastimavelmente, no final do mês de outubro de 2020, o país ultrapassou a marca de 5.516.658 casos confirmados e 159.477 mortes (Ministério da Saúde, 2020).

Prioridade em uma situação de emergência é proteger e cuidar da saúde mental e o bem-estar psicossocial das populações. Neste sentido, é preciso garantir ações coordenadas entre todos os governos e atores humanitários não-governamentais (IASC, 2007). As Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias apontam que, na fase inicial de uma emergência, o suporte social é essencial para proteger e apoiar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas, considerando ainda a possibilidade de intervenções psicológicas e/ou psiquiátricas como forma de tratamento para problemas e dificuldades específicos.

O Comitê IASC (2007) aponta que um bom projeto ou programa deve incluir medidas de apoio adequadas para as pessoas em maior risco, levando em conta que, dependendo do contexto de emergência, há grupos de pessoas que têm maior risco de sofrerem problemas psicológicos e/ou sociais. Paradoxalmente, os mesmos

grupos afetados podem ter recursos disponíveis e acessíveis que oferecem apoio à saúde mental e ao bem-estar psicossocial, tais como habilidades na resolução de problemas, modos de comunicação, formas de negociação e maneiras de autossustento. Certamente, essas habilidades são encontradas somente em alguns grupos, constituindo fatores protetivos.

Programas que tenham como objetivo produzir ações preventivas, que pretendem diminuir as cadeias de transmissão, por meio do acesso à comunicação de qualidade, desenvolvimento da resiliência e cuidado com a saúde mental podem promover suporte psicossocial na tentativa de melhorar as condições de saúde mental, por meio de redes remotas de apoio social. A comunidade afetada emocionalmente pelos processos de distanciamento e quarentena também pode estabelecer redes de apoio e suporte para si e para outras comunidades. Redes sociais de apoio serão cada vez mais necessárias, levando em conta que a ruptura das conexões sociais e físicas é facilitadora de impactos psicológicos negativos (Faro et al., 2020), e o fortalecimento das conexões com familiares, amigos, profissionais da saúde e grupos de contato, ainda que de modo remoto, tem sido fator protetivo a saúde mental na pandemia.

Adaptação das estratégias de prevenção e assistência em saúde mental ao longo da pandemia da COVID-19 aplicando metodologia *Screen and treat*⁶:

A experiência com um programa de saúde mental somada às informações coletadas sobre uma comunidade e sua localidade são valiosas para a adaptação das ações de prevenção e adaptação

⁶ Screen and treat é um modelo de busca ativa mais indicado para atuação em situações de desastres e pandemias. Traduzimos o modelo como rastrear e tratar. Populações mais vulneráveis são rastreadas e os casos prioritários são tratados com base em níveis de severidade e disponibilidade da equipe de saúde mental.

à situações de desastres e epidemias. Nesse sentido, a experiência acumulada por equipes de saúde mental permitiu que novas práticas fossem criadas, outras aperfeiçoadas e as ações de prevenção e tratamento fossem repensadas diante das demandas surgidas ao longo da pandemia da COVID-19.

A versatilidade do modelo de matriz para adaptar a atuação da equipe de saúde mental e reorientar as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e o tratamento foi uma grata surpresa ao longo do trabalho de enfrentamento dos desgastes psicológicos ensejados ao longo da pandemia da COVID-19. O processo de adaptação do programa de saúde mental para o contexto da pandemia teve início com a revisão bibliográfica das práticas em saúde mental em contexto de desastres e epidemias passadas para definição dos principais grupos de risco para priorizar ações de prevenção.

Diversos autores enfatizam que a melhor opção, a fim de otimizar recursos no campo da saúde mental coletiva, é adotar metodologias de rastreamento e tratamento (Brooks et al., 2020; Taylor, 2019, Thornicroft & Tansella, 2010; Shultz et al., 2015; Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020). Esse tipo de metodologia permite explorar as demandas da população em um dado momento, rastrear os casos mais críticos e com maior risco de complicações, avaliar as necessidades de intervenção. O rastreamento de pessoas mais vulneráveis permite compreender os condicionantes do sofrimento psicológico e orienta a elaboração das intervenções focadas para os grupos de risco.

A intervenção psicológica durante a pandemia da Covid-19 deve estar integrada aos planos de tratamento da doença com vistas a bloquear as formas de transmissão da doença (Zhang et al., 2020). Taylor (2019) afirma que fatores psicológicos devem ser considerados para facilitar a adesão das pessoas às orientações das autoridades

sanitárias e aos cuidados propostos pelos profissionais de saúde. Em essência, pessoas bem informadas, resilientes e que compreendem as consequências nos níveis pessoal e social de uma pandemia estarão mais propensas a seguirem as orientações das autoridades sanitárias e de saúde. Essas conclusões foram confirmadas por Wang et al. (2020) ao relatarem que pessoas com menor nível de informação estão mais vulneráveis ao estresse psicológico da epidemia e que informações baseadas em evidências são a melhor forma de preparar a população.

Autores especialistas em saúde mental coletiva e pandemias confirmam a importância de organizar ações de prevenção de agravos e de tratamento em prioridades tendo em vista a limitação de recursos para atendimento das pessoas com desgaste psicológico elevado (Brooks et al., 2020; Gardner & Moallem, 2015; Holmes et al., 2020; Schreiber et al., 2019; Shultz et al., 2015; Taylor, 2019; Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020). A priorização do atendimento não quer dizer que toda a população não deva ser cuidada. As ações de prevenção primária universal, seletiva e indicada são repensadas em razão dos grupos vulneráveis e da disponibilidade de atendimento das equipes de saúde. O fundamental é descobrir o número de pessoas nas populações vulneráveis e os níveis de risco que devem ser priorizados em razão da limitação de recursos, tempo e pessoal qualificado disponível. As metodologias de rastreamento permitem conhecer o alcance e a intensidade dos agravos da população e definir as prioridades do tratamento com base nessas informações. Esse tipo de abordagem permite intervenções mais precisas, e focadas nas demandas da população, avaliação dos riscos e o controle da eficácia das ações de tratamento (Taylor, 2019; Zhang et al., 2020).

Zhang et al. (2020) e Shultz et al. (2015) relatam a organização das intervenções em saúde mental em formato de pirâmide buscando organizar as ações por níveis de complexidade e alcance da população. Essas propostas buscavam fortalecer os vínculos de família e comunitários nas redes de apoio social, possibilitar apoio psicossocial para as pessoas com maior desgaste psicológico, promover intervenções especializadas em saúde mental para as pessoas com condições severas de transtornos mentais. Holmes et al. (2020) enfatizam a importância de rastrear pessoas com sentimento de solidão e mobilizar as redes de apoio social em torno delas.

Os pacientes suspeitos e confirmados com Covid-19 também podem se beneficiar muito de intervenções nos primeiros sinais de estresse psicológico junto com a doença. A orientação online para diminuição dos quadros de ansiedade e evitar busca desnecessária da rede de saúde foi defendida, de acordo com o grau de demanda dos usuários por alguns pesquisadores (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Zhang et al. (2020) consideram que a metodologia de rastreamento para identificar o nível de estresse emocional dos indivíduos é um ponto chave da proposta de intervenção, pois esse rastreamento deve ser rápido e objetivo. Eles realizaram o rastreamento baseado em casos suspeitos de Covid-19, equipes de saúde e população geral por mídias sociais e telefone utilizando escalas padronizadas. Outros autores também defendem o uso de múltiplas tecnologias para a realização do rastreamento e da intervenção em diversos níveis de atenção da população (Holmes et al., 2020; Shultz et al., 2015).

Quanto às intervenções psicológicas, muitos autores orientam para a importância de estratégias que permitam o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento da situação (*coping*), reforçando a necessidade de adesão ao tratamento e foco na diminuição da

ansiedade e do desgaste psicológico (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020; Taylor, 2019). A abordagem, o contato, as entrevistas e as intervenções psicoterápicas com a população são preconizadas, utilizando muitas ferramentas virtuais disponíveis. Variando de telefonemas para entrevistas e aplicação de escalas até às psicoterapias por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), todas as abordagens são realizadas, na medida do possível, à distância. A rara exceção é com os profissionais de saúde na linha de frente do atendimento (Holmes et al., 2020; Zhang et al., 2020). Abordagens com triagem por meio de escalas com automação de respostas e mistura de intervenções terapêuticas estão sendo estudadas como formas de intervenção em massa para monitorar e intervir em populações mais vulneráveis, informando a rede de atendimento sobre a necessidade de intervenção nos primeiros sinais de desgaste psicológico grave (Holmes et al., 2020).

Outra dimensão relevante a ser considerada nessa proposta de intervenção é que ela demanda a estruturação de redes de atendimento. Na medida em que diversas demandas surgem, é necessário formar uma rede de serviços, otimizando o máximo possível os recursos disponíveis na rede de saúde mental. Quanto mais rápido os profissionais puderem organizar uma rede de assistência, mais abrangentes e sustentáveis serão essas ações (Holmes et al., 2020; Shultz et al., 2015; Zhang et al., 2020).

A intervenção em saúde mental em meio a pandemia Covid-19 exige uma adaptação dos protocolos usuais de saúde mental, que vão muito além de viabilizar o atendimento psicoterápico e psiquiátrico *online*. A proposta é estabelecer uma rotina de rastreamento para priorizar a assistência em redes de atendimentos com múltiplas faixas de abrangência e diferentes níveis de complexidade. Considerar o cuidado em saúde mental como saúde coletiva é o

passo decisivo para aproximar a assistência em saúde mental das demandas que surgirão ao longo da pandemia.

O modelo de matriz (Thornicroft & Tansella, 2010) permitiu o acompanhamento da população com base em suas demandas de atendimento ao longo dos últimos anos. No momento da aplicação da atuação por meio de metodologias de rastreamento e tratamento, (*screen and treat*) toda a experiência acumulada permitiu o desenvolvimento de uma priorização das ações de prevenção e tratamento em razão das demandas da pandemia da COVID-19 e uma ampliação do alcance das ações com base nessas necessidades pelo conhecimento prévio da população assistida. Entretanto, uma série de alterações foram necessárias para adequar o modelo do programa de saúde mental para o contexto da pandemia da COVID-19.

Com base em dados da sua população, uma equipe de saúde mental em uma instituição pública federal definiu 10 grupos prioritários para intervenção durante a pandemia: (1) idosos aposentados e ativos na instituição; (2) pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19; (3) profissionais de saúde na linha de frente de atendimento COVID-19; (4) pacientes com alto risco de suicídio; (5) mulheres com alto risco de serem vítimas de violência doméstica; (6) puérperas; (7) pacientes com histórico de transtornos mentais severos; (8) pacientes em acompanhamento pela equipe de saúde mental anteriormente à pandemia; (9) pessoas passando por luto durante a pandemia e (10) ações para todos os 2.800 servidores ativos da instituição.

Na tabela 10.4 apresentamos a aplicação do modelo de matriz ao contexto da pandemia. Diversas adaptações foram necessárias e implementadas para viabilizar as ações de prevenção primária, secundária e terciária. As informações disponíveis no programa de

saúde mental permitiram a definição de novos grupos prioritários com base no conhecimento das vulnerabilidades da população e as ações de tratamento foram definidas com base nas possibilidades de atendimento.

Tabela 10.4. Modelo de matriz na intervenção ao longo da pandemia de COVID-19

Prevenção	Universal (ações destinadas a toda a população)	Selecionada (grupos com risco aumentado para algum transtorno mental)	Indicada (pessoas que já apresentam algum sinal de transtorno mental)
<p>Primária Medidas para limitar a incidência da doença, controle das causas e fatores de risco</p>	<p>Divulgação de textos sobre temas em saúde mental relevantes para enfrentamento da pandemia Grupos de Meditação regulares todas as semanas (manejo de estresse e ansiedade) Treinamento de servidores para identificarem sinais de risco de suicídio Rodas de conversa com informações sobre o enfrentamento da pandemia, psicoeducação, intervenções terapêuticas em grupo Orientações para gestores e autoridades sobre a importância do distanciamento social, uso de máscaras e práticas de higiene pessoal e coletiva. Cartilha para orientação para distanciamento social, medidas sanitárias de prevenção, protocolos de tratamento. Rastreamento dos idosos (especialmente os profissionais aposentados) Rastreamento de desgaste psicológico para toda a população</p>	<p>Utilização de entrevistas estruturadas, escalas padronizadas para rastreamento. Cuidado Emocional na Maternidade (ação de triagem para prevenção de depressão pós-parto e transtornos do humor, atenção aos estressores durante a pandemia) Triagem de mulheres com filhos em idade escolar e pré-escolar Triagem de servidores com histórico de licenças médicas acima de 30 dias por transtornos mentais nos últimos três anos Acompanhamento de casos de licenças prolongadas – acima de 60 dias de licenças (especialmente pessoas condições clínicas de risco para COVID-19) Rastreamento do desgaste psicológico de pessoas com COVID-19 Rastreamento do desgaste psicológico para profissionais de saúde e orientação para gestores.</p>	<p>Monitoramento de pessoas com histórico de abuso de substâncias nos últimos 3 anos Monitoramento de mulheres vítimas de violência doméstica nos últimos 3 anos Busca ativa de pessoas com licenças/afastamentos acima de 60 dias (especialmente pacientes com doenças crônicas e câncer) Priorizar o atendimento de servidores com sintomas de Transtornos do Humor Priorizar atendimento de pessoas com ideação suicida Avaliação de estresse pós-traumático em pessoas com COVID-19 Rastreamento de pessoas que vivenciaram situação de luto na instituição</p>

<p>Secundária Voltada à cura da pessoa enferma e redução das consequências mais graves</p>	<p>Equipe de saúde trabalha conjuntamente para viabilizar a adesão ao tratamento dos pacientes COVID-19 aos protocolos de assistência médica Adaptação do atendimento psicológico para modalidades <i>online</i> Desenvolvimento de intervenções psicoterápicas focais para o contexto da pandemia Atendimento em grupo de equipes em situação de luto Priorizar o atendimento focal para pessoas triadas no processo de rastreamento Priorizar atendimento continuado para pessoas com transtornos do humor, abuso de substâncias, quadros graves de ansiedade, transtornos delirantes</p>
<p>Terciária Redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida</p>	<p>Sensibilização de gestores em relação à não discriminação de pessoas que necessitaram de licenças médicas por transtornos mentais Orientação dos gestores que estão com servidores com restrições laborais Cuidado especial com servidores com transtornos mentais que tiveram problemas relacionais durante a manifestação de transtorno mental Evitar a estigmatização das pessoas com transtornos mentais Follow up para avaliação de Long Covid</p>

Fonte: dados analisados e debatidos pela equipe de saúde mental da instituição.

Todas essas ações de prevenção e tratamento permitiram evidenciar o nível de desgaste da comunidade institucional, tendo havido um aumento de 43% nos dias de licenças por transtornos ansiosos e uma diminuição geral de 8% no total de dias de licenças médicas por transtornos mentais. Além disso, houve um maior reconhecimento de fatores psicossociais no desgaste psicológico da população demandando políticas de prevenção de violência e desgaste psicológico para mulheres, igualdade racial na instituição, cuidado com os idosos e valorização dos cuidados comunitários. A mensuração de todos esses resultados ainda é uma tarefa exigente e carece de avanços metodológicos, mas se revela necessária para melhor representar as lacunas dessa ampla atuação e evidenciar a eficácia e o foco da assistência prestada.

Definindo e priorizando os idosos como grupo de risco: rastreamento e tratamento com foco e responsabilidade social

Dentre todos os grupos prioritários para atendimento ao longo da pandemia, os idosos formam o grupo que melhor sintetiza as

necessidades de prevenção em saúde integral, cuidados comunitários, atuação técnica da equipe de saúde mental e uma atuação baseada em evidências. Considerando o número de idosos que precisam ser assistidos, é importante a aplicação de metodologia de rastreamento e tratamento em larga escala e a elaboração de estratégias de tratamento condizentes com o rastreamento realizado. Por esses motivos, vamos apresentar detalhadamente o trabalho realizado na definição, rastreamento e tratamento do grupo de risco dos idosos.

Durante a pandemia da COVID-19, a população idosa é o grupo mais vulnerável para a doença e para as consequências psicossociais que o enfrentamento da pandemia acarreta. Entretanto, poucos protocolos têm destacado este grupo como prioritário para intervenções em saúde mental (Brooks et al., 2020; Holmes et al., 2020). Os idosos têm risco de letalidade aumentado, risco de desenvolver quadros mais graves de COVID-19, risco aumentado para desgaste psicológico, depressão, transtornos ansiosos e suicídio (Brasil, 2020, Santos et al., 2019). Taylor (2019) afirma que, durante uma epidemia, populações vulneráveis podem ser discriminadas em razão da doença e/ou de suas consequências socioeconômicas. A discriminação com o idosos ocorreu em diversos níveis ao longo da pandemia no Brasil: considerar que a morte prematura de idosos pode ser naturalizada, considerar os custos de tratamento de idosos, avaliação de custo-benefício da internação de idosos em leitos de UTI e um discurso de que os idosos são mais dispensáveis que a população com capacidade de trabalho, permitindo uma valorização da manutenção do funcionamento da economia a despeito do risco aumentado de morte para a população idosa

Diante dos riscos psicossociais encontrados, da perspectiva de discriminação e da falta de políticas de cuidados com idosos, constatou-se a necessidade de priorizar a prevenção com idosos aposentados de uma instituição pública. Foi desenvolvida, então, uma ação em saúde mental específica para os 886 servidores aposentados.

Com base no número de idosos, foi planejada uma ação de busca ativa com metodologia de triagem e tratamento para avaliar a condição de desgaste psicológico dos mesmos. Nessa triagem foram avaliados 511 idosos. A triagem foi realizada por meio de entrevistas, a partir de um roteiro estruturado, por telefone, durante os meses de abril a maio de 2020. Durante o contato, realizou-se uma escuta ativa, buscando contextualizar cada resposta e levantar necessidades de cuidado, para avaliar as condições de saúde mental e as condições de enfrentamento da pandemia COVID-19.

Do total dos idosos avaliados, 88% relataram apresentar um nível de ansiedade adequado ao momento que estavam vivenciando. Quando questionados acerca dos fatores protetivos para o enfrentamento de sua ansiedade, os mais citados foram: o contato com os familiares, rede de apoio (tais como, amigos, médicos de referência e grupos de contato) e religião. Esses resultados permitiram focar as ações de prevenção para idosos no apoio das famílias e foram organizadas ações de prevenção para a população geral, informando sobre a importância de manter uma rede de apoio social ativa e atenta ao longo da pandemia.

Pode-se observar que a população investigada tinha bom acesso aos serviços de saúde e dispunha de uma rede de apoio social presente. Essas condições permitiram melhores ações de cuidado, acesso à internet, manutenção de contato com familiares,

disponibilidade de serviços de saúde, planos de ação consistentes para o enfrentamento da pandemia e surtiram impacto protetivo no desgaste psicológico. Na tabela 10.5, estão apresentados os dados referentes à ação de triagem e tratamento da população idosa. Do total triado, 4,7% dos idosos demandaram uma avaliação psicossocial para encaminhamento a tratamento especializado; desses, 14 precisaram de atendimento psicoterápico e, dentre esses, 8 precisaram de atendimento médico.

Tabela 10.5. Rastreamento e tratamento dos idosos

		Triagem			Tratamento
Grupo Prioritário	Método de Triagem	População-alvo	Pessoas triadas	Psicologicamente desgastados	Encaminhados
Aposentados	Entrevistas estruturadas por telefone	876 (100%)	511 (58%)	31 (3,5%)	14 (2,7%)

Fonte: dados dos atendimentos realizados pela equipe de saúde mental da instituição.

A metodologia de rastreamento e tratamento possibilitou a assistência direta em saúde para 14 idosos que apresentavam maior necessidade de assistência médica e/ou psicológica e, ainda, a orientação de toda a população triada para a adesão aos protocolos de prevenção e assistência médica. As informações coletadas permitiram à equipe de saúde mental desenvolver ações de intervenção, visando a manutenção do cuidado com os idosos por suas redes sociais de apoio, fato comprovadamente relevante, e centrar esforços nos outros grupos prioritários identificados pela equipe. Dentre as necessidades voltadas para esta população, estão o fornecimento de apoio emocional através de redes informais, familiares, e profissionais de saúde (IASC, 2020).

Desenvolver uma ação de triagem e tratamento que alcançou mais de 500 idosos em um prazo de 2 meses, demonstra o potencial da abordagem e, também, a relevância de atuações em saúde mental comunitária. Superando a perspectiva das demandas individuais e criando uma rede de atenção para os idosos foi possível tornar mais eficazes as intervenções nos casos graves e permitiu ações de prevenção universal para todo o grupo, enfatizando as condutas de distanciamento social e manutenção dos vínculos sociais, assim como facilitando o acesso à rede de assistência em saúde. A estratégia também permitiu um foco do tratamento e das intervenções na parcela do grupo de risco que mais necessitava, uma necessidade considerando que existiam outros nove grupos prioritários para serem atendidos pela equipe de saúde mental.

Considerando que a pandemia COVID-19 deve perdurar por muitos anos e que o risco psicossocial tende a aumentar ao longo do tempo, fato que pode comprometer a adesão dos idosos aos protocolos de prevenção e tratamento de COVID-19 e o desgaste psicológico da população, é fundamental que sejam realizadas ações continuadas de cuidado com esse grupo de risco.

Considerações Finais

A promoção da saúde, a prevenção de agravos à saúde mental e o tratamento das pessoas com transtornos mentais realizados por meio de programas e políticas consistentes, perenes, atentas às demandas das populações e suas localidades são desafios constantes para as equipes de saúde mental. A definição das estratégias de prevenção primária (em níveis universal, seletivo e indicado), secundária e terciária precisam ser contextualizadas sistematicamente. Caso contrário, correm o risco de ficarem inadequadas ao momento de desgaste psicológico e aos contextos estressores que impõem maiores desgastes à população. De forma

complementar, a atenção às condições de exercício da subjetividade e a superação dos contextos que impõem sofrimento, risco à saúde e/ou prejuízo à sua autonomia demandam uma vigilância e uma atuação constante das equipes de saúde mental.

A atuação em saúde mental coletiva baseada no modelo de matriz permite organizar diversas práticas de prevenção e tratamento compatíveis com as demandas da população no momento da pandemia da COVID-19. O modelo de matriz, muito além de um plano de ação em saúde mental, foi testado como uma forma de planejar as ações e comprovar a eficácia das estratégias de prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental, contribuindo para aumentar a efetividade e eficácias das ações de tratamento.

A ampliação das ações de prevenção, dos grupos prioritários, das necessidades de tratamento e ainda conceber formas de promoção da saúde em meio a um discurso de agentes do Governo Federal, que minimizou, em diversas oportunidades, as consequências da pandemia da COVID-19, a seriedade do adoecimento, as mortes de pessoas e o sofrimento mental resultante das práticas de distanciamento social, demandou uma atuação ampla para compreender os contextos de risco ao adoecimento em diversas frentes. A utilização de metodologias triagem e tratamento permite o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento baseadas em evidências, subseqüentemente, permitirá a avaliação da eficácia dessas mesmas ações. Tratar os idosos como prioridade é reconhecer sua condição de portadores de direitos humanos, que devem ser tratados com dignidade e respeito, desconstruindo a visão que sua vida é descartável.

Importante ressaltar que ao invés de uma atuação assistencial passiva, aguardando o surgimento dos casos mais graves

para o atendimento, são as ações coordenadas de prevenção em nível primário (universal, seletiva e indicada), secundário e terciário que permitirão os melhores resultados nos programas de saúde mental e no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Um momento histórico que talvez possa resultar em um marco definitivo da importância do cuidado em saúde e da dimensão fundamental da saúde mental para a superação das dificuldades pessoais e coletivas.

Referências

- Abreu, S. & Murta, S. (2016). O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: Uma revisão sistemática. *Interação em Psicologia*, 20(1), 101-111. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i1.34790>.
- Abreu, S. & Murta, S. G. (2018). A pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: A perspectiva de especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34413. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>.
- Berk, M., Post R., Ratheesh A., Gliddon E., Singh A., Vieta E., ... Dodd S. (2017) Staging in bipolar disorder: from theoretical framework to clinical utility. *World Psychiatry*, 16(3), 236-244. <https://doi.org/10.1002/wps.20441>.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A. ... Thornicroft, G. (2012) Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 12, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

- Burns, J. K. (2009). Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health & Human Rights*, 11, 19. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20845839>.
- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 116. <https://doi.org/10.1037/ccp0000275>.
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020) Recomendações a trabalhadores e cuidadores de idosos. Rio de Janeiro: Fiocruz. Retrieved from https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_idoso.pdf.
- Furst, M.A., Gandré, C., López-Alberca, C. R., & Salvador-Carulla, L. (2019) Healthcare ecosystems research in mental health: a scoping review of methods to describe the context of local care delivery. *BMC Health Services Research*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4005-5>.
- Gardner, P. J e Moallef, P (2015) Psychological impact on SARS survivors: critical review of the English language literature. *Canadian Psychology*, 56, 123-135. <https://doi.org/10.1037/A0037973>.
- Goulart, A. C. (2005). Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(1), 101-142. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100006>.
- Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R.(2004) SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7): 1206–1212. <https://dx.doi.org/10.3201%2F1007.030703>.

Hegeri U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. (2006) The alliance against depression: 2 year evaluation of a Community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9) 1225-1233. <https://doi.org/10.1017/s003329170600780x>.

Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *The British Journal of Psychiatry*, 211(5), 316-322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195867>.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: University of Washington. Retrieved from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Inter-Agency Standing Committee-IASC (2007) *Diretrizes sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias*. Retrieved from https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhps_guidelines_portuguese.pdf

Inter-Agency Standing Committee-IASC (2020) *Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19*. Versão 1.5. Retrieved from <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>

Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Mostofa Kamal., A. H., Murshid Hasan, M. M., Kabir, A., et al. (2020). COVID-19-related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psiquiatria sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>.

Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. (2003) Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Presidência da República. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L., & Silva, G. L. S. (2019). Social exclusion of people who suffer from mental disorders: A proposal for an explanatory model. *Paidéia*, 29, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2915>.

Mângia, E. F., & Muramoto, M. T. (2009). Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(2), 118-125. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2p118-125>.

Ministério da Fazenda (2017). Adoecimento mental e trabalho: A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Secretaria da Previdência. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retrieved from <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>

Ministério da Saúde (2020). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>

Moreno, A. B., Matta, G., Gomes, A. P., Thomé, B., Schramm, F. R., Narciso, L., ... Marinho, S. (2020) A pandemia de COVID-19 e a naturalização da morte. *Observatório Covid-19 Fiocruz*, 1-6. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11658.90565/1>.

Newton, J. (1992). *Preventing mental illness in practice*. London:Routledge.

Parry, G. D., Crawford, M. J., & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies--time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 210–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.163618>.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).

Santos, E. D. G. M., Lira, G. O. L., Santos, L. M., Alves, M. E. S., Araújo, L. F., & Santos, J. V. O. (2019). Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 258-282. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.12>.

Saraiva, S., Bachmann, M., Andrade, M., & Liria, A. (2020). Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city. *Family Medicine and Community Health*, 8(4), 1-12. DOI <https://doi.org/10.1136/fmch-2019-000263>.

Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Kelleher, K., Hoagwood, K. E., Landsverk, J., Stevens, J., ... & Rolls-Reutz, J. (2008). A survey of the infrastructure for children's mental health services: Implications for the implementation of empirically supported treatments (ESTs). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1), 84-97. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0147-6>.

Schreiber, M., Cates, D. S., Formanski, S., & King, M. (2019). Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014-2015 Ebola Response in Africa. *Military Medicine*, 184(1), 114–120. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy400>.

Semrau, M., Alem, A., Abdulmalik, J., Docrat, S., Evans-Lacko, S., Gureje, O., . . . Hanlon, C. (2018). Developing capacity-building activities for mental health system strengthening in low- and middle-income countries for service users and caregivers, service planners, and researchers. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1), 11-21. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000452>.

Shultz, J. M., Baningana, F e Neria, Y (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *Journal of the American Medical Association*, 313, 567-568. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934>.

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Thornicroft. G. & Tansella, M.(2010) *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.

Tracy, D., Tarn, M., Eldridge, R., Cooke, J., Calder, J., & Greenberg, N. (2020). What should be done to support the mental health of healthcare staff treating COVID-19 patients? *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 537-539. www.doi.org/10.1192/bjp.2020.109.

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al (2020) . Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.628>.

WHO (2017) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>.

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.

SOBRE A AUTORIA

CLÁUDIA DE OLIVEIRA ALVES

Doutora e Mestra em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista. Atualmente, é docente no curso de Psicologia da Universidade Paulista; Terapeuta com Especialização em Terapia Familiar e de Casais pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Atua como Técnica Especialista em Assistência Social, Área de Apoio Técnico – Psicologia na Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal. Membro do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Pesquisa os seguintes temas: Desenvolvimento e avaliação de programas e intervenções psicossociais; Psicologia comunitária; Relações raciais e de gênero e saúde mental. E-mail: claoalves@hotmail.com

CRISTINA VIANNA MOREIRA DOS SANTOS

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília; Mestra em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás. Coordenadora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Experiência em psicologia clínica e saúde mental. E-mail: cristina.vianna@mail.uft.edu.br

ELÍSIO COSTA

Professor Doutor do Departamento de Ciências Biológicas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto – UPorto e é investigador na Unidade de Investigação em Biociências Moleculares Aplicadas da mesma instituição (UCIBIO). É também Diretor do Centro de Competências em Envelhecimento da Universidade do Porto (Porto4Ageing). Atua nas áreas de doenças crônicas, saúde digital e envelhecimento.

FÁBIO PEREIRA ANGELIM

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília; Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Brasília. Analista Judiciário, Área de Apoio Especializado – Psicologia no Superior Tribunal de Justiça. Experiência em psicologia clínica e saúde mental. E-mail: angelim@stj.jus.br

INGRID GOMES ABDALA

Psicóloga graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Desde 2015 atua com desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, com foco na ciência da prevenção. Coordena projetos no Instituto Veredas nas áreas de direitos humanos, saúde e educação que têm como objetivo qualificar as políticas públicas a partir das melhores evidências disponíveis. É entusiasta em pensar soluções inovadoras para problemas complexos. Email: igomesabdala@gmail.com

JANAÍNA BARLETTA

Graduada em Psicologia, Especialista em Psicologia Clínica da Saúde e Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Pesquisadora de Pós-Doutorado em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP). Terapeuta com Especialização em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (CESSR/FCMMG) e certificação da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Supervisora Clínica com diversos treinamentos na área. Co-fundadora e atual vice-presidente da Associação de Ensino e Supervisão Baseados em Evidência (AESBE). Colaboradora de pesquisa no Laboratório de Pesquisa e Intervenção

Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) e no Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). e-mail: janabianca@gmail.com

JÔNATAN WILLIAN SOBRAL BARROS DA SILVA

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Sanitarista pelo Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz – IAM/Fiocruz-PE. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz – IAM/Fiocruz-PE. Atualmente é Coordenador de Prevenção Combinada e Educação do Programa Estadual de IST, Aids e Hepatites Virais de Pernambuco.

JOSÉ MARCELO OLIVEIRA DA LUZ

Doutor e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB), com estágio doutoral na Universidade do Porto (PT). Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Atualmente, é servidor da Universidade de Brasília, atuando na Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária. Membro do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB) e da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde - BRAPEP. Pesquisa os seguintes temas: desenvolvimento e avaliação de programas e intervenções psicossociais; intervenções positivas voltadas para a promoção da saúde mental. E-mail: mluzpsi@gmail.com

KEROLYN RAMOS GARCIA

Doutoranda e Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), e Mobilidade pela Universidade do Porto - UPorto. Pós-graduação lato sensu em Gerontologia pela Universidade Federal de Tocantins (2016) e Bacharel em Saúde Coletiva pela UnB (2015). Atualmente é Vice-presidente do

Instituto de Educação e Envelhecimento Humano (IEEH) e atua como professora e na Coordenação Executiva na Universidade do Envelhecer da UnB (UniSER-UnB). Atua principalmente nas áreas de Gerontologia (Envelhecimento Humano), Saúde Coletiva, Saúde Pública, Educação, Avaliação e Internacionalização.

MARGÔ GOMES DE OLIVEIRA KARNIKOWSKI

Farmacêutica, com mestrado em Ciência e Tecnologia Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria e doutorado pelo Programa de Pós Graduação em Patologia Molecular da Universidade de Brasília - UnB. Atualmente é Professora Associada do curso de Farmácia da UnB, orientadora de Mestrado/Doutorado no Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde UnB e Fundadora e Coordenadora Geral do Programa Universidade do Envelhecer – UniSER/UnB. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacologia, atuando principalmente nos seguintes temas: gerontologia (envelhecimento humano), assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, farmácia clínica, promoção em saúde e educação.

MARIA APARECIDA PENSO

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Pós-doutorado em Psicossociologia pela Universidade Federal Fluminense. Terapeuta de Casais e Família. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Pesquisa os seguintes temas: violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos; Dependência química, família e exclusão; construção de metodologia de intervenção com adolescentes e famílias; crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional. Autora de artigos e capítulos de livros sobre os temas de pesquisa acima apresentados. Seus três últimos livros são: Jovens pedem socorro,

Direitos e conflitos psicossociais, infância e adolescência abandonadas, Guarda Compartilhada: Alternativa para a garantia da convivência familiar de crianças e adolescentes. E-mail: maria-aparecidapenso@gmail.com

MARIA DO CARMO PARENTE MATIAS

Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. É servidora do Superior Tribunal de Justiça no cargo de Analista Judiciário – Área de apoio especializado – Serviço Social, atuando na área de assistência psicossocial aos servidores do órgão.

MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pós-doutorado em Psicossociologia pela Universidade Federal Fluminense, Pós-doutorado pela Universidade Federal de São Carlos, e Pós-Doutorado pela *University of Toronto*. Professora Visitante na *University of Toronto* (Toronto/Canadá) e na Universidade Eduardo Mondlane (Maputo/Moçambique). Psicodramatista didata supervisora pela Associação Brasileira de Psicodrama. Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; Diretora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Pesquisa os seguintes temas: drogadição; violência contra crianças e adolescentes; pesquisa qualitativa; mapa corporal; populações vulneráveis; psicologia comunitária. Autora de artigos e capítulos de livros nesses temas citados. E-mail: inesgandolfo@gmail.com

MARCIA MELO

Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e credenciada como orientadora - níveis mestrado e doutorado - em dois Programas de Pós-graduação nessa Universidade: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e Programa de Psicologia

Clínica. Associada fundadora da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção em Saúde e membro do grupo diretor nos biênios 2016-2018; 2020-2022. Livre-docente desde 2020 com Pós-doutoramento em 2006 (USP) e em 2018 (Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa). Atua no campo da Prevenção cujos trabalhos discutem o ciclo de pesquisa em prevenção na temática da violência no contexto escolar, envolvendo professores de Ensinos Infantil e Fundamental I da rede pública, família e equipamentos de atenção primária à saúde. Temas de estudo: intervenções preventivas, formação de professores, relacionamento interpessoal. Consultora de órgãos governamentais para avaliação de programas preventivos, em parceria com pesquisadores de diferentes Universidades brasileiras.

MATHEUS DA SILVA NEVES

Psicólogo e Bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Pesquisador Voluntário no Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida (GEPPS Vida). Pesquisador em Intervenções Psicossociais, Gênero e Saúde Mental. Consultor em Psicologia e Psicossocial para AVSI Brasil, na temática de Direitos Humanos com populações migrantes. E-mail: onmaths@gmail.com

NÁDIA PRAZERES PINHEIRO CAROZZO

Psicóloga (Universidade Federal do Maranhão/UFMA), Especialista em Psicologia Hospitalar (Conselho Federal de Psicologia/CFP), Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (Faculdades Integradas de Jacarepaguá/FIJ), Mestra em Psicologia da Saúde (Universidade de Málaga/UMA, Espanha) e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (Universidade de Brasília/UnB) em cotutela com a Universidade do Porto (UP, Portugal). Atualmente, é docente

e chefe do Departamento de Psicologia da UFMA. Membro do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB) e da diretoria da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP). Pesquisa os seguintes temas: Desenvolvimento e avaliação de programas e intervenções psicossociais; Psicologia da Saúde; Saúde Pública e Comunitária; Prevenção de agravos e promoção da saúde. E-mail: nadia.pinheirocarozzo@gmail.com

RAQUEL TRINCHÃO DE JESUS BAROUH

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Psicodrama - Foco Psicoterápico pela Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama (ABP). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Analista Judiciário, Área de Apoio Especializado – Psicologia no Superior Tribunal de Justiça. Experiência em psicologia clínica e saúde mental, especialmente: violência contra a mulher, prevenção ao suicídio e gerenciamento do estresse no trabalho.

ROWENA CARRACA NEVES

Psicóloga. Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Analista Judiciário, Área de Apoio Especializado - Psicologia, no Superior Tribunal de Justiça (STJ). Experiência em psicologia clínica e saúde mental, especialmente: adolescência, psicodinâmica do trabalho feminino, mães no puerpério, grupos terapêuticos e prevenção ao suicídio.

SILVIA RENATA LORDELLO

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Atualmente, é docente do Departamento de Psicologia Clínica na Universidade de Brasília e integra o Programa de

Pós- Graduação em Psicologia Clínica e Cultura na UnB. Coordenadora do Laboratório de Famílias, Grupos e Comunidade na UnB e vice coordenadora do GT Juventude, Resiliência e Vulnerabilidade na Associação Nacional de Pesquisa em Psicologia (ANPEPP) . Orientadora de pesquisas de mestrado e doutorado em temas relacionados às intervenções psicossociais no campo das vulnerabilidades, com foco nas temáticas de violência sexual, população LGBTQIA+, jovens em medidas socioeducativas e políticas públicas na área de direitos humanos. Nesse campo, suas pesquisas envolvem aspectos metodológicos para avaliação de programas. Desenvolve também pesquisas no campo das intervenções terapêuticas com adolescentes e suas famílias. E-mail srmlordello@gmail.com

SYDIA ROSANA DE ARAUJO OLIVEIRA

Possui graduação em odontologia pela Faculdade de Odontologia de Caruaru (2000), residência em Medicina social pelo ISC/UFBA (2004-2006), Mestrado em saúde comunitária pelo ISC/UFBA (2008-2009), mestrado sanduíche na Universidade de Montreal (2009), Doutorado em Saúde Pública pelo ISC/UFBA (2010-2014), doutorado sanduíche na Universidade de Montreal (2011). Atualmente é Docente da FIOCRUZ-PE, onde atua na Pós-graduação de Saúde Pública - Acadêmico e Profissional, e na residência multiprofissional em Saúde Pública. É vice coordenadora do programa de Pós-graduação de Saúde Pública - Profissional, membro de GT de Avaliação da Abrasco, e participa junto a grupos de pesquisa: Grupo de Estudos em Saúde Bucal; Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde; e Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde - LAM Saúde. E-mail: sydia.oliveira@gmail.com

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional
conforme Lei n. 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

Título Como avaliar programas e intervenções? Um guia para
avaliações de necessidades, implementação e efeitos

Organizadores Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo
José Marcelo Oliveira da Luz
Cláudia de Oliveira Alves

Capa e Projeto gráfico Eduardo César Machado de Jesus

Formato e-book

Páginas 364

Tipografia Source Serif Pro | TEXTO
Titular Bold | TÍTULOS
Degular Text | SUBTÍTULOS

Edição 1ª edição - março 2022

Publicação Editora da Universidade Federal do Maranhão - EDUFMA

