UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ALICE ANDRADE SILVA

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA PSICOSSOCIAL: GRUPOS BREVES PSICANALÍTICOS PARA PESSOAS EXPOSTAS À VIOLÊNCIA

CAMPINAS
2023

ALICE ANDRADE SILVA

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA PSICOSSOCIAL: GRUPOS BREVES PSICANALÍTICOS PARA PESSOAS EXPOSTAS À VIOLÊNCIA

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DA ALUNA ALICE ANDRADE SILVA, ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO-CAMPOS.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Morais e Oliveira - CRB 8/8985

Si38p

Silva, Alice Andrade, 1991-
O processo de implementação de uma tecnologia psicossocial: grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência / Alice Andrade Silva. – Campinas, SP: [s.n.], 2023.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Ciência da implementação. 2. Gestão de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 3. Psicanálise. 4. Terapia de grupo. 5. Exposição à violência. I. Campos, Rosana Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: The process of implementing a psychosocial technology: short psychoanalytic groups for people exposed to violence
Palavras-chave em inglês:
Implementation science
Health sciences, technology, and innovation management
Psychoanalysis
Psychotherapy, Group
Exposure to violence
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Doutora em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]
Andrea Tenório Correia da Silva
Bruno Ferrari Emerich
Carlos Alberto dos Santos Treichel
Liane Beatriz Righi
Data de defesa: 06-12-2023
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0002-0445-6588
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/0000346109292138

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

ALICE ANDRADE SILVA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS

1. Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
2. Prof. Dr. Carlos Alberto dos Santos Treichel
3. Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich
4. Profa. Dra. Liane Beatriz Righi
5. Dra. Andrea Tenório Correia da Silva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

“A memória é o espelho da ancestralidade. Nela se refletem as histórias, as lutas, as conquistas. Nela se revelam as raízes, as culturas, as identidades. Nela se resgatam os sonhos, os projetos, os futuros.”

Conceição Evaristo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esse sonho realizado. Sonho que começou em 2008, no pré-vestibular popular “PUPT” e continuou em 2009, quando por meio de políticas afirmativas aconteceu minha inserção na graduação em psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo. Um sonho que sonhei junto com professores, família e amigos, aos quais agradeço. Em especial, agradeço aos meus pais e irmãs, que me incentivaram, me ensinaram o que é lutar por aquilo que se acredita, me ensinaram a persistir em meios às dificuldades e a não perder o afeto apesar das dores no caminho.

Agradeço também aos projetos de extensão “Redes no Território” e “Humaniza SUS”, coordenados pela Profa. Dra. Ana Lúcia Coelho Heckert e Profa. Dra. Beth Barros de Barros, respectivamente. Eles foram os alicerces que sustentaram uma psicologia comprometida com as políticas públicas. O movimento estudantil foi uma tônica na minha formação, para reflexão crítica de uma realidade tecida pelos coletivos e instituições.

Entre 2014 e 2016 realizei o Mestrado em Psicologia Institucional, na mesma universidade, onde dissertei sobre o processo de implementação da cogestão em um hospital público no Rio Grande do Norte. Nesse percurso tive a alegria de ser acompanhada pelo Prof. Dr. Rafael Gomes, meu orientador, e pelo Dr. Fernando Yonezawa, meu coorientador. Agradeço às trabalhadoras e trabalhadores do Hospital Giselda Trigueiro, pela receptividade à pesquisa, e por me ensinar a força do coletivo para sustentar a democracia institucional.

Em 2016, me mudei para Campinas e comecei a cursar algumas disciplinas como estudante especial no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Conheci, então, o Laboratório de Saúde Mental e Saúde Coletiva – Interfaces, coordenado pela Profa. Dra. Rosana Onocko Campos, e o Diretório de Pesquisa Análise Institucional e Saúde Coletiva, coordenado pela Profa. Dra. Solange Labbate. Os coletivos se tornaram minhas referências no compromisso com as práticas profissionais e políticas públicas em saúde.

Em 2017, firmei minha participação no Laboratório Interfaces, onde trabalhei como apoio técnico pelo CNPq. Nesse ano, a convite da Profa. Rosana Onocko

Campos, o Prof. Dr. Graham Thornicroft realizou um *workshop*, onde se discutiu a implementação de serviços em saúde mental em Londres. A ocasião me inspirou a dar continuidade na minha trajetória acadêmica e, nessa oportunidade, tive o apoio e a confiança da Profa. Rosana, que prontamente me concedeu a carta de aceite para orientar minha tese de doutorado.

Eu tenho imenso orgulho e admiração pelo trabalho da Profa. Rosana, como docente, como pesquisadora, como formuladora de políticas públicas. E quero agradecer muito especialmente à minha orientadora, por estar ao meu lado ao longo de todo esse percurso no doutorado. Quero agradecer pelo amparo diante das perdas e rupturas que vivi nesse caminho. Quero agradecer pela amizade e carinho que dedicou para me apoiar nas decisões mais difíceis e por compartilhar as alegrias e conquistas, frutos desse trabalho.

Em 2018, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa “Política, Planejamento e Gestão”. Agradeço aos meus colegas do grupo de pesquisa Laboratório de Saúde Mental e Coletiva – Interfaces, pela colaboração, troca de ideias, ajuda e companheirismo.

Em 2019, fui convocada para assumir o concurso público, no cargo de psicóloga no CREAS de Mogi Mirim. Uma decisão difícil: fazer o doutorado conciliando trabalho-pesquisa. Fiz uma aposta desejante de ser uma docente-pesquisadora-trabalhadora articuladora da teoria-prática; solicitei o desligamento da bolsa e assumi a função. Agradeço às colegas de trabalho pelo acolhimento e apoio nesse processo.

Em 2020, luto. A emergência da pandemia do Covid-19 fez o mundo mergulhar no sentimento de perdas profundas. Fez desvelar o rompimento do pacto social em um Brasil cujo presidente zombou e negligenciou as vacinas e cortou gastos com políticas públicas. Enquanto isso, no CREAS, continuamos trabalhando na linha de frente como parte dos serviços essenciais, principalmente diante do aumento das chances de violência doméstica contra crianças, adolescentes e mulheres em função do necessário isolamento social. Faltou ar. Faltou norte. Foi preciso dizer o óbvio: precisamos de evidências científicas. E fomos taxados de loucos pelos que defendiam a terra plana.

Em 2021, mais perdas: avó, tia e colega. Repercussões indiretas do Covid-19. O campo da pesquisa inviabilizado. Não havia permissão para fazer grupos, em

função da pandemia. Reviravoltas. No segundo semestre houve uma abertura. Retomamos o campo, respeitando todas as medidas de prevenção e cuidado contra a disseminação do vírus. Questões de saúde. Processos com lágrimas, sorrisos, comidinhas gostosas, cinema, afetos e amizades, laços capazes de aquecer e nutrir, tecer vida em nós.

Em 2022, novas eleições. Esperança. Reacendeu o sentimento de pertencimento a um país que defenderia os direitos humanos, as políticas públicas, as minorias. Novas oportunidades: fui convidada a assumir a coordenação do CREAS. Enquanto as vacinas possibilitando novos arranjos no cuidado em saúde, refaço o percurso da tese, retorno para as atividades de campo. E agora faço uma análise documental do processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos, orientada pelo arcabouço teórico-metodológico da ciência de implementação pura.

Saídas possíveis podem ser mais potentes quando tecidas no coletivo. Por isso, agradeço à Profa. Dra. Andrea Tenório Correia da Silva, à Profa. Dra. Liane Beatriz Righi, ao Prof. Dr. Carlos Alberto dos Santos Treichel e ao Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich pela leitura cuidadosa, pelas contribuições significativas e substanciais para o aprimoramento da tese em sua versão final.

Agradeço à Universidade Estadual de Campinas, pela infraestrutura, recursos e oportunidades que me foram oferecidos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço à agência de fomento CAPES, pelo financiamento da minha bolsa de doutorado durante o período de março de 2018 a agosto de 2019.

Agradeço ao CNPq pelo financiamento da pesquisa matriz, por meio da Chamada MCTIC/CNPq nº 28/2018, processo 426778/2018-9.

Agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta tese.

RESUMO

O termo “violência” vem do latim *violentia*, força que se usa contra o direito e a lei. A violência abriga multiplicidade de sentidos, é um conceito polissêmico, um fenômeno complexo e multideterminado sociocultural e historicamente. Ela representa um dos principais problemas globais de saúde pública e no Brasil, trazendo repercussões psicossociais, prejudicando a qualidade de vida das pessoas, com custos humanos, jurídicos, assistencial e de saúde que impactam todo o sistema produtivo. Em situações sociais críticas, as crianças, adolescentes e mulheres são as mais afetadas e vulneráveis a sofrer violência sexual ou perpetrada por parceiro íntimo. Esse público se torna alvo prioritário do esforço internacional de qualificar o atendimento psicossocial e em saúde mental em contextos de colapso da proteção social. Nesse sentido, realizou-se um estudo retrospectivo de base documental, em que foram analisados os determinantes, as estratégias e os resultados da implementação da grupos breves psicanalíticos para mulheres e adolescentes expostos à violência. O estudo faz parte do projeto matriz intitulado “Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência em um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404) e financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9). Como resultados, apresenta-se três artigos, onde se discute: 1. Revisão narrativa: modelos, estruturas e teorias do campo das pesquisas de implementação; 2. Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário; 3. Estratégias, Determinantes e Resultados da Implementação de uma Tecnologia Psicossocial para Pessoas Expostas à Violência.

Palavras-chave: ciência de implementação; gestão em ciência, tecnologia e inovação em saúde; psicanálise; terapia de grupo e exposição à violência.

ABSTRACT

The term “violence” comes from the Latin *violentia*, force that is used against rights and laws. Violence encompasses a multiplicity of meanings, it is a polysemic concept, a complex and multidetermined sociocultural and historically phenomenon. It represents one of the main global public health problems and in Brazil, bringing psychosocial repercussions, damaging people's quality of life, with human, legal, assistance and health costs that impact the entire production system. In critical social situations, children, adolescents and women are the most affected and vulnerable to suffering sexual violence or violence perpetrated by an intimate partner. This public becomes a priority target of the international effort to improve psychosocial and mental health care in contexts of collapse of social protection. In this sense, a retrospective documentary-based study was carried out, in which the determinants, strategies and results of the implementation of brief psychoanalytic groups for women and adolescents exposed to violence were analyzed. The study is part of the matrix project entitled “Research on the implementation of an outpatient clinic for people exposed to situations of violence in a university hospital” approved by the Research Ethics Committee of the State University of Campinas (CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404) and financed by MCTIC/CNPq Call No. 28/2018 Process (426778/2018-9). As results, three articles are presented, discussing: 1. Narrative review: models, structures and theories in the field of implementation research; 2. Implementation of a psychosocial outpatient clinic for people exposed to violence in a university hospital; 3. Strategies, Determinants and Results of the Implementation of a Psychosocial Technology for People Exposed to Violence.

Keywords: implementation science; health sciences, technology, and innovation management; psychoanalysis; psychotherapy group and exposure to violence.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 14

1. DEFINIÇÕES, CONCEITOS E DADOS: A EVIDÊNCIA DE QUE A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA É UM PROBLEMA GRAVE DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO E NO BRASIL 19

1.1. Exposição à violência 19

1.2. A ruptura do contrato social 22

1.3. Proporções da violência 24

1.3.1. Homicídios 24

1.3.2. Violência de gênero 27

1.3.3. Maus-tratos contra idosos 27

1.3.4. Violência sexual 28

1.3.5. Violência autoinfligida 29

1.3.6. Violência coletiva 30

1.4. Impactos da violência 31

2. O AUMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A EMERGÊNCIA DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19) 35

2.1. Violência contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico 38

2.2. Violência contra mulher no âmbito doméstico 40

2.3. Distribuição desigual da violência nas populações 49

2.4. Público prioritário para ações de prevenção e enfrentamento da violência: crianças, adolescentes e mulheres 51

3. INTERVENÇÕES COMPLEXAS 53

3.1. Interseccionalidade: ferramenta analítica crucial para intervenções complexas no âmbito das violências 56

3.2. Prevenção e enfrentamento da violência contra crianças, adolescentes e mulheres 58

3.3. Estratégias e programas de prevenção primária para violência perpetrada por parceiro íntimo, sexual e maus-tratos por ciclo de vida . 60

3.3.1. Infância e início da adolescência 61

3.3.2. Adolescência e início da vida adulta 64

3.3.3. Vida adulta 66
3.3.4. Todas as etapas da vida 67
4. PSICANÁLISE: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL NA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA 72
4.1. Psicanálise no debate público 74
4.2. Grupos Psicanalíticos Centrados em uma Tarefa 81
5. CIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO 86
5.1. Estudos híbridos 88
5.2. O Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR) 94
5.3. Determinantes da implementação 95
5.4. Estratégias de implementação 97
5.5. Resultados da implementação 98
5.6. Desafios para a ciência de implementação na América Latina 100
6. OBJETIVOS 104
7. METODOLOGIA 105
7.1. Local do estudo matriz 105
7.2. População do estudo matriz 106
7.3. Metodologia do estudo matriz 108
7.4. Pesquisa documental: coleta e análise 109
7.5. Aspectos éticos 114
8. RESULTADOS 115
8.1. Artigo 1 116
8.2. Artigo 2 155
8.3. Artigo 3 172
9. DISCUSSÃO 239
10. CONCLUSÃO 246
REFERÊNCIAS 250
APÊNDICE 1. Amostra documental utilizada na análise do processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos 310
APÊNDICE 2. Análise dos dados – Determinantes, Estratégias e Resultados de Implementação 311

ANEXO 1. Parecer Consubstanciado do CEP.....312
ANEXO 2. Declaração da Revista Vínculo.....320

APRESENTAÇÃO

Essa tese é um produto advindo de um estudo qualitativo, retrospectivo, de base documental, vinculado ao projeto matriz intitulado “Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência em um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404). O projeto foi financiado pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9). O conteúdo e a disposição dos dados levaram em consideração a possibilidade de que esse material contribua com a consolidação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência e traga para outros estudos referências na ciência de implementação.

Em primeiro lugar, o texto desmistifica que haja pessoas *expostas* e *não expostas*, à medida que fica claro que a violência é um fenômeno estrutural que interfere nos processos de subjetivação coletivos e individuais. Todos estão, em alguma medida, expostos. Mas, isso não significa omitir quem são aqueles os mais vulneráveis e que, portanto, podem se beneficiar de políticas públicas de equidade no cuidado e na proteção social. O compromisso ético com o coletivo, perpassa as experiências singulares. O pacto social precisa ser sustentado. Equidade é sinônimo de justiça social.

As repercussões psicossociais da violência têm um alto custo humano, social e econômico. Mas, as proporções e os impactos da violência são distribuídos nas populações de forma desigual, em função da raça-cor, do gênero, da idade, dentre outros determinantes sociais que compõe os mecanismos de produção da injustiça social. É preciso afirmar que no Brasil ainda existe um abismo social em função da crescente violência contra a população pobre, negra e LGBTQIAPN+. Dada a violência estrutural, se vive um permanente estado de inconsistência do pacto civilizatório?

Pode-se dizer que houve o aumento dessa inconsistência e até mesmo a ruptura do pacto civilizatório durante a emergência da pandemia do Covid-19, em que se observou o aumento da violência doméstica. Nesse período, o público prioritário para ações de prevenção e enfrentamento da violência foram crianças, adolescentes e mulheres. O estudo da tecnologia psicossocial foi uma intervenção que reconheceu

essa exposição das mulheres e crianças e adolescentes à violência, seguindo diretrizes internacionais de que essa população é uma das mais afetadas em situações de conflitos sociais.

Com o grau de evidência consolidada de que a exposição à violência é engendrada e sustentada por um sistema dinâmico e complexo, no qual todos estão implicados, é substancial o compromisso com iniciativas para prevenir e promover a proteção social e o cuidado em saúde, por meio de políticas públicas intersetoriais. Por isso, o presente estudo apresenta a implementação de uma intervenção complexa: a tecnologia psicossocial para mulheres e adolescentes expostos à violência. E há outros esforços sendo empregados em estratégias e programas de prevenção primária para a violência perpetrada por parceiro íntimo, violência sexual e maus tratos, dentre outras, em todos os ciclos de vida.

A abordagem psicanalítica pode ser mais um dos meios, com crescente base de evidências, para prevenir e tratar da exposição à violência. O impensável, o inominável e o inconfessável, que caracterizam o traumático, podem ser transmitidos de geração a geração sem elaborações e simbolizações, perpetuando um circuito transgeracional de repetição da violência. Nesse sentido, a elaboração de eventos violentos, que podem gerar trauma, é um trabalho de prevenção do adoecimento psíquico de gerações vindouras, sendo uma relevante contribuição da psicanálise nas políticas públicas.

Enquanto ciência, a psicanálise precisa ser submetida ao debate público, incluindo nessa formulação psicanalistas, profissionais de campos relacionados e o público geral, além de manter o diálogo com as outras disciplinas da saúde. O potencial da abordagem psicanalítica reside nela considerar o desejo, o inconsciente, o trabalho a partir das transferências e os efeitos na transgeracionalidade. Ela tem sido uma opção cada vez mais reconhecida no âmbito da desproteção social, das situações de risco associadas à violência e das violações de direitos.

Em especial, na implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, o componente clínico se inspirou nos Grupos Psicanalíticos Centrados em uma Tarefa, que assume a inspiração em Pichon-Rivière e Jasiner, mas afirma como diferencial o compromisso com “um olhar estritamente psicanalítico”. Nesses grupos, poderiam caber grupos operativos, de treinamento, terapêuticos,

oficinas, equipes de trabalho etc. Neles, o trabalho grupal opera no espaço de reapropriação dos elementos psíquicos externalizados e figurados na realidade psíquica.

É crescente essa base de evidência de que os grupos breves psicanalíticos podem promover cuidado e proteção para pessoas expostas à violência. Mas, existe uma longa trajetória entre a construção de evidências e a implementação no mundo real. Uma prática baseada em evidência pode sofrer alteração em função de diferenças geográficas e culturais e da formação dos profissionais.

O compromisso das pesquisas de implementação é tecer, portanto, um elo entre as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, pretendendo, com isso, preencher esse *gap* na tradução do conhecimento das pesquisas e das evidências científicas para o mundo real. Isso, em benefício da população, fortalecendo os sistemas de saúde. Implementar uma inovação requer lidar com diferentes desafios: interesses políticos, disponibilidade de recursos, acesso ao conhecimento etc.

Diante disso, está dada a importância de construção de políticas públicas para pessoas expostas à violência e a elaboração de inovações para promoção do cuidado e proteção de crianças, adolescentes e mulheres. O que se lerá nas páginas a seguir, são anos de estudo e análise do processo de implementação de uma tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência. Processo que começou em 2018, foi consolidado e continua em 2023.

O período analisado, por meio de metodologias quanti-qualitativas, foi 2018-2023. A coleta dos dados foi realizada nesse período, por meio de diário de campo, registro de documentos, relatórios, atas, planilhas, dentre outros arquivos armazenados no serviço gratuito do Google Drive. Esses registros foram selecionados em 2022-2023 e analisados para compreensão dos resultados, que se apresentarão na forma de três artigos.

O primeiro artigo diz respeito a uma revisão narrativa que faz uma síntese dos principais modelos, teorias e estruturas que compõem as pesquisas de implementação, para ampliar a discussão e contribuir com o esforço de pesquisadores, gestores e trabalhadores que buscam meios efetivos de melhorar programas, serviços e políticas públicas de saúde no Brasil e na América Latina.

Compreendemos que não há modelo, estrutura ou teoria absolutos e onipotentes, cabendo aos gestores, pesquisadores e trabalhadores considerarem os ganhos e os custos envolvidos na construção de arranjos entre as abordagens na implementação para qualificar o acesso e o cuidado em saúde ofertado à população. Para isso, é fundamental ter clareza das questões da intervenção, do público-alvo, do local da intervenção, do programa, serviço ou política implementada, dentre outros fatores que influenciam o processo de mudança, para a definição da estratégia de implementação.

No segundo artigo se discute o processo de implementação de uma tecnologia psicossocial que oferta grupos breves psicanalíticos para adolescentes e adultos expostos à violência, adscritos à região Norte de Campinas-SP. No projeto inicial a implementação seria realizada no Hospital Universitário – Unicamp, em parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces, a Assistência Social e de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas. Apresentou-se como o projeto pretendeu fazer a assistência e articulação da rede de serviços públicos no território (Atenção Primária à Saúde e Assistência Social), ofertando apoio matricial e seguimento conjunto dos casos e ofertando os grupos breves psicanalíticos.

O terceiro artigo correlaciona os determinantes, as estratégias e os resultados da implementação em cada uma das etapas (pré-implementação, implementação e pós-implementação). Nele se identifica que, dada a complexidade da implementação de grupos breves psicanalíticos para adolescentes e mulheres expostos à violência, utilizou-se quatro pacotes que operaram múltiplas estratégias no âmbito interno e externo da intervenção, nas características da intervenção e nos processos para facilitar a aceitabilidade, adaptabilidade, viabilidade, sustentabilidade, fidelidade e penetração. O Grupo de Trabalho Psicanalítico dispôs de nove estratégias de implementação, cuja ênfase na pré e pós-implementação foi a viabilidade e adaptabilidade. O Comitê Gestor da Pesquisa utilizou quatro estratégias de implementação, tomando como foco a facilitação da sustentabilidade na pré-implementação. A Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV) fomentou seis estratégias de implementação concentrando esforços na sustentabilidade na fase de implementação e pós-implementação. O Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV)

empregou dez estratégias de implementação que operaram na facilitação, principalmente, da sustentabilidade e fidelidade da inovação.

Em seguida, há uma breve discussão sobre como que, embora muitas estratégias tenham facilitado o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, identificamos a necessidade de desenvolver e implementar ferramentas para monitoramento da qualidade do serviço. Infelizmente, há poucas ferramentas da ciência de implementação traduzidas e adaptadas para o Brasil. E o esforço de realizar esse feito seria substancial para o monitoramento das estratégias de implementação.

Por fim, considerações finais são tecidas a respeito da necessidade de aprimoramento de estratégias. Seria importante, agregar ao projeto o que Powell e colaboradores (1) definiram como o desenvolvimento e organização de sistemas de monitoramento de qualidade, a obtenção e a utilização do feedback de pacientes, consumidores e familiares, para mensurar a qualidade do cuidado ofertado. Sugere-se agregar ao monitoramento da implementação da tecnologia psicossocial técnicas de armazenamento de dados e especialistas em dados, para sistematizar informações que possam subsidiar a constante análise das barreiras e facilitadores, dos determinantes, das estratégias e dos resultados (**Erro! Indicador não definido.**).

1. DEFINIÇÕES, CONCEITOS E DADOS: A EVIDÊNCIA DE QUE A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA É UM PROBLEMA GRAVE DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO E NO BRASIL

1.1. Exposição à violência

> A tal da violência, que parece agir como um espectro ou fantasma, esconde-se em fatos muito variados, sai daqui e passa para ali, amplia-se ou diminui, espalha-se ou dissemina-se, é tratada como uma epidemia, um vírus, um micróbio, ou como um Sujeito onipresente, onisciente, onipotente, que possui características, marcas, cores, aspectos que nos amedrontam. Que diabo é esse? O que unifica nesse nome conflitos, crimes e comportamentos tão diferentes. O que nos faz pensar que tudo isso tem um nome só? (2)

O termo “violência” vem do latim *violentia*, força que se usa contra o direito e a lei (2). No alemão e nas línguas latinas, o termo está associado às palavras “dominação”, “poder” e “autoridade”, de modo que a violência incluiria um sentido duro e inegociável: “o de um ato que viola (do latim *violens*) a integridade de um indivíduo, que não lhe permite a reação e que, portanto, transforma-o em mero objeto, numa coisa qualquer a que se pode fazer o que se quiser” (2). Mas, embora seja feito um esforço de definição, não se pode ignorar a multiplicidade de sentidos que abriga a violência, já que ela é um conceito polissêmico, um fenômeno complexo e multideterminado sociocultural e historicamente (3).

A violência pode incidir diretamente ou indiretamente sobre as pessoas (4). A exposição *direta* à violência refere-se às experiências de vitimização dos sujeitos, nas quais foram o alvo principal de ações violentas, enquanto a exposição *indireta* à violência se refere às experiências em que os sujeitos relatam presenciar, testemunhar ou ouvir falar de cenas de violência (4). A exposição à violência pode ser definida a partir das situações em que os sujeitos relatam o uso de força física ou poder, ameaça ou práticas de atos contra si próprios, por outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (5). Podem ser ações individuais, de grupo, de classe ou de nações que geram danos físicos, emocionais,

morais ou espirituais a si mesmo ou a outros, como agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional (6).

A violência pode ser classificada também quanto ao *tipo* e natureza (7). Nesse sentido, classifica-se a violência em três *tipos*: a) autoinfligida, quando, por exemplo, há prática de *cutting* ou suicídio; b) interpessoal, quando é perpetrada pela família, parceiros íntimos ou membros da comunidade fora do âmbito doméstico, entre pessoas que podem ou não se conhecer); e c) coletiva, quando está associada a fatores sociais, políticos e econômicos. Quanto à *natureza,* a violência se dividiria em: a) física; b) sexual; c) psicológica; e d) de privação ou abandono. Nessa definição, há uma relação didática oferecida pelos autores, importante para refletirmos que uma mulher, por exemplo, pode ser vítima direta de violência do tipo interpessoal no âmbito familiar, perpetrada pelo parceiro íntimo, de natureza física e psicológica ao mesmo tempo, enquanto podemos dizer que os filhos expostos concomitantemente e indiretamente estariam sofrendo violência do tipo interpessoal perpetrada pela família, de natureza psicológica.

O que se denominou como violência doméstica e familiar consiste em um grave problema social e de direitos humanos, que afeta especialmente mulheres no Brasil e no mundo. Com o intuito de combater e prevenir a violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial contra a mulher, criou-se a Lei nº 11.240 em 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Ela estabelece medidas de proteção para a pessoa vitimada, como o afastamento do agressor do lar e da convivência, proibindo o contato e a aproximação, suspensão ou restrição do porte de armas etc. Essa legislação prevê a criação de órgãos de acompanhamento, orientação e abordagem psicossocial para as mulheres, reconhecendo a importância de serviços que façam parte do Sistema de Garantia de Direitos, como Delegacias, Ministério Público, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, dentre outros (8).

De acordo com a Lei Maria da Penha, a violência doméstica pode ser classificada em cinco tipos, sendo eles: a) violência física: condutas ofensivas à integridade ou saúde corporal da mulher (espancamento, estrangulamento, lesões com objetos cortantes ou perfurantes, queimaduras ou arma de fogo); b) violência psicológica: condutas que gerem danos emocionais e na autoestima, que interfiram no desenvolvimento integral da mulher e que degradem ou controlem ações,

comportamentos, crenças e decisões (humilhação, manipulação, isolamento, vigilância, perseguição, insultos, chantagem ou exploração); c) violência sexual: conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força (estupro, obrigar a mulher a fazer o que lhe causa desconforto ou repulsa, impedir o uso de métodos contraceptivos, forçar aborto, forçar matrimônio, gravidez, prostituição, limitar ou anular os direitos sexuais e reprodutivos); d) violência patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total dos seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos (controlar dinheiro, deixar de pagar pensão alimentícia, destruir documentos pessoais, furtar, extorquir ou gerar dano, estelionato, privação de bens, valores ou recursos econômicos, causar danos propositais a objetos que a mulher goste); e) violência moral: calúnia, difamação ou injúria, como acusar a mulher de traição, emitir juízos morais sobre conduta, fazer críticas mentirosas, expor a vida íntima, rebaixar por meio de xingamentos sobre a índole, desvalorizar a vítima pelo seu modo de se vestir ou tirar a liberdade e a crença (8).

Embora a tipificação e a classificação das violências sejam pertinentes para a compreensão e enfrentamento do fenômeno, cristalizá-lo em uma conceituação permanente e simples nos coloca diante do risco de não reconhecer os processos que lhe constituem e a especificidade histórica (9,10). Nesse sentido, a violência pode ser analisada na perspectiva popular, em que é associada “ao crime, ao pecado e à miséria”, e na perspectiva erudita é associada “à negação do direito do outro e instrumento de poder” (9,10). À primeira, é atribuído um sentido moral, econômico e delinquente aos atos violentos, ressaltando-se o risco à vida. No segundo, reconhece-se a violência como constitutiva das sociedades e a necessidade de legitimar o direito ao bem-estar social. Nesse sentido, a violência passa a ser uma forma de violação de direitos e da vontade do outro, em um jogo de forças desigual (seja físico, político ou moral) (9,10).

De acordo com Arendt (11), a violência não ocupa os espaços onde há possibilidade de argumentação e convencimento. Nesse sentido, violência não é sinônimo de poder. Nas sociedades democráticas, há instituições que exercem o poder, mas isso não é o mesmo que exercer a violência. E ela mostra que foram as

experiências totalitárias como o nazismo e o stalinismo, nas quais não há espaço para argumentação e convencimento, que materializaram as mais diversas formas de crueldade e violência. Para Arendt (11), portanto, nada justifica o uso da violência, nem mesmo a transformação social ou individual.

Quando Freud (12,13,14) construía os fundamentos da psicanálise, argumentou, em um primeiro momento, que a violência poderia ser associada à agressividade instintiva do ser humano. Em um segundo momento, reconheceu que ela poderia ser um instrumento para arbitrar os conflitos de interesse e a competitividade. Por fim, compreendeu que os interesses em comum fazem parte do processo de construção de identidade e que os vínculos emocionais levam o ser humano a preferir a civilização e a convivência pacífica ao uso da força física para se imporem. Por isso, as relações nas sociedades modernas seriam mediadas pelo direito e pela lei (12,13,14).

Considerando que a violência não é um ente universal, abstrato, onipotente e onipresente, por mais horror que possa causar, ela precisa ser compreendida não como uma expressão descritiva ou neutra (2). Definir as situações de exposição à violência é referenciar valores e normas culturais relativas ao tempo e ao espaço (15). Definir a violência é definir o ato ou o ator. Trata-se de legitimar “quem pode e quem não pode usar da força e sob que condições o conflito pode se desenvolver” (2). Portanto, o emprego do termo “violência” é performativo. Usá-lo é agir socialmente, é enunciar que uma ação, um evento, uma pessoa, um grupo, uma nação etc. transgrediu as referências culturais, violou acordos coletivos (2), enfim, é enunciar a ruptura do pacto social (16).

1.2. A ruptura do contrato social

Os sujeitos fazem certa renúncia à satisfação pulsional em prol da organização da vida em comunidade. Por meio da cultura, reprimem e sublimam as forças psíquicas antissociais o que, ao mesmo tempo lhes confere um mal-estar, que é suportável, à medida em que for recompensado com o sentimento de pertencimento, identificação, respeito, amor e segurança na coletividade (12,13,17). Essa dinâmica

psíquica se estrutura na cultura, por meio da linguagem e na “circulação de bens e valores no espaço social” (18).

Uma sociedade que reduz os sujeitos à condição de detrito e que, no nível dos dirigentes, fomenta a corrupção e o deboche impune é uma sociedade que rompeu com o pacto civilizatório (16). Sem uma alternativa político-transformadora, no mundo inconsciente, os sujeitos se entregam aos impulsos primitivos e, no plano concreto, desenvolvem condutas antissociais e delinquentes (16).

> É essa a chave psicanalítica para compreensão do surto crescente de violência e delinquência que dilacera o tecido social brasileiro, nas grandes cidades. Existe, em nosso país, uma guerra civil crônica, sob a forma de assaltos, roubos, assassinatos, estupros - e outras gentilezas do gênero. Esta guerra foi declarada - e é mantida - pelo capitalismo selvagem brasileiro, pela cupidez e brutal egoísmo das classes dominantes, nacionais e multinacionais que o sustentaram e expandiram, à custa da miséria do povo (16).

Nesse sentido, a violência é de responsabilidade social, pois é engendrada na coletividade. A constituição histórica do Brasil, marcada pela colonização, genocídio dos povos indígenas e negro, escravidão, ditadura militar, expressa essa ruptura do pacto civilizatório (3,19). Com o golpe militar de 64, instalou-se uma delinquência institucionalizada perversa dos ricos, dos banqueiros, dos especuladores, dos que lucram sobre os produtos, da predadora finança internacional (16). Nesse período histórico, o abuso de poder do Estado foi legitimado pela Doutrina de Segurança Nacional, que consolidou o capitalismo selvagem e reduziu quarenta milhões de brasileiros à pobreza extrema (16). Enquanto isso, os dirigentes se envolviam com os escândalos do atentado Riocentro, com a tentativa de fraude das eleições por meio das empresas Proconsult, no assassinato do escritor Alexandre Von Baumgarten, que, no livro *Yellow Cack*, denunciou o contrabando de urânio pela Agropecuária Capemi, por meio do qual se desviaram milhões para a polícia política (16).

O Estado brasileiro sustentou e reproduziu práticas de violações de direitos humanos por meio de instituições com as quais ele deveria promover qualidade de vida e bem-estar social, encarnando a perversão do acesso dos cidadãos às políticas públicas (20). A fragilidade de traduzir os direitos garantidos pela legislação em práticas sociais que favoreçam o coletivo produziu uma descrença no poder da lei e

da justiça, abrindo precedentes para manutenção dos privilégios das elites e, ao mesmo tempo, corroborando a manutenção das desigualdades sociais, iniquidade no acesso à saúde, educação, assistência social (21,22).

Essa violação das necessidades humanas fundamentais, que se denomina violência estrutural, promove a desvalorização da vida, a banalização da morte e a impunidade (23). Essa violação das necessidades humanas fundamentais está presente no contexto político brasileiro de austeridade e retrocessos econômicos (24), no desmonte das políticas públicas com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que institui um novo regime fiscal (25), e no desmonte do controle social, como o promovido pelo Decreto nº 10.003, de 04 de setembro de 2019 (26). Essas medidas dificultam o acesso das pessoas às políticas públicas de saúde, educação e assistência social, e dificultam a possibilidade de promover a qualidade de vida da população.

1.3. Proporções da violência

1.3.1. Homicídios

O *Relatório mundial sobre violência e saúde* é uma resposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) à Resolução WHA49 (22). Ele tem por finalidade a conscientização da população mundial sobre os impactos da violência e do papel prioritário da saúde na sua prevenção e tratamento. Por exemplo, nele consta que anualmente morrem mais de 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo em função da violência, principalmente entre pessoas com idade de 15 a 44 anos (14% entre homens e 7% entre mulheres) (27). Com esses dados gerais, visa-se sensibilizar comunidades e governos para a importância do enfrentamento das situações de violência (28,29).

O relatório indica que os índices de homicídios juvenis variaram entre os países no mundo, sendo maiores naqueles emergentes ou nos que sofreram mudanças sociais bruscas. No ano 2000, ocorreram 200 mil homicídios juvenis em todo o mundo. Os índices variaram na Europa e partes da Ásia e do Pacífico (0,9 para cada 100 mil),

na África (17,6 para 100 mil) e na América Latina (36,4 para 100 mil) (30,31,32,33,34,35,36,37).

O documento relata que os índices são maiores entre homens. Isso indica que ser jovem e pertencer ao gênero masculino pode ser um fator de risco demográfico. Para cada homicídio juvenil, há uma variação entre vinte e quarenta vítimas de violência juvenil não fatal, mas que demanda tratamento em saúde. Entretanto, é importante lembrar que há países cujos dados de mortalidade não são acessados pela OMS (38,39,40).

É importante ressaltar que, no Brasil, a Lei nº 13.104, de 09 de Março de 2015, alterou o código penal brasileiro, considerando o feminicídio um homicídio qualificado, com pena de 12 a 30 anos de prisão. O feminicídio consiste no assassinato de mulheres por razões de gênero, ou seja, a vítima é morta por ser mulher em âmbito doméstico ou outro local. Dessa forma, o feminicídio é uma forma extrema de violência de gênero, revelando desprezo e discriminação (41).

Cerca de 33,2% dos homicídios contra mulheres no mundo são cometidos pelos parceiros (42). No Brasil ocorrem 4,8 homicídios para cada 100 mil mulheres, o que representa a quinta maior taxa de feminicídios no mundo (42). No primeiro semestre de 2023, o Brasil registrou 722 feminicídios, a maior taxa desde 2019. Esse dado representa 18% dos homicídios de mulheres no Brasil, que aumentaram 2.6% em 2022 (43). Em São Paulo houve um aumento de 33,7% de feminicídios no primeiro semestre de 2023 (44). Os dados sobre feminicídios são alarmantes, indicam o aumento das situações de exposição à violência contra mulheres e reforçam a necessidade de investimento em pesquisas que subsidiem a implementação de políticas, serviços e programas para promoção do cuidado/proteção.

Estudos indicam a pertinência de compreender como o machismo estrutural se constitui como fator substancial na produção e naturalização das violências, em especial, na violência de gênero. Trata-se de um sistema de crenças, valores e práticas que privilegia os homens e subordina as mulheres no âmbito político, econômico, cultural, religioso, familiar e nas relações interpessoais (45,46,47,48).

Esse sistema fomenta uma cultura de desigualdade, discriminação, opressão e silenciamento das mulheres, vistas como inferiores, objetos ou propriedades dos homens (49,50,51). Também legitima o poder e o controle dos homens sobre as

mulheres, reproduzindo estereótipos, preconceitos e mitos sobre o papel e a capacidade das mulheres na sociedade (49,50,51,52).

E, desse modo, o machismo estrutural naturaliza um processo de aceitação da violência como algo inevitável, justificável e tolerável, como se a exposição à violência fosse uma pré-condição da cultura, da tradição, da religião, da natureza ou da personalidade das pessoas. E, por meio desse mecanismo de naturalização da violência, o machismo estrutural minimiza, oculta, nega ou culpa as pessoas vitimadas. Consequentemente, se impede a denúncia, a responsabilização e a prevenção da violência de gênero, consolidando uma sociedade patriarcal, que desvaloriza, explora, domina e violenta as mulheres, e que dificulta a sua emancipação, participação e cidadania (49,50,52).

1.3.2 Violência infantil

Quando o assunto é a violência contra a criança (negligência ou abandono), utilizam-se as certidões de óbito e os dados de mortalidade para a coleta de informações. As crianças do mundo que sofrem esse tipo de violência são vítimas de maus-tratos, sendo encontradas fracas ou desnutridas. São aquelas que foram expulsas pelas famílias para se defenderem sozinhas e/ou que sofreram abuso sexual (27).

Estima-se que, em 2000, houve 57 mil mortes entre crianças com idade inferior a 15 anos. Identificou-se que o grupo de crianças com idade entre 0 e 4 anos tem duas vezes mais riscos de morrer em função de violência do que o grupo com idade entre 5 e 14 anos. Muitos casos não são investigados, gerando um número impreciso sobre a fatalidade de abuso infantil (53,54).

Nos países com alta renda, o índice de mortalidade é de 2,2 para cada 100 mil meninos e 1,8 para cada 100 mil meninas. Nos países em desenvolvimento, esses índices são três vezes maiores, sendo de 6,1 para cada 100 mil meninos e 5,1 para cada 100 mil meninas. Nesse sentido, os países emergentes são os mais afetados pela violência infantil, em comparação aos desenvolvidos (27).

Quando ampliamos a perspectiva para a dimensão continental, identificamos que na África os índices de mortalidade são 17,9 para cada 100 mil meninos e 12,7

para cada 100 mil meninas. Os menores índices estão na região europeia, no Mediterrâneo oriental e no Pacífico ocidental. Portanto, as regiões mais desenvolvidas no mundo são menos afetadas pela violência infantil (55,56,57).

1.3.2. Violência de gênero

Os dados sobre a violência perpetrada por parceiros íntimos são significativos. Cerca de 48 estudos indicam que esse tipo de violência atingiu de 10% a 69% das mulheres em algum momento de suas vidas, seja na forma de violência física, seja nas formas de violência normalmente associadas ao abuso psicológico e ao abuso sexual (58,59,60,61).

Outros dados indicam que, das 613 mulheres que sofreram abuso sexual entrevistadas no Japão, 57% sofreram os três tipos de abuso concomitantemente. Semelhantemente, 52% das mulheres mexicanas entrevistadas relataram agressão física e sexual concomitante. Estudos realizados em Londres, na Inglaterra, indicam que ocorrem múltiplas agressões contra mulheres ao correr do tempo e que não são episódios pontuais (62).

Um número significativo de mulheres morre em função da violência de gênero. Dentre essas, estudos na África do Sul, Austrália, Canadá, Estados Unidos e Israel indicam que 40% a 70% foram mortas pelos maridos ou namorados em contextos de abusos constantes. Os assassinatos variam por fatores culturais. Por exemplo, nos Estados Unidos ocorrem geralmente por revólveres, enquanto na Índia por surras e queimaduras (60,63,64,65,66,67).

1.3.3. Maus-tratos contra idosos

Outro ponto que chama a atenção é o crescimento de maus-tratos associados à violência de natureza física, psicológica, financeira ou material contra a população idosa. Nos países emergentes, aumenta-se a preocupação com esse tema. Mas, há poucos dados a respeito e os existentes são pontuais e, por vezes, controversos. Por exemplo, estudos indicam um índice de abuso de 4% a 6% entre os idosos (68,69,70,71,72). Enquanto alguns estudos apontam uma proporção mais alta entre

vítimas femininas (7%) do que masculinas (2,5%), outros ainda indicam que homens (9%) foram mais propensos aos abusos do que mulheres (6%) (69).

1.3.4. Violência sexual

O relatório compara as informações globais relacionadas à violência sexual à ponta de um *iceberg* flutuante na água. Nele, a ponta representa os casos registrados pela polícia. Uma parte maior pode ser obtida por pesquisas de organizações não governamentais. E a maior parte, um componente substancial que não foi quantificado, é considerada fragmentada e insuficiente (73).

Estimativas sobre o percentual de mulheres que sofreram violência sexual são diferentes em La Paz, na Bolívia (1,4%), em Gaborone, em Botsuana (0,8%), em Manila, nas Filipinas (0,3%), em Beijing, na China (1,6%), em Tirana, na Albânia (6,0%), em Buenos Aires, na Argentina (5,8%), no Rio de Janeiro, no Brasil (8,0%) e em Bogotá, na Colômbia (5,0%) (74,75). Em uma pesquisa realizada nos EUA, 14,8% das mulheres com mais de 17 anos relataram ter sofrido estupro (63). Outra pesquisa realizada em três províncias da África do Sul verificou que 1,3% das mulheres, com idade entre 18 e 49 anos, relataram sexo não consensual (73). Na República Checa, 11,6% das mulheres acima de 15 anos relataram ter sofrido abuso sexual (76).

A ocorrência de agressão sexual perpetrada por parceiro íntimo não é rara no mundo e nem específica de algum país (60,63,64,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90). Uma pesquisa realizada na Índia, no estado de Uttar Pradesh, mostrou que 7% dos homens perpetraram abuso sexual e físico contra esposas, sendo que eles se utilizaram de violência sexual sem violência física (22%) ou somente de violência física (17%) (91). Em Londres, na Inglaterra, 23% das entrevistadas relataram ter sofrido violência sexual perpetrada por parceiro íntimo. Em Guadalajara, no México, esse percentual foi de 23,0%, em León, na Nicarágua, foi de 21,7%, em Lima, no Peru, foi de 22,5% e na Província Midlands, no Zimbábue, foi de 25,0%. Além disso, centenas de milhares de mulheres e jovens são compradas e vendidas para prostituição ou escravidão sexual (92,93,94,95,96).

1.3.5. Violência autoinfligida

Os maiores índices de violência autoinfligida encontram-se no Leste Europeu. Estes países são exemplos disso: Belarus (41,5 para cada 100 mil pessoas), Estônia (37,9 para cada 100 mil pessoas), Federação Russa (43,1 para cada 100 mil pessoas) e Lituânia (51,6 para cada 100 mil pessoas). Também há altos índices de violência autoinfligida no Sri Lanka (97). Os menores índices de violência autoinfligida são encontrados na América Latina, em países como Colômbia (4,5 para cada 100 mil pessoas) e Paraguai (4,2 para cada 100 mil pessoas), e em alguns países da Ásia, tais como Filipinas (2,1 para cada 100 mil pessoas) e Tailândia (5,6 para cada 100 mil pessoas). Os índices em outros países variam entre esses dois extremos: Alemanha (14,3 para cada 100 mil pessoas), Austrália (17,9 para cada 100 mil pessoas), Bélgica (24,0 para cada 100 mil pessoas), Canadá (15 para cada 100 mil pessoas), Finlândia (28,4 para cada 100 mil pessoas), Estados Unidos (13,9 para cada 100 mil pessoas), França (20 para cada 100 mil pessoas), Japão (19,5 para cada 100 mil pessoas) e Suíça (22,5 para cada 100 mil pessoas). Há poucas informações sobre países africanos.

Na Finlândia e na Suécia, há um crescente índice de suicídio desde o século XVIII (98). A mesma situação se vê na Escócia, na Espanha, na Finlândia, na Irlanda, na Noruega, nos Países Baixos e na Suécia desde o século XX, enquanto a Inglaterra, o País de Gales, a Itália, a Nova Zelândia e a Suíça apresentaram uma redução importante desde então. Não houve mudanças significativas na Austrália (98). Entre 1960 e 1990, houve o crescimento dos índices de suicídio na Bulgária, na China (Província de Taiwan), em Cingapura, na Costa Rica e em Maurício, enquanto outros foram decrescentes, como ocorreu na Austrália, na Inglaterra e no País de Gales (dados combinados) (98).

Dois marcadores demográficos importantes na distribuição dos índices de suicídio são a idade e o gênero. Eles aumentam com a idade para ambos os sexos, mas ocorrem mais entre homens. Em países emergentes e em grupos minoritários, o índice de suicídio é maior entre mulheres jovens adultas (99). Entretanto, o número absoluto dos casos registrados é mais alto entre os que têm menos de 45 anos, como

é o caso da Austrália, Bahrein, Canadá, Colômbia, Equador, Guiana, Kuwait, Maurício, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido (98,99,100,101).

É importante ressaltar que os índices variam em outros países, atingindo jovens, adolescentes e mulheres, sendo a cultura, a raça e a etnia outros fatores significativos na epidemiologia. As diferenças, normalmente grandes entre países e por sexo, mostram como é importante para cada país monitorar suas tendências epidemiológicas de forma a determinar os grupos populacionais com o maior risco de suicídio. Para isso, enfrentar a subnotificação é um desafio primário. Por exemplo, cerca de 40% dos suicídios são encobertos na Inglaterra (102). A saúde pode fornecer dados importantes, por prestar socorro às vítimas (103). A subnotificação está, muitas vezes, associada ao medo do estigma, por conveniência social, razões políticas, dentre outros.

1.3.6. Violência coletiva

Por fim, quanto à violência coletiva, cerca de 310 mil pessoas morreram por lesões relacionadas à guerra em 2000 (27). Foram mortes classificadas como ferimentos resultantes de operações de guerra (CID 9 E990 -E999 ou ICD-10 Y36). Os maiores índices são encontrados na África (32 para cada 100 mil), seguidos por países subdesenvolvidos e emergentes no Mediterrâneo oriental (8,2 para cada 100 mil) e na região europeia (7,6 para cada 100 mil).

As estimativas de mortes associadas a conflitos no mundo foram de 1,6 milhões no século XVI, 6,1 milhões no século XVII, 7 milhões no século XVIII, 19,4 milhões no século XIX e 109,7 milhões no século passado (104,105). Eventos históricos marcam as perdas: a captura e tráfico de escravos e o genocídio de nativos nas Américas no período da colonização, as I e II Grandes Guerras Mundiais, o estalinismo e a Grande Marcha (1958 -1960) na China. Nesse sentido, estudos indicam que cerca de 191 milhões de pessoas morreram em função de violência coletiva no século XX: cerca de 33 milhões de soldados, 33 milhões de civis e outros 40 milhões de pessoas morreram de fome. Então, cerca de 60% das mortes ocorreram entre pessoas que não estavam envolvidas na luta. Os alvos das violências se expandem, sendo nem mesmo os trabalhadores humanitários escapam. Entre 1985 e 1998, cerca de 380 trabalhadores

humanitários morreram (106). Esses são eventos que estão cercados de incertezas na balança das perdas humanas (107).

Durante os conflitos violentos, ocorrem torturas que são difíceis de estimar. Por exemplo, o estupro é documentado como arma de guerra, sendo que homens e mulheres são vítimas. Estima-se que durante o conflito ocorrido entre 1992 e 1995, de 10 a 60 mil mulheres foram estupradas na Bósnia-Herzegovina (108). Denúncias foram documentadas em Bangladesh, Libéria, Ruanda e Uganda (109,110,111,112). São traumas com lesões não fatais, mas que deixam sequelas para as comunidades e indivíduos que os sofrem, pois são efeitos físicos e psicológicos de longo alcance (113,114). As vítimas tendem a ocultar o trauma em função de pressões políticas.

1.4. Impactos da violência

Os dados indicam que são milhões de pessoas afetadas pelas mais diversas formas de violência, entre elas física, sexual, coletiva, autoinfligida etc. Nem toda agressão gera um ferimento que exija atenção em saúde, o que contribui para que não se contabilizem informações, já que não são notificadas. Em muitas das vezes há uma forte pressão cultural, vergonha ou medo que impede que as vítimas possam reconhecer e discutir essas experiências violentas. E, quanto às situações que podem ser registradas, por outro lado, nem sempre são pela inexistência de um sistema de vigilância implementado em alguns países. Portanto, há sérias limitações na mensuração real da proporção da violência, que, considerando a subnotificação, pode ser ainda mais alarmante (7).

Estudos recentes têm apontado para a gravidade da violência contra a mulher, especialmente no Brasil, com destaque para São Paulo. Uma pesquisa transversal envolveu dez países, contando com 940 mulheres de São Paulo e 1.188 mulheres de Pernambuco, que sofreram violência perpetrada por parceiro íntimo. Respetivamente, em São Paulo e Pernambuco identificou-se que 41,8% e 48,9% das mulheres relataram violência psicológica, enquanto 27,2% e 33,7% relataram violência física, e 10,1% e 14,3% relataram violência sexual. Houve sobreposição dos tipos de violência, sendo a violência psicológica a forma mais exclusiva (17,5% e 17,3%) e a violência sexual a menos exclusiva (0,2% e 1,0%) (115).

Outro estudo foi realizado em São Paulo, com 322 mulheres de 15 a 49 anos, usuárias de uma unidade básica de saúde, que sofreram violência por parceiro íntimo. Ele mostrou que 44,4% das mulheres relataram violência física, 11,5% relataram violência sexual, e 34,1% e 7,1% relataram que a violência partiu de companheiros ou familiares, respectivamente. Esse estudo também revelou que a violência física e sexual teve alta magnitude e severidade, comparável à de outros países (116).

É importante reconhecer o fardo que a violência impõe e, considerando as estatísticas e o esforço internacional, o problema social que ela representa para o Brasil e para o mundo. A violência traz repercussões psicossociais, prejudicando a qualidade de vida das pessoas e onerando os gastos públicos (117). Ela é um dos principais problemas globais de saúde pública, os custos humanos, jurídicos, assistenciais e de saúde impostos por ela impactam todo o sistema produtivo sob o qual uma sociedade se constitui (7,118).

A dinâmica da violência, portanto, gera custos diretos e indiretos, monetários e não monetários, promovendo um impacto sobre o bem-estar individual e coletivo. Os custos diretos se referem a todo montante de bens e serviços associados à prevenção e tratamento das vítimas e penalização do agressor. São monitorados pelos recursos médicos, como despesas hospitalares, consultas, transporte, remédio, dentre outros, e não-médicos, como policiamento, prisões, processos judiciais e segurança privada. Os custos indiretos podem ser classificados como tangíveis, referindo-se aos lucros perdidos, à perda de investimentos, à perda de produtividade (dinheiro, bens e tempo), e intangíveis, como por exemplo, perda da qualidade de vida e saúde (dor e sofrimento), redução das oportunidades de trabalho, redução do acesso aos serviços públicos, perda da participação política, medo e insegurança gerado na comunidade (119,120,121).

Os países mais desenvolvidos oferecem mais serviços associados à prevenção, tratamento e penalização, se comparados aos países em desenvolvimento. Em 1992, os EUA utilizaram US $177 bilhões em situações de ferimentos por arma de fogo (custo anual direto e indireto), enquanto ferimentos com objetos cortantes custaram US $51 bilhões (122). Em 1996, em New Brunswick, Canadá, o suicídio gerou um custo direto médio de US$ 849.000 e esse país teve um gasto de US$ 80 milhões nos custos anuais diretos e indiretos (123). A violência contra

a mulher gerou o custo direto de $ 684 milhões por ano para o sistema de justiça criminal, enquanto gerou US $294 milhões por ano em terapia e treinamento em resposta à violência contra mulher (124).

Estudos sobre os impactos da violência nos países latino-americanos, realizados entre os anos de 1996 e 1997, estimaram os custos médios da violência. Entre 1991 e 1996, esses custos representaram 18,5% do PIB na Colômbia, dos quais 43% foi investido em situações relacionadas a homicídios, 30% custearam gastos militares, 23% segurança, 3% terrorismo e 1% saúde (125). Em 1995, os custos médios com a violência representaram 6% do produto interno bruto (PIB) de El Salvador, destinados a custas judiciais, danos pessoais e medidas de prevenção (126). No mesmo ano, a Venezuela investiu 2,6% do PIB em medidas de segurança (127).

Em 1997, estimaram-se ainda os custos de saúde, materiais, intangíveis e com transferências de ativos em função da violência em seis países latino-americanos, expressos em porcentagem do PIB. O Brasil gastou 1,9 % do PIB em custos de saúde, 3,6% em materiais, 3,4% em custos intangíveis e 1,6% em transferências de ativos (128). Nessa mesma lógica, a Colômbia teve 5% de custos em saúde, 8,4% em custos materiais, 6,9% em perdas intangíveis e 4,4% em transferências de ativos. El Salvador gastou 4,3% do PIB com saúde, 5,1% com danos materiais, 11,5% com perdas intangíveis e 4% com transferências de ativos. O México gastou 1,3% com saúde, 4,9% com materiais, 3,3% com danos intangíveis e 2.8% com transferência de ativos. O Peru gastou 1,5% do PIB com saúde, 2% com materiais, 1% com perdas intangíveis e 0,6% com transferência de ativos. E, por fim, a Venezuela gastou 0,3% em saúde, 9,0 em materiais, 2,2% em danos intangíveis e 0,3% em transferência de ativos (128,129).

Entretanto, ao observarmos essa realidade, percebemos que pouco se destaca o investimento em saúde para prevenir ou romper os ciclos de violência, o que reforça a ideia de que a violência é compreendida muito mais como um problema a ser resolvido pelo sistema de justiça e criminalização do que como um problema de saúde pública, realidade que precisa mudar (7). Isso porque, mesmo a violência sendo um tema multidisciplinar e transversal (9), ela produz impactos traduzidos em lesões, traumas, mortes físicas e emocionais que afetam diretamente e indiretamente a

prevenção, promoção (130,131) e a reabilitação no que tange ao conceito ampliado de saúde (7,132,133). Portanto, essa discussão agrega um conjunto de problemas de saúde, condições, situações e estilos de vida (10,134).

Quando pensamos em custos não monetários, estima-se que a violência contra a mulher gera nove milhões de anos de vida com incapacidades, o que representa duas vezes mais danos do que aqueles causados no trânsito e por todos os tipos de câncer (135). Na Cidade do México, identificou-se que a violência contra a mulher é a terceira causa mais importante de tempo de vida perdido por incapacidade, estando à frente de acidentes veiculares, anomalias congênitas, artrite reumatoide, osteoartrite, doença cardiovascular, doença vascular cerebral e pneumonia (136).

Prevenir a violência não é um artigo de fé. Há uma crescente produção de evidências no mundo a respeito de meios para concretizar esse desafio, contando-se com ações individuais e comunitárias de pequena escala até políticas nacionais e iniciativas do legislativo. Desde 1980, a saúde pública brasileira tem fomentado discussões e produções acadêmicas para reconhecer seu papel diante desse desafio. Reconhecendo a redução da produção social e econômica do país, além da dor e do sofrimento provocados, a saúde busca, então, compreender não apenas as causas da violência que, por vezes, estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Ela reconhece, principalmente, que a violência pode ser evitada e suas consequências reduzidas. Para tanto, lança mão de uma abordagem cuja ênfase são os esforços coletivos provenientes de setores diversos, como saúde, educação, serviço social, justiça e políticas (137,138).

2. O AUMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A EMERGÊNCIA DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Em maio de 2020, o Brasil registrou mais de mil óbitos em 24 horas, somando quase 18 mil mortes e mais de 270 mil casos confirmados da Covid-19 (139). No entanto, um estudo da USP estimou que o número real de infectados era muito maior, chegando a mais de 1,6 milhão, variando entre 1,3 e 2 milhões. Além disso, o país tinha 11 vezes mais casos do que os oficiais, divulgados pelo Ministério da Saúde, e mais do que os Estados Unidos, que tinha cerca de 1,5 milhão de casos confirmados, segundo a Universidade Johns Hopkins (139).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil registrou janeiro de 2024 um total de 708.739 mortes por Covid-191 (140). Alguns estudos estimam que o número real de mortes seja muito maior, podendo chegar a mais de 800 mil (141). O Brasil se tornou o epicentro mundial do coronavírus, superando os Estados Unidos em número de casos e de óbitos, devido à baixa testagem, à subnotificação, à falta de medidas de isolamento social e à ineficiência do governo federal no combate à crise sanitária (142). A situação do Brasil foi considerada grave e alarmante por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, que pediram ações urgentes para conter a disseminação do vírus e evitar mais mortes (143).

No ano de 2019, em Wuhan, capital da província da China Central, detectou-se a Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) / SARS-CoV-2, uma síndrome respiratória que configurava quadros clínicos graves, incluindo a utilização de ventilação mecânica (144). Pela elevada capacidade de propagação do vírus, foram anunciadas 150 mil mortes no mundo já no mês de abril de 2020. Estima-se que durante esse período, com 1500 mortes e um elevado índice de subnotificação, o Brasil alcançou uma taxa de mortalidade de 5,5% (145).

Em março do mesmo ano, a COVID-19 foi classificada como um evento pandêmico. Surgiu, então, no planeta uma situação sem precedente no século XXI, que impactou a sociedade, especialmente os grupos mais vulneráveis. A rapidez da propagação, a ausência de imunização (146) e a elevada taxa de mortalidade em

comparação com as gripes recorrentes (147) tornaram esse evento uma das maiores agruras do mundo nas últimas décadas (148).

Inicialmente, o enfoque das pesquisas se direcionou ao controle da patologia e ao manejo da sobrecarga nos serviços de saúde, principalmente no que tange à medicina intensiva (148,149,150,151). E, embora fosse consenso de que a pandemia repercutia para além da saúde física, dispensou-se pouca atenção aos efeitos dela sobre os aspectos emocionais e o bem-estar das pessoas (145,152,153,154). A apreensão de adquirir o vírus, o sentimento de insegurança na vida coletiva e individual, a quebra da rotina, a fragilização dos vínculos e laços sociais, a sobrecarga dos trabalhadores da saúde, o isolamento e o distanciamento social trouxeram desfechos desfavoráveis na saúde mental da população (149,155,156,157).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002, o H1N1 em 2009, o Ebola entre 2013 e 2016 e o Covid-19 em 2019 suscitaram reflexões sobre a saúde mental diante da alta carga de emoções negativas (149,155,156,157,158). Com isso, enfatizou–se a importância de profissionais capacitados em situações sociais críticas em diferentes pontos de atuação, seja na gestão política, na epidemiologia e/ou na prestação de cuidados (145,148,159,160).

O histórico de desenvolvimento da Covid-19, enquanto uma crise, suscitou diferentes repercussões psicossociais. Houve o aumento da ocorrência de sintomas depressivos na Itália (161), de estresse agudo na Espanha, Colômbia e Filipinas (162) e de sintomas depressivos e uso abusivo de substâncias em Taiwan (163,164). A comunicação foi fundamental na gestão sanitária no momento de pré-crise, quando foram disseminadas informações sobre sintomas, consequências do adoecimento e diretrizes para o cuidado e proteção, condutas importantes para manejar os sentimentos de preocupação, ansiedade e pânico (148,165). Por outro lado, houve uma influência midiática negativa, desencadeando um otimismo infundado, estimulando comportamentos inadequados, contraditórios às medidas de proteção (distanciamento social, quarentena etc.) e emoções negativas (ansiedade, preocupação etc.), que empreenderam o acúmulo de produtos de higiene e aparatos de proteção e geraram escassez nos serviços de saúde (149,164,166,167).

No decurso da intracrise da Covid-19, reconheceram-se a seriedade e a suscetibilidade frente ao adoecimento, constatando-se o alto risco de contágio, a

quantidade e concomitância dos casos, a sobrecarga do sistema e o risco de colapso na assistência (168). O colapso no sistema funerário e a impossibilidade de velar os parentes impactaram a dinâmica das relações sociais e acarretaram danos à saúde mental (169). O marco desse período foi a indisponibilidade de insumos e recursos, que levou à desassistência de casos graves, à infecção de trabalhadores e à redução das equipes (164,170).

Diante desse contexto, adveio o aumento dos quadros de depressão, ansiedade, estresse, transtorno do pânico, insônia, medo e raiva (171,172,173). O tédio, a raiva e a solidão configuraram quadros de estresse pós-traumático junto a infectados e familiares (174). A insônia, a ruminação, a perda de concentração, o mau humor, a perda de energia e os sintomas somáticos foram identificados (153). Uma rotina exigente e o aumento da preocupação desencadearam a sobrecarga emocional, física e dos papéis sociais, o que são fatores de risco para recidiva em transtornos mentais, questões psicossomáticas ou doenças físicas (149,164).

O evento pós-crise Covid-19 incluiu a flexibilização das medidas de proteção, a retomada de atividades habituais, do funcionamento do comércio, das escolas, dentre outras instituições. Estudos indicam que 53% das pessoas (n = 1.210) apresentam sequelas psicológicas moderadas ou severas, com sintomas depressivos (16,5%), ansiedade (28,8%) e estresse moderado a grave (8,1%) (160). Outro estudo (n = 52 mil) identificou que pessoas do gênero feminino, idosas, migrantes e com maior nível de escolaridade foram mais suscetíveis a estresse, ansiedade, depressão, fobias, comportamento compulsivo, dentre outros (164,175).

Esses dados corroboram a hipótese de que, diante da emergência global da pandemia do Covid-19, as medidas neoliberais adotadas pelos governos ficaram mais evidentes, agravaram e levaram à ruptura do contrato social (176). O vírus expôs essa fragilidade quando o discurso econômico se concentrou em salvar empregos e empresas, quando o Estado não interveio com medidas efetivas para assegurar o bem-estar da população e reduzir as desigualdades geradas pela pandemia (177). A maioria dos países limitou os serviços essenciais, suspendeu aulas e impôs algum modelo de distanciamento social, fundamental para evitar a propagação da doença Covid-19 (178). Enquanto isso, o governo brasileiro priorizou o discurso econômico, e, como decorrência disso, vimos ocorrer a baixa testagem da população, a

subnotificação de casos e mortes, a ausência de medidas para frear o contágio e o adoecimento dos profissionais que atuavam na linha de frente no combate ao Covid-19 (179,180).

Diante das medidas governamentais no contexto da pandemia do Covid-19, os países ficaram alertas, visto que crianças, adolescentes, jovens e mulheres, ao passar mais tempo em casa e distantes de figuras protetivas, ficaram mais expostos à violência (181). Estudos trouxeram evidências de que a exposição à violência no contexto pandêmico acentuou desigualdades de gênero, raça e classe social (182), revelou as dificuldades de incluir o desejo e as vozes das crianças na construção de propostas de cuidado e prevenção (183), evidenciou o aumento dos casos de lesões intencionais, não intencionais e suicídio (184), apontou a insegurança alimentar e a violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo (185), dentre outras situações que colocam em destaque a necessidade de apoiar e aprimorar os serviços de prevenção e resposta à violência (181).

2.1. Violência contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico

Um estudo no Canadá comparou pais e adultos sem filhos e identificou altos níveis de estresse, pior saúde mental, pensamentos suicidas, sentimento de esgotamento, aumento de conflitos domésticos e do uso de álcool e drogas entre pais durante a pandemia do Covid-19 (186,187,188). Outro estudo analisou sete países europeus, entre eles Reino Unido (n = 508), Suécia (n = 1.436), Espanha (n = 1491), Bélgica (n = 508), Holanda (n = 324), Alemanha (n = 1662) e Itália (n = 794). Ele identificou que o aumento do estresse parental e uma pior saúde mental estavam diretamente relacionados às restrições domiciliares frente à pandemia (189,190). Somam-se a isso o risco de perder o emprego e a pressão econômica (191,192).

O aumento de maus-tratos infantis, incluindo abuso físico, emocional ou sexual e negligência física ou emocional contra a criança, foi relatado desde o início da pandemia (189). De fato, estudos relatam o aumento do abuso emocional (gritar com a criança) e da exposição indireta à violência doméstica (assistir conflitos parentais graves) em comparação com o período pré-pandemia (189).

Estudos têm demonstrado a correlação entre esse aumento com o crescimento do estresse entre os pais, a piora de saúde mental dos pais, sentimentos de raiva, dentre outros (193,194,195,196). Outro fator de risco para o aumento de maus-tratos infantis durante a pandemia foi o histórico de vivências adversas dos pais na infância relacionado à parentalidade negativa (hostilidade física e controle negligente) (189,195,197). Houve o aumento da exposição à violência doméstica, mas não foi possível identificar mudanças quanto à violência física, sexual, emocional e negligência (198).

Um estudo realizado na Alemanha comparou dados sobre estresse parental, piora na saúde mental e maus-tratos infantis entre agosto de 2020 (n = 1024) e dezembro de 2021 (n = 1.087). Dentre os resultados relatados, identificou-se que 12% dos entrevistados (n = 130) relataram aumento do abuso, violência e negligência durante a intensificação das restrições impostas em função da pandemia. Os tipos de maus-tratos mais frequentes foram abuso emocional verbal (n = 607, 55,8%), testemunho de violência doméstica (n = 446, 41,0%) e negligência emocional (n = 435, 40,0%). Um maior número de crianças morando na casa foi um preditor da ocorrência de abuso emocional verbal (OR 1,29, IC 95% 1,04–1,60) e negligência emocional (OR 1,31, 95% CI 1.05–1.64). A presença de infecções por Covid-19 na família foi relacionada à negligência emocional (OR 1,46, IC 95% 1,00–2,12). O uso abusivo de álcool esteve associado ao abuso emocional verbal (OR 2,08, IC 95% 1,13–3,84), ao maior testemunho de violência doméstica (OR 2,22, IC 95% 1,34 – 4,32) e à maior negligência emocional (OR 2,66, IC 95% 1,46–4,85). As experiências dos próprios pais de violência física ou sexual durante os dois meses anteriores esteve associada ao abuso emocional verbal (OR 3,53, IC 95% 2,09–5,94), ao testemunho da violência doméstica (OR 5,06, 2,87 –8,90) e à negligência emocional (OR 2,06, IC 95% 1,21–3,51). O transtorno mental autorreferido pelos pais também foi relacionado à ocorrência de abuso emocional verbal (OR 2,05, IC 95% 1,19–3,53) (199).

A exposição à violência acarreta efeitos prejudiciais para a saúde mental e física da criança tanto nas primeiras idades quanto ao longo da vida e demanda medidas de averiguação, prevenção e proteção (200,201,202). Nesse sentido, o aumento da violência doméstica contra crianças e adolescentes tornou o tema dos maus-tratos infantis uma pauta importante para a saúde pública (199) e para a

assistência social. Estes são um público prioritário para ações de promoção da saúde mental (199). Por isso, é tão importante uma análise do processo de implementação, avaliação e disseminação de programas de prevenção e proteção às famílias, para cuidar dos efeitos psicossociais da pandemia entre pais, crianças e adolescentes.

Durante a pandemia, o acesso às escolas e aos serviços de saúde mental ficou restrito. Segundo o estudo comparativo realizado em Ontário, Canadá, durante a pandemia, o encaminhamento de crianças e jovens diminuiu significativamente, principalmente entre a população de baixa renda. Aumentaram os encaminhamentos para ansiedade, depressão, automutilação, problemas com videogames e uso da internet. Diminuíram os encaminhamentos associados à hiperatividade/distratibilidade e personalidade antissocial (198). Os serviços se adaptaram às mudanças, investindo no trabalho com famílias por meio da intensificação da comunicação e do envolvimento contínuo para apoiar as necessidades, e no teletrabalho, utilizando tecnologias como forma de implementar programas para o bem-estar da família como meio de prevenção à violência (203).

2.2. Violência contra mulher no âmbito doméstico

Em momentos de crise econômica, natural ou sociopolítica, as mulheres sofrem mais violência perpetrada por parceiros íntimos, situações de risco que estão associadas ao desemprego, à piora da saúde mental e ao aumento do consumo de álcool (204,205,206,207,208). Esses fatores associados ao isolamento social e à frustração dos homens influenciam o aumento de violências perpetradas por parceiros íntimos contra mulheres (209,210,211,212). Essa influência também foi identificada durante a pandemia (213).

Nesse sentido, as agressões por parceiros íntimos foi outro evento cuja proporção aumentou com a pandemia do Covid-19. Sabia-se que o alto consumo de álcool estava associado à violência contra mulher. Mas, o que chama atenção é que houve o aumento das taxas de perpetração de violência física e psicológica associados ao baixo consumo de álcool durante a pandemia do Covid-19 (IRR=1,68,p<0,001, CI [1,37, 2,07]) (214). Essas violências tinham três vezes mais chances de acontecer entre casais que contraíram o Covid-19 (215). Por isso, a OMS

emitiu orientações para que os governos adotassem medidas limitadoras do consumo de álcool, uma vez que essa substância aumenta as chances de reações agressivas e diminui a capacidade cognitiva em momentos de discussão.

Durante a pandemia, houve o crescimento da violência contra mulheres em âmbito doméstico na Espanha, Itália, Estados Unidos, China, Bélgica, Groenlândia, Inglaterra, Brasil. Entretanto, dimensionar esse crescimento se tornou um desafio visto que as mulheres estavam confiadas com o agressor, o que dificultava a possibilidade de realizar a denúncia em um equipamento público. Com isso, identificou-se a redução do acesso aos canais formais de denúncia em vários países no início da pandemia.

Estudos realizados na Espanha indicam que, durante a pandemia do Covid-19, houve a diminuição em 19% das denúncias de violência contra mulher e o aumento da gravidade das situações relatadas, principalmente entre aquelas que residiam com o agressor [*odds ratio* (OR) ¼ 1,33] e que não tinham apoio social (OR ¼ 1,22). Esses dados colocam em evidência as dificuldades na procura de ajuda devido ao confinamento e indicam a necessidade de medidas de proteção para mulheres que convivem com o agressor e não têm apoio social (216).

A classificação de serviços essenciais para atendimento à população variou de acordo com as políticas governamentais em cada país. Na Espanha, os serviços para vítimas de violência perpetrada por parceiro íntimo são considerados essenciais (217). Diante disso, a Espanha e a França criaram programas de proteção à mulher em que se transformaram quartos de hotéis em abrigos, além de utilizar o WhatsApp para mulheres presas em casa emitirem alerta de emergência para farmácias e supermercados utilizando “palavra-código – Máscara 19” para acionar autoridades (218,219,220).

Na Itália, houve a diminuição de 43% dos registros de denúncia e ocorrência de violência doméstica e os relatórios policiais caíram para 652 em março de 2020, comparado a 1.157 em março de 2019. Houve queda de 55% das ligações feitas ao Telefone Rosa, linha de apoio à violência doméstica do país, uma redução para 496 chamadas em março de 2020, comparado a 1.104 no mesmo período de 2019 (219,220). Em função disso, na Itália o governo realizou campanhas governamentais e não governamentais encorajando as denúncias. Ocorreu um aumento de 161,71% das denúncias, 1.039 casos em abril de 2021, comparados a 397 em abril de 2020.

Durante esse período, a Itália transformou quartos de hotel em abrigos provisórios para mulheres e crianças vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo. Adaptou aplicativos de denúncia de *bullying* e tráfico de drogas nas escolas para denúncias de violência doméstica por meio do envio de mensagens e fotos em sigilo do agressor (219,220).

Diante do mesmo fenômeno, nos Estados Unidos, alguns estados criaram acesso remoto, como telefone e e-mail, e mantiveram as linhas nacionais para registro de ocorrências (221). A Bélgica transformou quartos de hotel em abrigos e a Groenlândia limitou a venda de álcool. A Inglaterra direcionou dez milhões de libras para acomodações de emergência e apoio para mulheres vítimas de violência. A Suíça realizou campanhas educativas sobre canais de denúncia e fez um apelo à vigilância solidária, estimulando e sensibilizando vizinhos a fim de denunciarem situações de violência na comunidade. Na China, por outro lado, houve menor mobilização do governo para combater a violência contra mulher, embora tenha havido um aumento de 206% de denúncias. Ocorre que o país promulgou a primeira legislação específica para violência de gênero em 2016 (222).

Durante o bloqueio, foi mais difícil implementar medidas de segurança para que as mulheres e filhos pudessem denunciar o agressor, os processos judiciais foram interrompidos e a assistência social ficou concentrada em responder às necessidades de segurança alimentar (216). Nesse sentido, os comportamentos de evitação dos conflitos foram mais adotados para que as vítimas pudessem sobreviver na companhia dos agressores (223,224).

O apoio social formal e informal são importantes fatores para o rompimento do ciclo de violência (225). Durante a pandemia, as medidas de proteção contra a contaminação pelo vírus limitaram esse apoio e o acesso aos recursos necessários para denunciar o agressor e romper o ciclo de violência (216,226). Diante disso, muitos governos tomaram medidas visando assegurar meios de proteção formal e informal para as mulheres expostas à violência, que então viam-se com seus filhos confinadas com os agressores.

Acreditou-se que a pandemia do Covid-19 seria uma oportunidade para a incorporação de políticas públicas com perspectiva de gênero, mas não foi isso que aconteceu (227). Como vimos, os governos adotaram medidas pontuais e restritas ao

período da pandemia, mas sem implementar programas com perspectiva permanente. Os direitos humanos e mecanismos de segurança social e individual são mínimos para as mulheres, que passam por privações naturalizadas tanto por elas que sofrem quanto por quem as causa (228,229).

Esses dados indicam que homens e mulheres são afetados diferentemente em função de mecanismos de desigualdades instalados social, histórica e culturalmente (230). Seria necessário reconhecer que essas desigualdades já estavam presentes antes mesmo da pandemia (231). Em 2019, por exemplo, registraram-se 4.640 casos de violência contra mulheres em 24 países, sendo 18 latino-americanos e 6 caribenhos (232). Dos 25 países do mundo com maiores taxas de feminicídio, 14 estão localizados na América Latina e Caribe (227).

No Brasil, as pesquisas do Instituto Datafolha encomendada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) mostram uma tendência de crescimento da violência contra mulher em âmbito doméstico desde 2017. Em 2017, 29% das mulheres (16 milhões) afirmaram ter sofrido algum tipo de violência. Em 2019, esse percentual caiu para 27,4%, ou seja, 12.873 mulheres sofreram agressões diárias, o que representa 536 agressões por hora e 9 por minuto. Dentre elas, 42,6% tinham faixa etária entre 16 e 24 anos, 28,4% se declararam de cor preta, 42% sofreram a violência em casa e 76,4% foram agredidas por pessoas conhecidas. Em 2017, embora tenha sido relatada uma maior porcentagem de agressões, é importante destacar que 61% dos agressores eram conhecidos (233). Esses dados indicam que já em 2019 houve o aumento do número de mulheres que foram abusadas, agredidas e mortas por pessoas com quem elas mantinham uma relação de convívio, no âmbito doméstico e privado.

Essa tendência se intensificou em 2021, quando o cenário pandêmico e as necessárias medidas de isolamento social foram instaladas (234). Durante a pandemia do Covid-19, 17 milhões de mulheres (24,4%) sofreram violência física, psicológica ou sexual. Comparando-se com dados de 2019, houve o aumento do número de agressões no âmbito doméstico, que passou de 42,6% para 48,8%, e cresceu a participação dos companheiros, namorados e ex-companheiros nas violências (235). Aumentou o número de violência associada ao pai, irmão, irmã, padrasto, madrasta, filho e filha. Isso indica que a violência doméstica cresceu, mas

não se restringiu à violência perpetrada por parceiros íntimos. Trata-se do aumento da violência intrafamiliar em âmbito doméstico.

Uma pesquisa mais atualizada, realizada pela parceria entre Politize! e o Instituto Norberto Bobbio, criou uma série chamada Dados Pandêmicos, que analisou dados dos anos de 2020 e 2021 para expressar como a crise sanitária foi também uma crise política e econômica que colocou em evidência as desigualdades da sociedade brasileira. De acordo com Barreira e Guedes da Fonseca (236), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), a Lei Carolina Dieckmann (Lei nº 12.737/2012) e a Lei do Minuto Seguinte (Lei nº 12.845/2013) são produções legislativas significativas no combate às desigualdades de poder que estão associadas à dimensão estrutural da violência contra a mulher. Entretanto, destacam que há uma grande diferença entre a existência das leis e suas aplicações para a produção de equidade e justiça social, destacando a dificuldade em, de fato, produzir proteção efetiva (236).

Como um efeito colateral, a violência contra a mulher em períodos de pandemia no Brasil expressou uma contradição: houve a diminuição dos registros de lesão corporal dolosa, de estupro de vulnerável e de ameaça, entretanto registrou-se o aumento de 22,2% de feminicídio e 6% de homicídios de mulheres. Isso indicaria que meninas e mulheres tiveram maiores dificuldades para realizar a denúncia em função do isolamento social, por isso a redução dos registros policiais tradicionais. O isolamento social representou maior convívio com o agressor, maior manipulação física e psicológica perpetrada pelo agressor, menor rede de proteção formal e informal às meninas e mulheres (236).

No Brasil, assim como na Itália e nos Estados Unidos, houve uma redução média de 27,2% dos registros de lesão corporal dolosa, decorrente de violência doméstica, comparando-se os meses de março, abril e maio de 2019 e 2020. Os estados do Rio de Janeiro (45,9%), Maranhão (34,5%) e São Paulo (27,1%) tiveram as maiores reduções, mesmo em São Paulo, onde foi implementado o boletim de concorrência eletrônico. As mulheres tiveram dificuldades de se deslocar até a delegacia em função do isolamento social e de residirem com os agressores. Esse mesmo padrão foi verificado nos Estados Unidos, nas cidades de Chicago (23%), Austin (13%) e Chandler (18%) (218,237).

Comparando-se o período de março e abril de 2019 e 2020, houve o aumento de 22,2% dos registros de feminicídio no Brasil. Nesse mesmo período, em São Paulo esse aumento foi de 56,9%. Entretanto, no mês de maio houve uma considerável redução dos registros. Nesse sentido, considerando a comparação entre o cumulativo de março, abril e maio de 2019 e 2020, houve um aumento somente de 2,2%. Esses dados podem estar associados a dois fenômenos: ou houve a redução da violência letal contra as mulheres ou houve uma piora no registro no mês referido (238).

Desde 2018 cresce a violência sexual no Brasil. Essa violência abrange casos de estupro por conhecidos ou desconhecidos, dentro de um relacionamento ou não, sendo praticado contra mulheres, crianças e pessoas com algum tipo de incapacidade física ou mental. Estima-se que 54% das vítimas são crianças com menos de 14 anos. Esse dado é preocupante, principalmente no período da pandemia, quando elas não frequentaram a escola, local onde professores e amigos conseguem identificar a violência e denunciá-la.

No Brasil, somente 7,5% das vítimas de violência sexual notificam a polícia. Nos Estados Unidos, essa taxa varia entre 16% e 32% (239). Durante a pandemia, no período acumulado entre março e maio de 2020, em comparação com 2019, houve a redução de 50,5% dos registros de violência sexual no Brasil. Os estados em que houve as maiores reduções foram Espírito Santo (79,8%), Ceará (64,1%) e Rio de Janeiro (61,2%). Em São Paulo, essa redução foi de 21,8% e se refere mais uma vez às dificuldades de chegar até a política para denunciar, em função das medidas de isolamento social.

Caíram 26,4% dos registros de ameaças contra mulheres em maio de 2020, em comparação com 2019. No período entre março e maio houve uma redução acumulada de 32,7% em relação a 2019. Os estados com maiores reduções no período acumulado são o Rio de Janeiro (50,5%), Ceará (36,8%) e São Paulo (35,1%).

As medidas protetivas de urgência são instrumentos legais para coibir a violência, formuladas a partir da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2016). No período da pandemia, de modo geral, houve queda no número de concessões de medidas protetivas de urgência, considerando o período cumulativo entre março e maio de 2020, em comparação com 2019. Em São Paulo essa queda foi de 11,6%, no Pará foi de 12,5% no Rio de Janeiro, e de 30,1% no Acre 30,7% (238).

O Ligue - 180 Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, surgiu em 2005. Entre 2018 e 2019, houve um aumento de 5,6% das denúncias no Ligue-180, lembrando que esse contato pode ser feito por vizinhos (236). Entre 2019 e 2020, esse aumento foi de 27%. Esse dado aponta para o aumento da violência contra mulher no período da pandemia.

O Ligue - 190 é uma linha de denúncia à Política Militar disponível 24h por dia em todo território nacional. O maior número de chamadas diz respeito a violência doméstica, mas esse evento geralmente é classificado como “desinteligência”, ou seja, como um evento como som alto ou brigas de marido e mulher, como se não dissessem respeito à polícia. Nesse sentido, foi somente em 2019 que o Estado de São Paulo orientou pela criação de uma rubrica ou filtro para computação da violência doméstica. Nesse sentido, entre março de 2019 e 2020, houve um aumento de 44% dos registros (237).

No ano de 2021, em comemoração ao mês da mulher, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública publicou um documento com dados atualizados e apontou a violência como um dos principais obstáculos para o empoderamento feminino e a necessidade de políticas públicas para preservar direitos fundamentais para meninas e mulheres (240).

O documento relatou uma queda de 2,4% do número de feminicídios em comparação ao ano de 2020. Mesmo assim, os dados são alarmantes. Trata-se de uma média de uma mulher vítima de feminicídio a cada sete horas. A taxa de mortalidade por feminicídio foi de 1,22 mortes a cada cem mil mulheres, 3% menos que no ano anterior. Tocantins registrou o maior aumento (141,9%) de feminicídio, enquanto o Amapá registrou a maior queda (56,3%).

Considerando os dados mensais, houve um aumento dos casos entre fevereiro e maio de 2020, período em que houve maior restrição nas medidas de isolamento social. Com uma média mensal de 110 feminicídios, tendo as menores taxas os estados de São Paulo (0,6), Ceará (0,7), Amazonas (0,8), Rio de Janeiro (0,9), Amapá (0,9), Rio Grande do Norte (1,1) e Bahia (1,1). Isso é um indicativo de registro precário do fenômeno (240). Os estados que tiveram maiores taxas de feminicídio foram Tocantins (2,7), Acre (2,7), Mato Grosso do Sul (2,6), Mato Grosso (2,5) e Piauí (2,2). O estado de São Paulo registrou um decréscimo significativo (-24,5%), junto com

outros estados, como Roraima (-55,6%), Amapá (-55,6%), Mato Grosso (-30,6%), Alagoas (-28,6%), Bahia (-22,8%), Paraíba (-14,3%), Mato Grosso do Sul (-14%), Maranhão (-13,8%), Santa Catarina (-3,5%) e Pará (-1,5%).

Quanto aos casos de violência sexual, comparando o primeiro semestre de 2020 a 2019, houve uma redução dos registros. Comparando o primeiro semestre de 2021 com 2020, houve um aumento de 9,5%. Nos primeiros meses da pandemia, houve uma forte queda dos registros. Em abril de 2020, observou-se o menor número de registros, o que coincide com o mês da intensificação das medidas de isolamento social.

Considerando os dados coletados nas 27 federações do país, “a taxa média de estupros e estupros de vulneráveis foi de 51,8 para cada cem mil habitantes do sexo feminino no país”. Alguns estados ficaram acima da média nacional em 2021: Piauí (56,7), Rio Grande do Sul (59,5), Pará (68,6), Goiás (71,8), Paraná (85,4), Santa Catarina (90,0), Tocantins (90,5) e Mato Grosso (97,4). As piores taxas foram registradas em Rondônia (102.3), Amapá (107,7), Mato Grosso do Sul (129,7) e Roraima (240).

Houve o crescimento dos registros de estupro principalmente na Paraíba (111,3%), Maranhão (46,3%), Alagoas (23,5%), Piauí (19,3%), Sergipe (19%) e Rio Grande do Norte (16,9%). Houve redução desses registros em Distrito Federal (-23,1%), Amazonas (-14,3%), Espírito Santo (-5,9%), Santa Catarina (-5,2%). Pernambuco (-4,3%), Rondônia (-1,2%), Mato Grosso (-1,0%) e Minas Gerais (-0,4%) (240).

Dando continuidade à série de dados produzidos pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública a respeito da violência contra meninas e mulheres no primeiro semestre de 2022, identificamos atualizações sobre o feminicídio e a violência sexual. É importante lembrar que a Lei nº 13.104/2015 qualifica como homicídio “decorrente de violência doméstica e familiar em ração da condição de sexo feminino, em razão de menosprezo à condição feminina, e em ração de discriminação à condição feminina” (241,242). Nesse sentido, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2021, das vítimas de feminicídio, a maioria (68,7%) tinha entre 18 e 44 anos, a maioria (62%) era negra e a maioria (81,7%) foi morta pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo (243).

Os registros da Polícia Civil que foram classificados como feminicídios, no primeiro semestre de 2022, computaram que 699 mulheres foram vítimas, uma média de quatro mulheres por dia. Isso representa um aumento de 3,2% em relação ao mesmo período em 2021. O aumento contínuo de mortes de mulheres em razão do gênero tem sido registrado desde 2019. Por isso, há a urgência na priorização de políticas públicas para prevenção e enfrentamento da violência de gênero (241). Mas, não foi isso que ocorreu. Houve a redução drástica de recursos investidos pelo Governo Federal para o enfrentamento da violência.

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) relatou que “em 2022 ocorreu a menor alocação orçamentária da gestão Bolsonaro para o enfrentamento da violência contra mulheres” (244). Trata-se de “R$5 milhões para esta rubrica e cerca de R$8,6 milhões destinados a Casa da Mulher Brasileira” (244). O desinvestimento de recursos reflete uma mudança substancial na compreensão do Governo Federal, que “priorizou uma visão familista ao criar o Ministério da Família e dos Direitos Humanos e o esvaziamento total da compreensão de gênero como eixo orientador das políticas públicas” (241).

O novo governo, segundo o documento, tem como desafios: a) reestruturar a compreensão sobre desigualdade de gênero e poder como pontos fundamentais no entendimento da violência sofrida por meninas e mulheres, cis, trans e travestis, pois na legislação Maria da Penha há hoje a legitimidade de que “o termo mulher não se restringe ao conceito biológico, mas jurídico, o que inclui a pessoa com identidade de gênero [...] e não ao órgão sexual [...] o que foi terminantemente ignorado pela gestão Bolsonaro” (241); e b) implementar e aperfeiçoar instrumentos como o Plano Nacional de Enfrentamento do Feminicídio (245), o Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra Mulher na Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, Sistema Único de Segurança Pública (246,247) e a Política Nacional de Dados e Informações (PNAINFO) (248), para definir orçamento mínimo de 5% e sistematizar e publicar periodicamente dados sobre a violência baseada em gênero.

Quanto aos registros de estupro e estupro de vulnerável, houve o crescimento de 12,5% no primeiro semestre de 2022. São 29.285 vítimas, isto é, um estupro a cada nove minutos. A queda de 15,6% registrada entre 2019 e 2020 estava associada às restrições impostas pela pandemia do Covid-19, haja vista as claras limitações para

realização de corpo delito nas vítimas. Mais uma vez, no período mais intenso de restrições da pandemia, houve a diminuição do acesso às delegacias e demais serviços, fatores que afetaram negativamente a proteção de meninas e mulheres (241).

Considerando os dados da décima sexta edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o perfil das vítimas dos registros de estupro e estupro de vulnerável no Brasil em 2021 foram: ser do sexo feminino (88,2%), vulnerável ou incapaz de consentir — menores de 14 anos ou pessoas com deficiência mental (75,5%) —, ter entre 10 e 13 anos (31,7%), predominantemente da cor branca (46,9%), sendo que o autor era conhecido da vítima (79,6%) (243). Comparando o primeiro semestre de 2021 e de 2022, podemos perceber o aumento de estupros na Paraíba (110,3%), Roraima (51%), no Espírito Santo (34,9%). Houve, por outro lado, queda nos registros em Santa Catarina (-36,4%), Mato Grosso do Sul (-19,7%) e Alagoas (-16,2%). É importante lembrar que esses dados são ainda maiores se pensarmos na subnotificação. O relatório de Vitimização Criminal publicado em setembro de 2022 pelo Departamento de Justiça dos EUA, referente ao ano de 2021, identificou uma taxa de notificação de 21,5%. No Brasil, não há dados para estimar a subnotificação (241). É uma missão do Governo Federal priorizar o “enfrentamento da violência contra meninas e mulheres, destinando recursos materiais, financeiros e humanos” (241).

2.3. Distribuição desigual da violência nas populações

Considerando os dados que foram apresentados, é possível observar que a exposição a violência se distribui de forma desigual nas populações. Há diversos fatores que provocam riscos diferenciados em função da escolaridade, idade, sexo e etnia (249). Por exemplo, há indicativo de maior exposição à violência nas comunidades com menor poder aquisitivo e nas quais a violência é vivenciada como forma legítima de resolver conflitos (23,250). Há uma vasta literatura nacional e internacional indicando também que a adolescência é um período de maior desproteção social em relação à exposição à violência (4,251,252,253,254,255,256,257).

Já é comprovado que a *exposição direta à violência* danifica a saúde e o desenvolvimento de crianças e adolescentes expostos aos maus-tratos emocionais e físicos, abuso sexual, negligência, exploração do trabalho infantil, dentre outras situações que ameaçam a integridade e a possibilidade de sobrevivência e dignidade (258). A exposição direta à violência também está associada à depressão, abuso de substâncias, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, doenças sexualmente transmissíveis, artrite, cardiopatias, hipertensão e sofrimento psíquico de mulheres na fase adulta (259).

No Brasil há mais estudos sobre a exposição direta (vítimas) do que indireta à violência (testemunhas) (4). Os estudos sobre a exposição indireta abordam situações de *bullying* e a violência conjugal (257,260,261,262,263). Na China, identificou-se que a exposição indireta do público infanto-juvenil está associada à depressão (264). Nos EUA, a exposição indireta na família, escola ou comunidade esteve associada à depressão e agressividade (265). Outros estudos reforçam que a exposição indireta à violência é um fator de risco para o desenvolvimento humano (266).

A nosso ver, a exposição à violência se relaciona com a construção de um estado de desamparo permanente nas minorias da população, que, desassistidas em suas necessidades, sofrem e adoecem psiquicamente (267). Porém, os danos e as consequências da violência, por vezes, não são associadas ao contexto que as produz (117,268), em função de certo enquadramento ideológico que as naturaliza (269). De forma difusa e sutil, a exposição à violência estrutural se traduzirá no adoecimento psíquico, caracterizado por quadros de depressão, ansiedade, estafa, *burnout* (270).

No neoliberalismo, o estilo de vida individualista fomenta o incômodo com as pequenas diferenças — o Outro virou uma ameaça (254,271) — e esse funcionamento tem trazido adoecimento psíquico (272). Superar essa condição é fundamental para o rompimento do ciclo de violência (22). Uma saída possível seria a implementação de tecnologias psicossociais capazes de “valorizar a importância da escuta como um tratamento social e psicológico dos conflitos, mas também como uma forma de tornar a experiência humana mais rica e interessante” (273).

> Para que serve compreender o que nos causa horror? Para, ao estudarmos suas causas, tornarmo-nos capazes de preveni-lo através de políticas públicas inteligentes, legítimas e eficazes, que evitem reproduzir nelas mesmas o círculo vicioso da própria violência. [...] (274).

2.4. Público prioritário para ações de prevenção e enfrentamento da violência: crianças, adolescentes e mulheres

Em contextos de desamparo social, como em crises humanitárias ou políticas, as crianças, os/as adolescentes e as mulheres são as pessoas mais afetadas e as quais correm mais risco de sofrer violência sexual ou perpetrada por parceiro íntimo (5). Há um esforço internacional em oferecer orientações claras aos países para qualificar o atendimento de crianças, adolescentes e mulheres em contextos de colapso da proteção social. Abordam-se os procedimentos de identificação e cuidado, incluindo a pertinência da atenção psicossocial e em saúde mental (5). As reações psicossomáticas à exposição à violência em contextos de colapso da proteção social incluem o estresse agudo, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, distúrbios de sono, uso de substâncias, automutilação, comportamentos e ideação suicida, e ainda se têm que lidar com o estigma e a rejeição familiar e comunitária (5).

Poucas pessoas expostas à violência têm acesso aos programas e serviços de que precisam ou gostariam ara se sentirem cuidadas (275). Diante dessa constatação, há orientações claras sobre a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde para o enfrentamento e prevenção da violência contra o público infanto-juvenil e mulheres. É necessário considerar a invisibilidade histórica desse público, a alta carga de violência direcionada a ele e as violências e iniquidades socialmente aceitas e dirigidas às crianças, adolescentes e mulheres, além das consequências negativas para a vida toda, incluindo riscos em saúde e a perpetração da violência vivida (275). Entretanto, embora haja um acúmulo de evidências sobre a prevalência da violência contra mulheres, meninas e crianças, estamos em estágios iniciais na construção de evidências sobre tecnologias de cuidado adequado para prevenir e enfrentar a violência (275).

Os sobreviventes das ações violentas podem conviver com as lesões não fatais e crônicas e com sequelas no âmbito da saúde mental, como a ideação suicida, ou

ainda perpetuar o ciclo de violência interpessoal (gênero, sexual, física) e coletiva (guerras, conflitos civis etc.) (259). Dentre as estratégias de prevenção, a OMS (276) destaca: desenvolver relações seguras, estáveis e estimulantes entre crianças e pais ou responsáveis; desenvolver habilidades para a vida em crianças e adolescentes; reduzir o acesso e o uso abusivo de álcool; reduzir o acesso às armas e pesticidas; promover a igualdade de gênero; modificar as normas culturais e sociais que apoiam a violência; desenvolver programas de identificação, atenção e apoio às vítimas.

A existência de programas que identificam e apoiam as pessoas expostas à violência interpessoal é um fator de proteção à saúde capaz de interromper os ciclos de violência (276). Provas de eficácia estão surgindo para as seguintes intervenções: ferramentas de triagem para identificar vítimas de violência por parceiro íntimo e encaminhá-las para serviços apropriados; intervenções psicossociais — como terapia cognitivo-comportamental com foco no trauma — para reduzir problemas de saúde mental associados à violência, incluindo transtorno de estresse pós-traumático; e ordens de proteção que proíbem o perpetrador de contatar a vítima, para reduzir a repetida vitimização praticada pelo parceiro íntimo.

3. INTERVENÇÕES COMPLEXAS

A experiência da complexidade está presente na saúde pública. Uma perspectiva sistêmica, dinâmica e relacional confronta os meios tradicionais de resolver os problemas. Se antes a saúde pública buscava controlar doenças infecciosas isolando a causa (o organismo estranho), hoje mesmo as epidemias têm fronteiras mais confusas. Busca-se uma visão integral, multiprofissional e baseada nas evidências para lidar com os problemas de saúde, mas, ao mesmo tempo, assume-se que a imprevisibilidade e os paradoxos estão sempre presentes (277).

Fazer saúde é lidar com sistemas adaptativos complexos (277). Os autores definem que nos sistemas adaptativos complexos há agentes individuais com liberdade para agir de maneiras nem sempre previsíveis, com ações interconectadas que mudam o contexto para outros agentes. Os agentes participam de diferentes sistemas ao mesmo tempo, transitando entre limites difusos. Os agentes agem conforme regras internas, nem sempre compartilhadas, explícitas ou lógicas, sendo que as próprias regras internas não são fixas.

Então, os agentes e os sistemas são adaptativos, ou seja, podem mudar o comportamento ao longo do tempo. Cada agente e cada sistema estão interconectados e não é possível compreender completamente nenhum deles sem fazer referência aos outros, o que complica a resolução de problemas em saúde. Nesse sentido, na teoria da complexidade é preciso compreender que os agentes e os sistemas coevoluem. O campo de tensão e os paradoxos inerente à interação são valorizados, porque levam ao desenvolvimento de novos comportamentos, continuamente emergentes. Trata-se de uma evolução não linear, imprevisível, mas que vai ao encontro da auto-organização (277).

A violência é considerada um problema complexo que beira o caos (278). Os sistemas que a fomentam e a fazem prosperar são adaptativos e complexos. Essa dinâmica de complexidade, descrita anteriormente, permeia as múltiplas situações em que a exposição à violência ocorre. Os agentes que vivenciam a experiência da violação de direitos transitam por múltiplos papéis sociais. Além disso, reconhecemos a existência de sistemas de opressão e exclusão, cujos limites são muitas vezes difusos.

Inúmeras situações de desproteção social e risco são perpetrados pelo Estado em função dos aspectos de gênero, raça/cor, classe social, orientação sexual, escolaridade, religião, configuração familiar, dentre outros. É a ruptura do contrato social perpetrada pelo próprio Estado, aquele que se intitula como protetor da “família”. Por outro lado, as famílias em suas diferentes configurações repetem a violência sofrida utilizando castigos físicos, expondo seus membros a situações vexatórias, negligenciando cuidados, sustentando discriminações, dentre outros modos de fazer operar a engrenagem da transmissão das experiências de opressão vividas.

A transmissão transgeracional da violência, feita muitas vezes de forma inconsciente, fomenta ações sustentadas por regras internas. Mas, esses modelos nem sempre lógicos expressam paradoxos e a tensão inerente às situações de violência. Compreendemos, portanto, que a construção de dispositivos de cuidado-proteção às crianças, adolescentes e mulheres expostos à violência é um fazer complexo, que requer intervenções complexas, não lineares, capazes de produzir mudanças no sistema e nos agentes, de forma contínua, ao encontro da elaboração e da auto-organização (277).

Como sugerimos anteriormente, as violências se distribuem na população em função da raça, do gênero e das classes sociais. Permeia a complexidade o fato de que a violência traz repercussões psicossociais e é um fator para mortalidade, incapacidade e adoecimento (278). Nesse sentido, inúmeras relações se estabelecem para a ocorrência e manutenção das situações de violência (277). Esse fato exige o reconhecimento da existência dos sistemas de opressão que produzem e mantêm as desigualdades sociais por meio das relações de poder, da estigmatização e da hierarquização da diferenciação social (279,280,281).

Uma intervenção complexa, portanto, é aquela que assume múltiplos componentes, independentes ou interdependentes entre si, com objetivo de modificar ou inserir novos hábitos e comportamentos na população. São intervenções especialmente utilizadas na solução de questões de saúde pública que agenciam múltiplas estratégias de enfrentamento, como tabagismo, obesidade, violência, dentre outras (282).

Um estudo controlado randomizado realizou a implementação do programa “Identification and Referral to Improve Safety” (IRIS) em quatro regiões do Reino Unido. O IRIS foi definido como uma intervenção complexa para melhorar a resposta de saúde diante da violência doméstica e abuso (VDA) contra mulheres. Foram coletados dados quantitativos e qualitativos, os quais foram interpretados à luz da ciência de implementação por meio dos construtos fidelidade, adaptação e alcance e da Teoria do Processo de Normalização (TPN). No período de um ano, as 24 práticas associadas à intervenção registraram 223 encaminhamentos para apoio jurídico contra as 24 práticas de controle, que registraram 12 encaminhamentos. Ao final do estudo, as práticas de intervenção registraram 641 revelações de VDA, enquanto as práticas de controle registraram 236 (283). A complexidade do IRIS consiste na ampla articulação entre os serviços de saúde e os serviços especializados em violência, para facilitar a revelação, a segurança, o apoio, o encaminhamento, o acesso aos serviços médicos, possibilitando às mulheres expostas à VDA a promoção de saúde, de segurança e de bem-estar (284).

Um estudo pragmático, randomizado e controlado realizou a implementação de um protocolo de triagem para violência familiar (VF) em oito equipes de enfermagem em serviços de Saúde Materno-Infantil (MCH) na região metropolitana de Melbourne, Victoria, Austrália. Esse serviço presta cuidados para famílias com crianças de zero a seis anos. Considerando os parâmetros nacionais que identificaram a VF como um grande problema de saúde pública, o governo local recomendou o protocolo de triagem nos MCH. Esse estudo utilizou a TPN para compreender as barreiras e os facilitadores da implementação, analisando os dados tematicamente e mapeando os construtos da TPN (coerência, participação cognitiva, ação coletiva e monitoramento reflexivo). Houve o engajamento das equipes de enfermagem no uso da ferramenta de triagem da VF, principalmente pelo incentivo do governo (coerência e participação cognitiva), o que melhorou o trabalho no MCH (ação coletiva). O estudo concluiu que o sucesso da implementação se deu em função do contexto das consultas de saúde da mulher, considerando uma lista de verificação de saúde e bem-estar, da melhoria do vínculo com esses serviços e da valorização permanente do trabalho do enfermeiro, incluído no modelo de gerenciamento da VF (285).

Outro estudo parcialmente randomizado controlado de base populacional, multinível e multi-intervenção, incluiu 24 comunidades participantes representando a África do Sul, Moçambique, Egito, Zâmbia, Uganda, Bangladesh, Malásia e Austrália na implementação do programa “Comunidades Seguras”. É um programa de prevenção de violência e maus-tratos contra crianças, considerando um conjunto de ações ecológicas para reduzir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção nos indivíduos, na escola, entre pares, na família, nas comunidades e na sociedade como um todo. O estudo conclui que base de evidências em apoio a tais programas está subdesenvolvida (286).

Essas intervenções complexas foram elaboradas a partir de evidências e parâmetros que veem sendo afirmados como consenso global (284,285,286). A OMS (27,287), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (241,288) e inúmeras literaturas nacionais e internacionais (289,290,291,292,293,294,295,296) reconhecem a violência como fenômeno multideterminado e, portanto, objeto de investimento intersetorial, multidisciplinar e multiprofissional. Essas organizações reconhecem as sérias repercussões psicossociais, econômicas e culturais e sugerem linhas de atuação para que ações de prevenção e combate sejam feitas, mas especialmente, considerando públicos prioritários: crianças, adolescentes e mulheres.

3.1. Interseccionalidade: ferramenta analítica crucial para intervenções complexas no âmbito das violências

O movimento Black Feminism surgiu como uma resposta à exclusão das mulheres negras tanto do movimento feminista hegemônico quanto do movimento negro (297). As mulheres negras sentiam que suas experiências e lutas específicas, que incluíam tanto o racismo quanto o sexismo, não estavam sendo adequadamente representadas ou abordadas (297,298,299).

O termo “interseccionalidade” foi cunhado pela jurista Kimberlé Crenshaw em 1989. A interseccionalidade é um conceito que descreve a forma como diversas minorias podem sofrer de mais de uma discriminação de uma vez. Mulheres negras sofrem preconceito devido à raça e devido ao gênero, esse preconceito está tão

implícito e unido que é difícil separar o que é racismo e o que é misoginia (297,298,299,300,301,302).

A interseccionalidade tornou-se uma parte fundamental do feminismo negro, pois reconhece que as opressões de raça, gênero e classe estão interligadas. Isso significa que a experiência de ser uma mulher negra não pode ser entendida em termos de ser negro e de ser uma mulher, separadamente, mas deve incluir as interações, que frequentemente se reforçam mutuamente (297,298,299,303,304,305).

Portanto, o feminismo negro e a interseccionalidade estão intrinsecamente ligados. O feminismo negro busca centralizar e explorar as experiências de mulheres negras, levando em conta a posição do racismo, sexismo e classicismo na vida de mulheres negras ou não brancas (297,298,299,305).

A interseccionalidade é uma ferramenta analítica crucial para o desenvolvimento de intervenções complexas no âmbito das violências por possibilitar a compreensão das múltiplas opressões, a visibilidade das experiências marginalizadas, o desenvolvimento de intervenções eficazes e a promoção dos Direitos Humanos. Dessa forma, ela tornaria possível abordar a violência em toda a sua complexidade (297,298,299,301,306).

A intersecionalidade ajuda a capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Isso significa que ela não vê os marcadores de identidade (como raça, gênero, classe etc.) de forma isolada, mas sim, abraça a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios. Portanto, sem referência à intersecionalidade, pode-se perder a visão das camadas complexas das relações sociais e das condições específicas que decorrem desses cruzamentos (297,298,299,300,307,308,309).

Por exemplo, ao abordar a violência contra as mulheres, a intersecionalidade permite uma compreensão mais rica das experiências individuais, levando em conta como a raça, a classe, a orientação sexual e outros fatores podem afetar a maneira como a violência é vivenciada e perpetuada (297,298,299,310).

A interseccionalidade reconhece que as pessoas podem enfrentar múltiplas formas de opressão simultaneamente, como racismo, sexismo, classismo, entre outros. Isso permite uma compreensão mais profunda e completa das experiências individuais de violência. Além disso, ela ajuda a trazer à luz as experiências de grupos

que podem ser negligenciados ou invisibilizados em abordagens mais tradicionais. Isso é essencial para garantir que todas as formas de violência sejam reconhecidas e abordadas (297,298,299,300,311).

Ao levar em conta a interseccionalidade, as intervenções podem ser projetadas para abordar as formas específicas e únicas pelas quais diferentes grupos experimentam a violência. Isso pode levar a intervenções mais eficazes e inclusivas, tendo, portanto, grande potencial analítico para a concretização de soluções de problemas muitas vezes invisibilizados pela restrição do acesso aos Direitos Humanos (297,298,299,300,301,311).

Elas utilizaram um enfoque integrado para reconhecer a multiplicidade dos sistemas de opressão e compreender como essas engrenagens operam para produzir e manter as desigualdades sociais, por meio da estigmatização, hierarquização e diferenciação social em função de categorias como sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual (279,280,281,297,298,299).

3.2. Prevenção e enfrentamento da violência contra crianças, adolescentes e mulheres

Considerando o aumento significativo da violência doméstica e familiar durante a pandemia do Covid-19, as experiências dos diferentes países parecem indicar linhas de atuação gerais, importantes para a prevenção e enfrentamento da violência contra crianças, adolescentes e mulheres, mesmo após a crise sanitária: a) variar canais de denúncias, por telefone ou *online*, e incluir serviços essenciais como ponto de referência (farmácias e supermercados); b) criar canais de comunicação por meio dos quais vizinhos e familiares possam fazer denúncias; c) divulgar maciçamente serviços de proteção e encorajar a sociedade a denunciar; d) reforçar as redes formais entre o setor público e a sociedade civil para apoiar as mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e familiar; e) capacitar comércios para prestar informação e apoio para propiciar o contato com as autoridades; f) sensibilizar as vizinhanças em condomínio fechado para que interfiram em situações de violência.

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde publicou um documento traduzido para português como “Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro

íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência". Trata-se de um conjunto de orientações baseadas em evidências de alta qualidade a respeito de programas de apoio e defesa de direitos que, articulados com a rede de serviços de base comunitária, são capazes de prover aconselhamento, planejamento de medidas protetivas e encaminhamentos para instâncias de segurança e, por consequência, reduzir os danos associados à vitimização por violência (287).

Reconhece-se que as ações de prevenção à violência sexual e a praticada por parceiro íntimo afetam a todos. Embora as mulheres geralmente estejam mais expostas do que os homens, que são perpetradores, romper o ciclo da violência é impedir a continuidade dela através de gerações (287), protegendo inclusive crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos. Construir estratégias de prevenção e proteção é um esforço intersetorial perpassado por uma perspectiva descritiva do problema, identificando fatores de risco e proteção com evidência científica e incentivando a implementação de políticas e programas, com mecanismos de monitoramento e avaliação.

Os fatores de risco e proteção precisam ser considerados para a implementação de uma intervenção adequada, em uma perspectiva ecológica, levando em conta as dimensões individual (fatores biológicos e histórico pessoal), relacional (relacionamento com pares, parceiros íntimos e núcleo familiar, que configuram o círculo social, capaz de modelar o comportamento e as experiências), comunitária (características do ambiente escolar, de trabalho, na vizinhança que podem configurar relações de risco) e social (preconceito ou discriminação em função de gênero, valores e crenças religiosas ou culturais, normativas sociais e políticas socioeconômicas que constroem e/ou mantém diferenças e tensões) (289).

De modo geral, as intervenções propostas para o rompimento do ciclo de violência se concentram nos níveis individuais e relacionais do modelo ecológico. As intervenções com crianças e adolescentes que vivenciaram maus-tratos infantis ou foram expostos à violência por parceiro íntimo são fundamentais para o rompimento do ciclo de violência, considerando que esse público tem maior risco de perpetrar ou revitimizar-se nessas situações em suas vidas (287). Entretanto, são raras as evidências da eficácia das intervenções.

A prioridade, hoje, tem sido adaptar programas originalmente criados em países de alta renda para aqueles que estão em desenvolvimento ou são de baixa renda, buscando o refinamento nos programas de prevenção primária, a avaliação de dados e a elaboração de estratégias para contextos com poucos recursos (287), construindo uma sólida base de evidências. Por isso, a prioridade geral é suprir essa lacuna com pesquisas que possam descrever e evidenciar estratégias favoráveis para a implementação de programas voltados para crianças, adolescentes e mulheres expostos à violência, motivando os elaboradores de políticas a “explicitar a base de seus programas em marcos teóricos e modelos de mudança de comportamento para permitir a identificação dos mecanismos subjacentes e tornar mais fácil sua replicação” (287).

3.3. Estratégias e programas de prevenção primária para violência perpetrada por parceiro íntimo, sexual e maus-tratos por ciclo de vida

Os resultados observados para a mensuração da eficácia de ações de prevenção contra a violência se concentram em três pilares: a) mudanças no comportamento, no conhecimento e nas crenças (evidências mais fracas porque isso não significa que haverá mudança no comportamento de violência); b) reduções na perpetração da violência; c) redução na experiência de violência. Nesse sentido, a compreensão da eficácia depende de pesquisas posteriores demonstrando reduções efetivas da violência (287).

Considerando esses pilares, podemos classificar as estratégias e programas empenhados na prevenção da violência em: **eficaz** (sustentado por múltiplos estudos bem desenhados), **evidência emergente** (sustentado por um estudo bem elaborado ou estudos mostrando mudanças positivas no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência), **eficácia não clara** (evidências não suficientes ou evidências divergentes), **evidência de ineficácia emergente** (estudos bem elaborados mostram a falta de prevenção ou a ausência de mudanças no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência), **ineficaz** (múltiplos estudos bem desenhados mostram a falta de prevenção da perpetração da violência) e, por fim, as ações **provavelmente nocivas** (pelo menos um estudo bem

desenhado mostra o aumento da perpetração e/ou experiência de violência, mudanças negativas no conhecimento, nas atitudes ou crenças relacionadas a violência) (287).

3.3.1. Infância e início da adolescência

Dentre os programas e estratégias realizados durante a infância e início da adolescência, não há evidências claras quanto às intervenções com sujeitos expostos a maus-tratos infantis e/ou expostos à violência perpetrada por parceiro íntimo, nem quanto ao treinamento nas escolas para ajudar as crianças a reconhecerem e evitarem potenciais situações sexualmente abusivas (287).

Quanto aos programas e estratégias destinados à adolescência e aos primeiros anos da vida adulta, identificaram-se como eficazes aqueles que abordam nas escolas a prevenção da violência em relações de namoro. Os programas de prevenção da violência sexual para escolares e colegiais foi considerado com eficácia não clara, enquanto programas de conscientização e conhecimento do estupro para populações escolares e colegiais têm sido apontado como emergência de ineficácia existente. É compreendido como ineficazes os programas de educação (ao invés de treinamento de habilidades) para autodefesa em escolares e colegiais. Os programas de prevenção ao estupro com estratégias de enfrentamento são considerados provavelmente nocivos (287).

No que tange às ações experimentadas durante a vida adulta, foram consideradas de eficácia não clara as abordagens participativas e de empoderamento para a abordagem das desigualdades de gênero (treinamento sobre microcrédito e igualdade de gênero), abordagens participativas e de empoderamento para a resolução das desigualdades de gênero (treinamento das capacidades de comunicação e relacionamento) e programas de visita domiciliar com componente de violência praticado por parceiro íntimo (287).

Alguns programas são realizados em todas as etapas da vida, mas foram considerados de eficácia não clara, como redução do acesso e do uso nocivo de álcool, mudança das normas sociais e culturais de gênero através do uso das normas sociais, mudanças das normas sociais e culturais de gênero através de campanhas

de conscientização da mídia e mudança das normas sociais e culturais de gênero através de trabalho com homens e meninos (287).

Embora sem efetividade clara, foram consideradas estratégias com potencial de prevenção primária da violência praticada pelo parceiro íntimo e da violência sexual os programas de visita domiciliar para prevenção de maus-tratos infantis, educação dos pais para a prevenção de maus-tratos infantis, melhoras da saúde mental materna, identificação e tratamento de transtornos emocionais e de conduta, desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais nas escolas e programas de prevenção contra o *bullying*, programas com diversos componentes de prevenção da violência nas escolas, programa com diversos componentes nas Forças Aéreas dos Estados Unidos para prevenção do suicídio e abordagens participativas e de empoderamento para lidar com a desigualdade de gênero (287).

Considerando que a exposição aos maus-tratos infantis pode aumentar o risco de perpetração ou vitimização por violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo, é significativo o esforço para preveni-los (290). Reduzir a exposição aos maus-tratos pode contribuir para a diminuição da transmissão intergeracional da violência e do abuso (312). Estudos indicam que a visita domiciliar e educação de pais são ações promissoras (287,291).

As ações que visam a melhora da saúde mental materna, como a detecção precoce da depressão pré e pós-parto, o fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária, psicoterapia e medicamentos, são promissoras para a redução da violência sexual e pelo parceiro íntimo (313,314). A construção de bons vínculos e apego pode sofrer interferências diante da depressão materna e essa fragilidade aumenta em até cinco vezes o risco de transtornos emocionais ou de conduta persistente em crianças (287,315).

Os transtornos de conduta na infância e adolescência são precursores do transtorno de personalidade antissocial, ao qual podemos associar maiores riscos de perpetuação ou vivência de violência (315). Mas, não há evidências claras de que a identificação e o tratamento de transtornos emocionais e de conduta em crianças sejam ações efetivas para a redução dos índices de violência sexual ou perpetrada por parceiro íntimo na adolescência ou na vida adulta (287).

As intervenções com crianças e adolescentes submetidos a maus-tratos infantis e ou expostos à violência perpetrada pelo parceiro íntimo são particularmente importantes. Skowron e Reinemann (316) realizaram uma meta-análise na qual estudaram 21 programas de intervenção psicológica para crianças e adolescentes que sofreram maus-tratos. Onze estudos foram considerados experimentais. Os autores identificaram que 71% das crianças tratadas apresentaram melhoras em relação às não tratadas. O Projeto de Relacionamento de Jovens realizou um ensaio randomizado e identificou uma redução na perpetração de abuso físico e emocional no namoro de adolescentes (317). Nesse sentido, essas estratégias possuem evidências emergentes de que pode prevenir violência perpetrada pelo parceiro íntimo (287).

Considerando que fatores como impulsividade, pouca empatia e poucas capacidades sociais são fatores de risco individuais para a perpetração ou vivência de violência, programas que dão ênfase ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentos pró-sociais e emocionais são estratégias promissoras para a prevenção da violência. Trata-se de programas de treinamento para o gerenciamento da raiva, exercício da empatia, da perspectiva e da resolução não violenta de conflitos. Há fortes evidências de que esses programas são eficazes na redução da violência juvenil (287,318).

Os programas escolares que buscam ensinar as crianças a reconhecerem e evitarem situações de abuso sexual têm efetividade controversa na prevenção (292,293). Compreende-se que essa estratégia é eficaz no fortalecimento do conhecimento e comportamentos protetivos, mas não há evidências de sua efetividade na redução da ocorrência da violência sexual (291). São importantes pesquisas que mensuram o impacto dessas ações a longo prazo na recorrência do abuso sexual (287,319).

Estudos indicam a efetividade de programas sobre a redução do *bullying* (320,321), tanto para a perpetração (redução de 20-23%) quanto para a vitimização (17-20%) (322). Por alguns autores apontarem a associação entre o *bullying* e o assédio sexual, nos EUA são desenvolvidas ações de prevenção com crianças de nível fundamental e médio (323). Entretanto, não há evidências claras de que ações

de prevenção do *bullying* reduzem os índices de perpetração e vivências de violência sexual e pelo parceiro íntimo (287).

3.3.2. Adolescência e início da vida adulta

Há alguns programas voltados para o período da adolescência e o início da vida adulta, por meio dos quais são realizadas ações nas escolas para a prevenção da violência no namoro (287). Tais estratégias são as mais avaliadas, incluindo cinco ensaios randomizados (294), e tomam como ênfase as primeiras relações sexuais. As vivências de violência no namoro são fatores de risco para a ocorrência de violência praticada pelo parceiro íntimo na vida adulta (295) e estão associadas ao sexo não seguro, ao uso de substâncias e às tentativas de suicídio (296). Por isso, ações de prevenção da violência no namoro têm potencial preventivo da violência sexual e por parceiro íntimo (290).

O programa “Namoros Seguros” obteve efeitos positivos nas quatro avaliações publicadas (324,325,326,327), no qual se analisaram a prevenção ou redução da perpetração e a vitimização em quatro intervalos sequenciais de acompanhamento. Identificou-se a redução da perpetração da violência psicológica, física e sexual, mas as experiências de abuso psicológico não. Atribuiu-se como resultado a mudança nas normas sobre violência no namoro, dos papéis de gênero e dos serviços comunitários. A intervenção teve maior impacto sobre a prevenção primária do que a revitimização (294,325,326,328).

O programa “O quarto R: habilidades para as relações juvenis” contou com a participação de 1.700 estudantes (14-15 anos) de vinte escolas públicas canadenses. Realizaram-se 21 aulas sobre habilidades de relacionamento saudável e não violento. O custo médio da intervenção foi de dezesseis dólares canadenses por participantes. Identificou uma diferença nas taxas de violência física no namoro (autodeclarado) de 2,4% entre o grupo acompanhado (7,4%) e o grupo controle (9,8%). Essa redução foi observada nos meninos (7,1% nos controles e 2,7% nos participantes da intervenção), mas não em meninas (12,1% nos controles e 11,9% nos participantes da intervenção) (296).

Outro programa avaliado foi o “Projeto Relações Juvenis”, realizado em escolas canadenses com jovens (14-16 anos) e que deu ênfase ao desenvolvimento de relações saudáveis e não abusivas, treinando habilidades para lidar com conflitos e aprimorar a comunicação. Um ensaio randomizado controlado indicou a redução de situações de abuso físico e emocional e sintomas de sofrimento emocional no seguimento dos casos após dezesseis meses da intervenção (317).

Os programas citados quanto à violência no namoro tiveram metodologias avaliativas que indicam a emergência de evidências sobre a efetividade para a mudança dos conhecimentos e atitudes, mas não se sabe ao certo o quanto isso pode gerar mudanças respectivas no comportamento (329). Por isso, pesquisas complementares são fundamentais para compreender a dinâmica da violência, principalmente nos contextos dos países em desenvolvimento (287).

As escolas que adotaram a implementação de programas compreensivos, que envolvem treinamento de professores no manejo de comportamento, educação parental e mediação por pares, associado à participação comunitária, conseguiram reduzir a violência em 15%. Trata-se de resultados em torno de *bullying* e violência juvenil (330,331,332). Entretanto, tais programas não têm evidências de efetividade claras.

Uma análise sistemática (333) de cinquenta estudos relatou que a implementação de programas de prevenção de violência sexual para estudantes universitários, de nível médio e fundamental produziu, em sete estudos (14%), efeitos positivos no comportamento e nas atitudes. Quarenta estudos (80%) identificaram efeitos divergentes e três (6%) não identificaram efeitos. Concluiu-se que não há evidências claras de que a intervenção produziu uma redução da violência (333). Outra revisão sistemática (334) a esse respeito encontrou pouca evidência sobre a eficácia desses programas para o reconhecimento cognitivo-emocional do trauma do estupro ou conscientização do estupro. Novamente, identificou-se que a abordagem de oferecer informações sobre os mitos do estupro não gera uma mudança de comportamento ou empatia com as vítimas (335).

Semelhantemente, oferecer o ensino de estratégias de autodefesa a mulheres para o confronto pessoal é uma abordagem questionável e potencialmente nociva em algumas situações (335,336). A autodefesa não reduz o risco de agressão sexual

(337,338). Abordagens educativas que estimulam mulheres a evitar pedir carona, abusar do álcool e se envolver com homens mais velhos não reduz o risco do estupro, pelo contrário, muitas vezes alimenta à culpabilização das vítimas (335).

Muitas são as possibilidades de ações a serem implementadas e avaliadas para compreendermos a efetividade na redução da violência sexual: fornecer instruções para prevenção da violência sexual para pais, professores, instrutores (339).

3.3.3. Vida adulta

O empoderamento é uma abordagem que associa avaliação participativa das necessidades, capacitação, campanhas de conscientização e ação comunitária (340,341). O uso de *microcrédito com treinamento sobre igualdade de gênero* e o pacote de treinamento “Trampolins” são duas abordagens de empoderamento para a prevenção da violência provocada pelo parceiro íntimo. O primeiro busca aumentar a capacidade econômica e social da mulher, pois são pequenos empréstimos para empreendimentos de geração de renda, como os oferecidos pelo Grameen Bank e pelo Comitê para o Progresso Rural de Bangladesch (BRAC). O segundo visa promover a habilidade de comunicação e relacionamento na comunidade, uma vez que são ações de grupo com mulheres e homens, inspirado nas ações de prevenção contra infecção pelo HIV (342).

Um ensaio clínico randomizado controlado foi realizado na África do Sul (Eastern Cape), com participantes entre 15 e 26 anos, e indicou a redução da proporção de homens que praticaram violência física ou sexual contra as companheiras nos dois anos seguintes, em comparação com o grupo controle (343). Outro estudo acompanhou casais, moradores de duas aldeias na Gâmbia que, em comparação com as aldeias de controle, relataram melhora na comunicação e redução de brigas e que os companheiros passaram a aceitar melhor a recusa da esposa de ter uma relação sexual, sendo menos propensos a espancá-las (344).

Diante desses dados, verificam-se evidências nas abordagens participativas, combinadas com capacidade sobre igualdade de gênero, fornecimento de microcrédito e treinamento de habilidades e relacionamentos. Por isso, a necessidade de as ampliar e replicar (339).

Mas, há outros programas que demonstram potencial, como os programas de aconselhamento de casais que estão em risco agravado de violência em função do uso abusivo de álcool ou os programas familiares para comunicação positiva e relacionamentos saudáveis e programas de redução de violência no âmbito da família. A exemplo disso, um programa implementado no Equador enviou amigos íntimos ou parentes para monitorar recém-casados e intervirem em casos de conflitos graves. Baseia-se no princípio de que a coesão social aumenta a capacidade de uma comunidade manejar situações de risco e violência, tratando-se de uma abordagem de eficácia coletiva. Entretanto, esse programa não foi avaliado (339).

Uma revisão sistemática (345) identificou que não houve efeitos significativos de um programa de visitas domiciliares para redução dos índices de violência praticada pelo parceiro íntimo (346). No entanto, outro programa conhecido como “Nurse Family Partnership”, de visita domiciliar durante a gravidez e nos dois primeiros anos de pós-parto, possui evidência comprovada na redução de maus-tratos infantis. O “Hawaii Healthy Start Program” realiza visita domiciliar para a primeira infância e identificou pequenas reduções dos índices de violência praticada pelo parceiro íntimo contra as mães (347). Portanto, não há uma definição clara sobre a eficácia dessas intervenções.

3.3.4. Todas as etapas da vida

Há alguns programas com foco em todas as etapas da vida. Um deles tem como objetivo promover intervenções comunitárias para a redução do acesso e do uso abusivo de álcool. Na Austrália, por exemplo, houve a diminuição da disponibilidade de álcool, com restrição de horários de venda, que diminuiu o número de vítimas de violência doméstica nos hospitais (348). Na Groenlândia, desenvolveu-se em 1980 um sistema de controle na quantidade do álcool consumido, limitado a 72 cervejas mensais, o que resultou na redução em 58% das ocorrências policiais em brigas domésticas (349). Estudos indicam que aumentar o preço do álcool reduz, de modo geral, a violência (350). Por exemplo, nos Estados Unidos estima-se que aumentar em 1% o preço do álcool pode reduzir em 5% a probabilidade da violência praticada pelo parceiro íntimo (351).

O tratamento para transtornos associados ao uso abusivo de álcool pode ser uma medida de prevenção a violência perpetrada por parceiro íntimo (352,353). Políticas de idade mínima e redução de locais de venda, dias e horários são intervenções comunitárias que diminuem problemas associados ao álcool, homicídios e agressões (354). Há estudos indicando a associação entre propagandas de bebidas alcoólicas e o aumento do consumo, mas faltam estudos que indicam a eficácia de banir propagandas de álcool para a diminuição da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo (355). Diante desses dados, conclui-se que não há evidências claras da associação entre o álcool e a violência, mas as intervenções citadas demonstram potencial a ser explorado em pesquisas mais robustas e consistentes (339).

Programas que visam as mudanças nas normas sociais e culturais de gênero que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo são intervenções primárias chaves. Estudos indicam exemplos de normas sociais e culturais que apoiam a violência contra mulher, como, por exemplo: na Índia (356), Nigéria (357) e Gana (358), um homem é considerado superior e é legitimado a exercer poder sobre elas; na Índia (359), Nigéria (360) e China (361), é esperado que um homem corrija e discipline comportamentos inadequados da mulher; nos Estados Unidos, é aceitável resolver conflitos no relacionamento por meio da violência física (362); na África do Sul, falar de violência praticada pelo parceiro íntimo é um tabu (363), o sexo é uma marca de masculinidade (364) e há a crença de que as meninas são responsáveis pelos impulsos sexuais dos homens (357,364); no Paquistão (365), considera-se o divórcio vergonhoso e prega-se que o sexo é um direito do homem no casamento. Programas que visam modificar essas normas culturais e sociais que marcam expectativas de comportamento, papéis de gênero e regulam as relações entre homens e mulheres em vários lugares no mundo são muito utilizados, mas pouco avaliados (339).

Utilizar os achados de pesquisa para conscientização sobre essas normas sociais e culturais é uma contribuição significativa para a formação de reformas e políticas (366). As três principais abordagens para essas mudanças são: teorias das normas sociais, campanhas midiáticas de conscientização e o trabalho com homens e meninos. As teorias das normas sociais buscam compreender de forma realista que há a subestimação de comportamentos de proteção e da superestimação de

comportamentos de risco e da tolerância à violência, pois vivemos em uma sociedade onde é usual justificar comportamentos de risco e silenciar-se diante do incômodo causado por eles, ou seja, há maior tolerância social diante deles (339).

Estudos identificaram entre estudantes universitários dos Estados Unidos que homens subestimam a importância do consentimento para o sexo e a vontade de interferir contra uma agressão sexual (367). Um projeto chamado “A men respects a woman", após dois anos de sua implementação com ações teatrais, campanhas de marketing etc., identificou a redução da porcentagem de homens que achavam que o estudante masculino médio tinha relações sexuais com a parceira quando ela estava drogada ou alcoolizada, que não parariam a atividade sexual quando solicitado, que ao ficar excitado tentaria algo para ver a reação da pessoa. Ao mesmo tempo, aumentou a porcentagem de homens relatando que mantêm a relação sexual mesmo se a parceira está alcoolizada ou drogada (368).

As campanhas midiáticas têm por objetivo a sensibilização pública sobre a gravidade e extensão da violência praticada por parceiro íntimo e a violência sexual enquanto violações de direitos da mulher e o estímulo para que o homem pare de ser autor dessas agressões, o fornecimento de informações claras, a desconstrução de mitos e estereótipos, a mudança da opinião pública (339). Um exemplo disso é o programa “Soul City na África do Sul”, dirigido a indivíduos, comunidades e normas sociais durante seis meses por meio de transmissões de televisão e rádio, materiais impressos e disque denúncia. Uma campanha nacional buscou implementar a Lei de Violência Doméstica de 1998. Nesse sentido, o programa é multinível, avaliado antes e depois da intervenção com grupos focais e entrevistas de profundidade. Os resultados indicam que o programa facilitou a implementação da lei citada, melhorou os índices de denúncia e os níveis de conhecimento e modificou a crença de que a violência praticada pelo parceiro íntimo é um assunto particular (369). Embora estejam surgindo algumas evidências dos bons resultados das campanhas midiáticas, ainda não há clareza sobre a eficácia desses programas na mudança de comportamento e no rompimento do ciclo de violência de fato (370).

O trabalho com homens e meninos para mudanças nas normas sociais e culturais envolve iniciativas nas escolas, mobilização comunitária e campanha de conscientização pública. Busca-se com isso ampliar o conhecimento, mudar

atividades frente às relações de poder e gênero favoráveis à violência. Os programas buscam desenvolver a habilidade e confiança nos meninos e jovens homens para intervir contra a violência, pois identifica-se a falta de envolvimento dos homens e meninos na prevenção (371).

Uma revisão analisou treze programas que atuam com meninos e homens para a prevenção da violência contra mulher em países de baixa e média renda (372). Na Nicarágua, a campanha “Violência contra a mulher: um desastre que podemos prevenir como homens” (373), cujo público-alvo foram homens entre 20 e 39 anos afetados pelo Furacão Mitch, foi considerada eficaz. Em Manágua, na Nicarágua, esse programa ocorreu por meio de educação em grupo para homens e foi considerado uma maneira de reconstruir a masculinidade (374).

No Sul da Austrália, em Nova Gales, a campanha “Violência contra mulher: isso é contra todas as regras” divulgou propagandas protagonizadas por celebridades esportivas para difundir nas comunidades que um homem másculo não é um homem violento. Essa campanha teve como público-alvo homens entre 21 e 29 anos. Após a intervenção, 83% dos entrevistados disseram compreender que a violência contra mulher “não é legal”, 59% disseram lembrar-se do lema da campanha, mas 91% não falariam sobre o assunto com pares. Nos Estados Unidos, o programa “Os homens podem interromper o estupro” e o clube “MOST - Homens de Força”, cujo público-alvo são meninos do ensino médio, buscam construir um espaço estruturado e favorável para discutir sobre masculinidade saudável e redefinir o conceito de força masculina (339).

A implementação de programas, intervenções e ações como as que foram descritas nessa sessão são de interesse da saúde pública, pois podem ser efetivas para temas complexos como a questão da prevenção e combate da violência doméstica, da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Há ensaios clínicos indicando evidências emergentes a respeito dos programas de apoio e defesa de direitos, articulados com a rede de serviços de base comunitária, que oferecem serviços como aconselhamento, planejamento de medidas protetivas e encaminhamento para outras instâncias, que podem ser considerados. Muitos dos programas citados, porém, demonstram grande potencial, mas, infelizmente, não ocorrem avaliações estruturadas suficientes para comprovar a eficácia da maioria

deles. De modo geral, os estudos mensuram as modificações nas crenças, nos valores e nas atitudes, mas não conseguem dimensionar o impacto direto na redução de comportamentos violentos. Essa é a lacuna no conhecimento, e para preenchê-la precisamos de programas avaliados adequadamente e multiplicados em larga escala (339).

4. PSICANÁLISE: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL NA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA

A psicanálise é um marco teórico que aporta elementos essenciais para pensar a violência, suas causas e suas consequências individuais e coletivas, bem como para propor intervenções que operacionalizam as interações entre os níveis coletivo, intersubjetivo e intrapsíquico (375,376). Há experiências consolidadas no uso de dispositivos terapêuticos psicanalíticos em países como França e Israel, onde ocorre o crescimento da utilização em saúde pública para os cuidados com pessoas expostas à violência de guerra (377) e às crianças e adolescentes expostos à violência sexual (378). No Brasil, existe a indicação sobre a pertinência da clínica psicanalítica para qualificar a intervenção das políticas públicas e na realidade de adolescentes em situações de conflito com a lei (379,380,381).

O uso da abordagem psicanalítica possibilita ganhos no contexto do cuidado com as pessoas expostas à violência. Essa abordagem pode oferecer espaços seguros de escuta e um lugar de fala à pessoa exposta à violência, legitimando a experiência e possibilitando a elaboração do traumático (379,382,383,384). Do contrário, se o acontecimento não for narrado, compartilhado e ressignificado, corre-se o risco de invalidar, negar, calar e, por isso, perpetuar a violência vivida e transmitida entre e através de gerações (375,376).

Nesse sentido, destaca-se a importância da escuta psicanalítica de ampliar a possibilidade de elaboração dos acontecimentos traumáticos de modo a promover a prevenção de posteriores agravos à saúde. Chamamos a atenção especialmente para a relevância do atendimento psicanalítico em grupo, no qual a fala pode privilegiar o acolhimento e a elaboração simbólica do traumatismo através da escuta recíproca. O dispositivo grupal pode ser fundamental para retirar o véu de silenciamento e vergonha que envolve essas situações com muita frequência. A palavra dirigida ao outro e a escuta mútua também podem aumentar a capacidade de identificação dos sujeitos entre si e de tolerância (manejo da alteridade e o exercício de alteridade das diferenças) (375).

A psicanálise se ocupa de estudar a transmissão de elementos psíquicos de uma geração para outra, que pode se dar por meio da intergeracionalidade, quando o conteúdo transmitido foi elaborado e simbolizado pela geração anterior, ou da

transgeracionalidade, no qual a transmissão se dá sem que tenha havido metabolização pela geração precedente, de modo que o impensável, o inominável, e o inconfessável, que caracterizam o traumático, são transmitidos sem elaborações e simbolizações, perpetuando um circuito de repetição da violência de geração a geração. Assim, a elaboração de eventos violentos, que podem gerar trauma, é um trabalho de prevenção do adoecimento psíquico de gerações vindouras, sendo uma relevante contribuição da psicanálise nas políticas públicas (375).

Diante desse potencial da abordagem psicanalítica, considerando o desejo, o inconsciente, o trabalho a partir das transferências e os efeitos na transgeracionalidade, ela tem sido uma opção cada vez mais reconhecida no âmbito da desproteção social, das situações de risco associadas à violência e às violações de direitos (385). Submeter a psicanálise ao processo de construção de evidências sólidas diz mais a respeito da saúde pública do que ao esforço de legitimá-la como ciência (383). As evidências são usadas pelos governos na definição de parâmetros “para investimento de recursos financeiros” e “para a tomada de decisão em saúde” (383). Há críticas severas ao uso de abordagens e práticas terapêuticas sem evidências, que culminam em gastos injustificados pelo governo e em prejuízos para os pacientes (386).

Na perspectiva psicanalítica, estudos indicam a função do Estado como terceiro para garantir um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das relações mãe-filho. Mas, ao contrário, o que ocorre são a descontinuidade do cuidado, do amparo, da proteção e a insistente postura punitiva e moralizante. As mães são cobradas a se adaptar aos serviços e, por vezes, aos valores de classe média defendidos pelos trabalhadores sociais, de saúde e educação.

Diante desse contexto, Onocko Campos (387) afirma que “a sofrida população brasileira não precisa de analistas mudos e indiferentes”. Pelo contrário, a perspectiva psicanalítica defende a continuidade e qualificação dos espaços públicos por meio de investimentos na capacitação e supervisão clínica dos trabalhadores. Com isso, eles poderiam ser efetivos no seu papel reparador e não punitivo, assumindo o compromisso ético e a centralidade do trabalho psicossocial com as famílias (380,387,388).

Na prática, essa concepção se desdobraria na construção de ambiência e posturas calorosas, uma recepção pessoal e empática com as famílias atendidas e acompanhadas nas creches, nos abrigos, nas escolas, nas unidades básicas, nos centros de referência em assistência social etc. Além disso, se desdobraria em investimento público para a construção de “espaços culturais abertos à noite e nos fins de semana, cheios de propostas e atrativos para que os jovens possam se identificar”. E assim, a implementação de políticas sociais para o cuidado-proteção de mães e jovens expostos à sucessivas violações de direitos seria um ponto crucial para romper o ciclo de uma infinita perpetuação de desigualdade e exclusão no Brasil (380,387,388).

Nesse sentido, é necessário “aperfeiçoar as pesquisas em psicanálise para além da análise individual de pacientes” (383). Enquanto ciência, a psicanálise precisa ser “submetida ao debate público”, incluindo nessa formulação psicanalistas, profissionais de campos relacionados e o público geral (389), além de manter o diálogo com as outras disciplinas da saúde (383). As políticas públicas cobram que esse diálogo ocorra por meio de estudos replicáveis, métodos padronizados, capazes de testar as técnicas. A ausência de estudos desse tipo, abordando as práticas psicanalíticas, tem sido um dos motivos arguidos para deixá-la de escanteio no âmbito da implementação de programas, serviços ou políticas públicas nas instituições (386).

4.1. Psicanálise no debate público

A história do movimento psicanalítico traz consigo as marcas do debate púbico para disseminar a psicanálise e ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde mental. Essa questão já estava presente desde em 1918 no V Congresso Internacional de Psicanálise, em Budapeste, na ocasião em que Freud “defendeu a criação de centros psicanalíticos de atendimento público e gratuito”. Os ganhos do uso da abordagem psicanalítica em espaços públicos já eram indicados, diante das neuroses advindas com a Primeira Guerra. Era necessário que o Estado assumisse responsabilidades no financiamento de clínicas públicas para ampliar e assegurar o direito de acesso à psicanálise (390).

Em 1920, inaugurou-se a Policlínica Psicanalítica de Berlim, fundada por Max Eitingon, que seria reconhecida como “a primeira experiência da psicanálise no âmbito da saúde pública” (390). Essa vivência expandiu o tratamento psicanalítico de curta duração e proporcionou estudos sobre o impacto da duração e frequência do tratamento, das formas de pagamento das sessões, da supervisão e do processo de formação analítica (391). Essa seria uma primeira sugestão de inserção da psicanálise nas políticas públicas, uma provocação atual ainda hoje.

Diante disso, a comunidade analítica internacional buscou estabelecer critérios, padronizar e regular a prática e a formação psicanalítica (391). Mesmo se a psicanálise fosse incluída como um direito a ser garantido pelo Estado, seria necessário “levar em consideração que não traria uma promessa que, por razões teóricas e técnicas, não cumpriria sem contrariar seus princípios” (390). Mas, nesse caso, qual seria, então, o sentido de financiar uma abordagem que não promete/garante a normalização?

Por um lado, a prática deveria herdar posicionamentos do *setting* clássico, manter-se rigorosa, “não tendenciosa, livre do cerceamento das leis jurídicas e sem incorrer nos engodos oriundos do querer o bem aos seus pacientes”. Por outro lado, como parte das políticas públicas, a prática analítica estaria “sujeita à sugestão, adaptada e mesclada a uma visada educativa, de mestria e auxílio assistencial” (390). Em ambos os casos, a psicanálise teria um impasse significativo se a ambição terapêutica fosse alcançar uma conscientização normalizadora rumo a garantir o “bem-estar social”.

Em nome do bem-estar social, as práticas baseadas em evidência nas políticas públicas são uma crescente que constrange a psicanálise à produção de resultados. Nesse contexto, a psicanálise é aceitável se for terapêutica, se praticar o bem e proporcionar o retorno breve dos sujeitos à produtividade. Então, ela tem uma utilidade e “um lugar ao lado, ou como apoio, dos nossos medicamentos, nossas ginásticas, nossas higienes de vida, nossos week-ends terapêuticos” (392).

De acordo com a OMS, produzir saúde é promover o bem-estar biopsicossocial e é nesse sentido que se recomendam políticas públicas de proteção, assistência e prevenção. Então, o termo bem-estar, presente na saúde pública, pode nos atravessar nesse empuxo à produtividade (390). Esse atravessamento coloca em questão o

sentido ético, clínico e político da psicanálise, pois em meio aos engodos imaginários do querer bem, Lacan afirma “quando quero o bem a alguém, quero-lhe mal” (393). Ocorre que a ideia de querer bem, enquanto um ente universal aplicável a todos da mesma maneira, faz coro junto ao sofrimento produzido pelo excesso de determinação, parte do projeto civilizatório que constitui uma estrutura de mal-estar (394).

É necessário interrogar esse querer bem que pressupõe proteger e cuidar sob um ideal/universal de reparação, saúde e adaptação do sujeito, pois, segundo Nicolau e Calazans (395), suas consequências são:

> [...] remover a dimensão de verdade do sujeito que o sintoma comporta [...], provocando no sujeito uma alienação ao saber do outro diante do qual seu saber é desconsiderado. [...] uma maior dificuldade do sujeito de implicar-se com seu sintoma e responsabilizar-se pelo seu tratamento. (395).

Não reduzir o sujeito ao registro da cidadania, contrapondo-se ao paradigma da normalização e bem-estar social do senso comum, é uma estratégia e tática da psicanálise para colaborar com o esforço coletivo de produção de uma atenção à saúde e proteção social que respeite as singularidades dos sujeitos (395).

As políticas públicas universalizantes configuram normas gerais, objetivos, orientações, competências e modos de gestão. Na rotina dos serviços, contudo, as equipes e a população atendida se deparam com questões singulares diante do sofrimento psicossocial. Essa tensão entre as políticas públicas universalizantes e o trabalho clínico, norteado pela dimensão inconsciente em instituições, é uma condição necessária do campo social (395).

O trabalho clínico nas instituições, junto às equipes multiprofissionais e aos atendidos, constitui um caminho potente para construir, elaborar e responder às demandas do campo social, na “atenção psicossocial em instituições de saúde, de ensino, jurídicas, etc., inseridas no plano das políticas públicas de assistência”. Esse trabalho reconhece a dimensão inconsciente e tensiona o engajamento dos próprios trabalhadores e dos atendidos na produção de sujeitos implicados com as configurações medicamentosas, estéticas, sociopolíticas, tecnológicas, pedagógicas,

religiosas e sintomáticas. Essa é a condição para construção de si e do mundo “pelo e para o sujeito, assim como pela e para a instituição” (396).

Diante dessa tensão no campo social, a psicanálise pode ser uma abordagem possível para fomentar o processo de singularização do cuidado/proteção, convocando os sujeitos (atendidos e trabalhadores) a falar e a reconstruir sua própria história (396). Dessa forma, a psicanálise enquanto uma práxis nas políticas públicas deveria ampliar o acesso à análise, no sentido de contribuir para a “emergência dos sujeitos envolvidos na instituição e de uma lógica discursiva que aponte para a alteridade” (397). Portanto, inserir as intervenções psicanalíticas nas instituições públicas é um desafio (397) e uma provocação crucial (387,398).

Entretanto, é importante lembrar que essa conquista não foi possível sem, antes, se reconhecer outra tensão na relação entre a psicanálise e as políticas públicas: as dificuldades em construir o que Lacan (399) chamou de psicanálise aplicada à terapêutica. A psicanálise pura seria aquela que segue o dispositivo clássico, cujos parâmetros são: “1) a regra da associação livre, 2) a condução do tratamento pelo analista como responsável único, 3) as intervenções utilizando como instrumento privilegiado a fala”. Nesse dispositivo, haveria um tratamento “levado até a sua conclusão, que seria a cura e a passagem do analisando ao estatuto de analista [...] discute questões relativas à transmissão da doutrina e à importância da supervisão”.

A psicanálise aplicada se refere à preocupação com a clínica e o cuidado terapêutico, fazendo referência ao tipo de enquadre utilizado e à modalidade de tratamento que não se adequa ao *setting* clássico (395). “Como podemos pensar a direção do tratamento no espaço coletivo gerido por uma política contrária à singularidade?”, questionaria Nicolau e Calazans (395). Para responder a essa questão, precisamos lembrar que há uma ligação indissociável entre a psicanálise pura e a aplicada, cujas diferenças foram cunhadas pela Escola Francesa de Psicanálise (395).

A realização da psicanálise aplicada na terapêutica tem, desde então, provocado certa ampliação da clínica, em diferentes possibilidades de enquadre, revisando os parâmetros de acordo com a emergência dos impasses impostos pela experiência. Nesse sentido, por um lado, há uma diversidade de perspectivas teóricas

sobre aspectos como “dinâmica, a topografia e a economia dos processos psíquicos, sobre a classificação das patologias psíquicas, assim como em relação ao tratamento e ao que vem a ser a cura” (391). Mas, por outro lado, essas diversas abordagens compartilham conceitos como “inconsciente, recalque, pulsões, transferência, interpretação e [...] associação livre, suas definições e seus usos diferem significativamente” (400).

De acordo com Figueiredo (400), essa ampliação da clínica culminou com a ramificação da psicanálise em três vertentes. Melanie Klein, por exemplo, flexibilizou “a regra da associação livre ao contexto da escuta de crianças, desafio ao qual respondeu com a invenção da técnica do brinquedo” (395) e introduziu a escuta dos pais do sujeito (401). O movimento psicanalítico lacaniano introduziu a noção de que o dispositivo analítico é um lugar simbólico e estrutural, que instala o analista no lugar do suposto saber a partir da transferência. Há também as trajetórias individuais de Donald Woods Winnicott (1896–1971) (402), a respeito do desenvolvimento emocional pessoal e a regressão à dependência no espaço clínico, de Michael Balint (1896–1970) (403), com a inserção da modalidade grupal no trabalho sobre a relação médico-paciente que constituiu espaço para discussão sobre as relações de trabalho, e de Sándor Ferenczi (1873–1933) (404) a respeito das técnicas ativas, da sugestão e do papel do análise do próprio analista no seu processo formativo. Esses três caminhos “promoveram mudanças nas técnicas clássicas difundidas pelos modelos ortodoxos” (391).

Há autores que defendem a necessidade de fomentar discussões sobre as questões convergentes e divergentes entre essas três vertentes. Eles acreditam em uma maior abertura para a multiplicidade técnica e epistemológica na psicanálise, para que ela não esteja presa às questões metafísicas e seja aplicável à terapêutica (405,406). Já outros não acreditam ser necessária essa elaboração teórico-conceitual para aplicá-la à terapêutica. Eles defendem a instauração de uma psicanálise pautada na ética, sendo que o analisa pode se apropriar dos conceitos e integrá-los em uma postura prática, ultrapassando sua filiação e à própria análise para refazer a psicanálise (407).

Alberti (408) questiona a ideia de que o consultório particular seria a condição *sine qua non* para o tratamento, visto que isso o restringiria às camadas mais ricas.

Ele acredita que houve uma confusão quando “o sentido vulgar de particular como serviço pago (e caro)” estigmatizou a psicanálise como um “ofício necessariamente praticado em espaços não públicos, não constitutivos das instituições públicas de saúde” (408). E assim houve, portanto, uma deformação “decorrentes de um suposto elitismo da psicanálise” (391).

Com o retorno de Lacan às obras de Freud, o movimento lacaniano passou a defender o dispositivo analítico como uma configuração simbólica independente de qualquer “configuração particular e circunstancial que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional” (408). E é nesse sentido que se pode fazer a aplicação da psicanálise à terapêutica, considerando a posição do sujeito na relação com o Outro e os efeitos dessa relação diante do desejo, das angústias e da organização sintomática que ele carrega consigo para a análise. Portanto, esse sujeito inconsciente, embora seja o eixo da práxis psicanalítica, constitui-se face à sua realidade sócio-histórica. É na relação com o Outro (linguagem, família, sociedade, instituições etc.), marcada pelo seu tempo e história singular, que o sujeito irá se definir e não, a priori, pelas condições de riqueza, pobreza, gênero, raça-cor (391).

Diante dessas reflexões, a psicanálise foi convocada a contribuir com o processo histórico da construção de políticas públicas de saúde mental no Brasil por meio da supervisão clínico-institucional. A Reforma Psiquiátrica utilizou-se também da supervisão clínico-institucional para inovar as formas de manejar o sofrimento psíquico, pautando o cuidado no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, na construção de projetos terapêuticos singulares, na articulação intersetorial entre as políticas públicas para a promoção de saúde mental. Um conceito ampliado de saúde norteou essa construção e trouxe impasses sobre o que seria promover saúde mental, reabilitação psicossocial, em um cuidado-proteção territorial (380,387,388,409,410,411).

A psicanálise atua no real, ou seja, é diante desses impasses que ela propõe um eixo de cuidado pautado na ética do desejo e do sujeito. Nesse sentido, durante a Reforma Psiquiátrica esse saber contribuiu para a proposição de discussões e formação permanente das equipes multiprofissionais para instaurar uma nova lógica: a corresponsabilização pelo cuidado, por meio da análise das demandas trazidas

pelas equipes e o que elas compreendiam como “impasses”. Embora a demanda inicial fosse a de que as equipes se apropriassem do saber psicanalítico para operar os atendimentos e melhor ajustar às famílias e aos sujeitos os projetos terapêuticos, o que se instauraram foram a lógica da discussão de caso, a lógica da equipe de referência e a lógica do trabalho entre as equipes e descentralizado da figura médica (380,387,412,413).

A mudança na lógica do trabalho favoreceu a construção de novos manejos das relações transferências. Com as equipes considerando a análise das queixas/sofrimentos dos sujeitos e das instituições como parte de um trabalho com a subjetividade, foi possível favorecer a adesão dos familiares e atendidos ao tratamento. Assim, espaços de construção possibilitaram ao sujeito/instituição o reconhecimento dos “seus próprios recursos para lidar com a situação na qual está inserido com menos angústia e maior capacidade de elaboração” (413). Como ressalta Mendonça (414), a psicanálise contribuiu, portanto, com o processo de implementação, funcionamento e monitoramento das residências terapêuticas para que “[...] a equipe permaneça protagonista específica, capaz de se interessar pelo paciente, com suas dificuldades e potencialidades, sem encerrá-lo numa rede fechada de julgamentos definitivos” (414).

> Como psicanalistas, temos o imperativo ético-político de trazermos nossas leituras e nossas práticas clínicas aonde o povo está. Precisamos levar nossa escuta a centros culturais, centros de convivência, centros de saúde, praças, estações de metrô. Cuidarmos da esperança até que ela possa voltar a florescer. (380).

É nesse sentido que a psicanálise contemporânea tem lançado mão das múltiplas possibilidades de aplicação da abordagem, ampliando o acesso a ela e fazendo dela um meio para compreensão de fenômenos sociais. Compreensão do comportamento antissocial dos jovens frente à privação (380), compreensão dos usos possíveis para a psicoterapia psicanalítica na realização dos grupos operativos com a população de rua (415), compreensão do manejo clínico no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico (416), compreensão das contribuições da psicanálise no campo da assistência em saúde mental infanto-juvenil (417), compreensão das contribuições da psicanálise para o atendimento

socioassistencial de pessoas idosas e deficientes, pessoas expostas à homofobia e racismo, crianças, adolescentes e mulheres com experiências de violações de direitos atendidos pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) (418). Outros autores abordam as considerações psicanalíticas sobre preconceito racial (419), homofobia (420), violência de gênero (421,422,423), tráfico de drogas (424) e direitos dos sujeitos (425).

4.2. Grupos Psicanalíticos Centrados em uma Tarefa

De acordo com Jasiner[1], em 2008, os grupos centrados em uma tarefa (GCT) seriam dispositivos mais amplos que os grupos operativos, nos quais poderiam caber "grupos operativos, de treinamento, terapêuticos, oficinas, equipes de trabalho, etc." (385), abrangendo ainda "a possibilidade de diversas técnicas e elementos teóricos em sua abordagem". Castanho (385) propõe os Grupos Psicanalíticos Centrados em uma Tarefa, quando assume a inspiração em Pichon-Rivière e Jasiner, mas afirma como diferencial o compromisso com "um olhar estritamente psicanalítico".

> Alianças inconscientes, enquadramento, instituição, dispositivo, processos associativos/escuta, transferências, fantasias, interpretações e manejos: eis os conceitos psicanalíticos fundamentais que articulamos com o conceito de tarefa para dar forma ao nosso modelo e sustentá-lo no campo psicanalítico. (385).

Com base na perspectiva psicanalítica, o autor buscou em sua tese discutir a experiência dos Grupos Psicanalíticos Centrados em uma Tarefa em contextos institucionais na saúde (SUS), na Proteção Social Básica (PSB) e na Proteção Social Especial (PSE) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essa proposta de trabalho grupal tem como ênfase fazer operar as "dimensões subjetivas, tais como representações, vínculos, valores, hábitos etc." (385). E é a partir dessa concepção que o autor propõe que a psicanálise "pode ofertar um modo para pensar e realizar esse trabalho" com o psíquico (385). Não se incluem nessa proposta as reuniões de

[1] Jasiner G. Coordinando Grupos. Una lógica para los pequeños grupos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

equipe, os grupos em sala de aula, dentre outros modelos que não assumem realizar o trabalho com o psíquico em sua interface com as múltiplas instituições que partilhamos da vida social:

> Ocorre que o que marca nosso modelo é a perspectiva de trabalhar justamente nessa relação com o contexto. Melhor dizendo, a perspectiva de por algum modo "capturar" elementos dos espaços psíquicos comuns e partilhados da vida social e trazê-los para 'dentro' de um dispositivo concebido para que se realize um trabalho psíquico sobre e a partir dos mesmos. (385).

As instituições que partilhamos na vida social não são sinônimos de organizações. Enquanto organização se refere a uma estrutura de "caráter contingente e concreto" que dispõe "não dos fins, mas dos meios para os atingir" (426), as instituições são lógicas: "podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos" (427). Nesse sentido, o que se propõe inserir nos dispositivos grupais são a possibilidade de emergir as instituições, as concepções cristalizadas de família, de casamento, de ser mulher, de ser homem, dos sujeitos de direitos, de saúde, dentre outros construtos que perpassam os processos de subjetivação.

Uma vez que a instituição "regra nossas relações, ela nos pré-existe e se impõe a nós", fazendo parte da realidade psíquica que se expressa nas relações com o grupo (426). Nesse sentido, é na dimensão grupal que os sujeitos e os processos inconscientes sustentam uma rede simbólica, socialmente construída e legitimada por meio de elementos funcionais e imaginários (385). Daí a perspectiva grupal reivindica à psicanálise o reconhecimento do fato institucional. À vista disto, o modelo de grupo proposto reconhece que a correlação entre o grupo e as instituições que o atravessa é central na definição de sua tarefa.

Em um exercício didático de orientação para a organização do dispositivo grupal proposto, Castanho (385) expõe que a definição da tarefa deve estar associada à tarefa primária da organização. Essa é uma leitura psicanalítica dos grupos operativos de aprendizagem de Pichón Rivière, por meio da qual se explicita como tarefa a discussão de um assunto entre os participantes. Para isso, é importante ficar atento à realidade institucional "detectar seus nós, seja com a população atendida, seja entre colegas". Assim, definir a tarefa perpassa as ações de elaborar a demanda

e de compreender de quem, para quem e como trabalhar “com aquilo que nos espaços psíquicos comuns e partilhados está em sofrimento e em espera”.

De acordo com o autor, a definição das tarefas primárias de uma organização é um espaço de “disputa no tecido social”. Os serviços vivenciam em suas rotinas as contradições na legislação e os contrastes entre as concepções dos trabalhadores que os compõem. Muitas vezes, é possível identificar práticas dissonantes das falas apresentadas pelas equipes profissionais (428,429). Outras vezes, aquilo que visam tratar acaba praticando contra a população atendida.

> [...] estruturas voltadas ao atendimento à população com muita frequência entram em um círculo de repetição do problema. Amiúde nos deparamos com abrigos que maltratam crianças, serviços de proteção à mulher vítima de violência que a revitimizam, etc. (385).

Esse círculo de repetição do problema faz eco aos restolhos depositados no enquadramento institucional, que podem ser desalojados.

Ao coordenador não cabe participar com intervenções e interpretações, a não ser quando o grupo apresentar dificuldades no processo associativo. A coordenação dos grupos nesse modelo promove intervenções centradas na tarefa, mantendo ativo o processo associativo, seja pela interpretação, seja pelos objetos mediadores. As perguntas, as interrupções e as pontuações podem atuar como parte da dimensão interpretativa do trabalho do coordenador, enquanto ocorre, por outro lado, os manejos das “micro e macroalterações no funcionamento do dispositivo analítico” (385). Nesse caminho, parte substancial da intervenção do coordenador é a “sustentação silenciosa do processo grupal”, ou seja, é dar espaço ao grupo para que se desenvolva a tarefa e se retirar de cena se emergir copensadores que auxiliem o grupo no processo (385).

Outro ponto que precisa da atenção do coordenador do grupo nessa proposta é a análise intertransferencial. Esse é um exercício com “tons de autoanálise”, sendo que o coordenador fica atendo às mensagens que lhe estão sendo direcionadas mediante ao que se experimenta nos vínculos com o grupo. Há a necessidade de acolhimento dessas comunicações feita pelo grupo e do exercício de compreensão diante delas (385). Então, trata-se de um trabalho equivalente ao trabalho com a contratransferência feito pelo analista individual (385,430).

A comunicação do grupo perpassa as transferências com a tarefa. As dramatizações do grupo no aqui e agora em torno da tarefa expressam relações inconscientes com os conteúdos psíquicos associados à tarefa. Essas relações são revividas ao passarem por um trabalho de identificação e nomeação das “fantasia(s) que estruturam a relação dos sujeitos, dos subgrupos e do grupo no aqui e agora com a tarefa”. Assim, o trabalho do coordenador seria manter o dispositivo grupal como espaço de “reapropriação dos elementos psíquicos externalizados e figurados no grupo” em um processo de exteriorização, transformação no fora e de reinteriorização da realidade psíquica (385).

De acordo com Castanho (385), a duração e a frequência dos grupos (se são abertos, semiabertos ou fechados), o número de participantes e o modo como são selecionados, são aspectos significativos para o enquadre do dispositivo grupal. Nesse ponto, o autor sugere considerar o que é habitual à organização, modificando somente aquilo que surgir como uma demanda no grupo.

Essas orientações se fundamentam na perspectiva de que, se as instituições afetam os processos de subjetivação, para implementar um dispositivo grupal é preciso considerar os aspectos do serviço como um todo, se tiver a pretensão de ser terapêutico, principalmente. Podemos refletir sobre a importância disso ao lembrar-nos das instituições analisadas por Goffman[2] (385). Analisando prisões, manicômios e conventos, o autor identificou que essas instituições operavam pela “retirada dos instrumentos de asseio pessoal [...] impossibilidade de participar das decisões sobre seus afazeres cotidianos, a arquitetura, etc.” e que, mesmo sem atendimentos planejados, produziam impactos na subjetividade: a mortificação do eu.

Semelhantemente, mas no sentido da produção de autonomia, quando se esperam das políticas públicas efeitos variados por meio de desenhos organizacionais, podemos construir grupos enquanto instituições intencionalmente direcionadas para a operação dos efeitos de análise e para a transformação subjetiva, como um caminho potente para as mudanças institucionais, segundo Goffman[3] (385). Embora se reconheça a importância de maiores estudos sobre o impacto dos grupos nas mudanças institucionais, já se pode identificar a potencialidade dos grupos no

[2] Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.
[3] Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.

trabalho com a desproteção social, incluindo as diversas situações de risco por violações de direitos e violências, no sentido de que ocorra a mudança subjetiva necessária para a alteração dos dispositivos sociais. Contudo, há de se cuidar para que, nos grupos e em outras ações dos serviços que lidam com a desproteção social, não ocorra a psicologização de questões cujas dimensões são necessariamente coletivas e intersubjetivas.

5. CIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Raramente uma intervenção em saúde é simples. Incluir as violências como um objeto de políticas públicas na interface cuidado-proteção é assumir essa complexidade na implementação de intervenções baseadas em evidência. Nesse sentido, os *frameworks* da ciência de implementação têm um grande potencial para auxiliar na compreensão da grande variação dos elementos envolvidos no processo de intervenções complexas, considerando os efeitos gerados, as dificuldades, os facilitadores, os comportamentos individuais, dos grupos ou organizações envolvidas e, principalmente, o grau de flexibilidade e adaptação possível à intervenção, sem descaracterizá-la (431). A ciência da implementação, nesse sentido, pode subsidiar a análise dos processos nas intervenções complexas, na definição de um conjunto de agentes espaciais e temporais que geram mecanismos de mudança (432).

O termo “implementar”, do latim *implementum*, significa “pôr em execução; fazer o implemento de; efetuar, executar, fazer; prover ou suprir de implemento(s); elaborar (programa ou conjunto de programas); implantar” (378). Essa definição serve de base para a compreensão do conceito: “as pesquisas de implementação são a investigação científica de questões relativas à implementação — o ato de colocar em ação uma intenção, que — na pesquisa em saúde — podem ser políticas, programas ou práticas individuais (chamadas coletivamente de intervenções)” (379). Diferente da noção de implantar, do latim *in+plantar*, que traz a ideia de plantar(-se) alguma coisa pronta em outra (378), a implementação tem como pressupostos o desenvolvimento, a adaptação e a elaboração de uma intervenção considerando as necessidades, as características e o contexto local (433).

Nesse sentido, a ciência de implementação é o estudo orientado por metodologias científicas para facilitar a transição de práticas baseadas em evidência para a rotina dos serviços de saúde. Com isso, esperam-se promover melhores resultados de saúde nas comunidades (434,435). Entretanto, produzir mudanças institucionais e implementar políticas públicas e práticas de saúde pautadas em evidências são desafios para gestores e trabalhadores no mundo todo (2,3).

Existe uma longa trajetória entre a construção de evidências, tradicionalmente produzidas em contexto ideal, e a implementação no mundo real. Nem sempre é

decidido adotar as práticas baseadas em evidências na rotina da comunidade, já que outros fatores interferem nessa escolha: interesses políticos, disponibilidade de recursos, acesso ao conhecimento etc. Esses desafios estão no cerne da ciência de implementação e podem ser analisados e contornados com o apoio de modelos teóricos apropriados, coleta de dados do processo e adoção de estratégias de implementação (436).

Os modelos, as teorias e os construtos da ciência de implementação possibilitam, de modo geral, descrever a intervenção, monitorar o processo e mudar o curso da implementação de modo a aumentar o acesso, a equidade, a eficiência, a cobertura e a sustentabilidade de intervenções baseadas em evidências no cotidiano dos serviços de saúde (437,438). Para produzir mudanças que signifiquem o alcance do benefício pretendido, é necessário, porém, adequar a inovação sem retirar dela sua “essência”, o que implica o acesso à fidelidade. Uma prática baseada em evidência pode sofrer alteração em função de diferenças geográficas e culturais e da formação dos profissionais. O compromisso das pesquisas de implementação é tecer, portanto, um elo entre as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções, pretendendo, com isso, preencher esse *gap* na tradução do conhecimento das pesquisas e as evidências científicas para o mundo real e, em benefício da população, fortalecer os sistemas de saúde (2,3).

Se considerarmos uma tecnologia em saúde com evidência de eficácia comprovada sobre uma doença crônica, por exemplo, ainda teremos o desafio de responder questões como: como implementá-la? Quais barreiras e facilitadores? Quais estratégias utilizar? E, embora não haja garantia de sucesso, utilizar as ciências da implementação possibilita ganhar tempo ao identificar caminhos factíveis para a efetividade ou não da implementação. Para isso, busca-se considerar os processos multideterminados que interferem na implementação e criar soluções pautadas na adaptação dinâmica ao contexto local, às partes interessadas, aos recursos de assistência local e ao envolvimento com o usuário final para garantir, assim, que as mudanças representem melhorias de fato à saúde da população (439).

5.1. Estudos híbridos

As etapas das pesquisas tradicionais concentram esforços em garantir a eficácia das intervenções em condições ideais. Mas, ao buscar a aplicação das intervenções em condições reais, encontramos uma demora significativa ou, por vezes, a impossibilidade de implementá-las. Nesse sentido, a ciência da implementação considerou a combinação de métodos e desenhos para articular a tríade eficácia, efetividade e implementação e, assim melhorar o impacto das pesquisas na saúde pública (440,441). Essa tríade não deve ser vista de forma fragmentada e linear, do contrário, negligenciaremos a complexidade das intervenções. Portanto, há de superar a divisão clássica entre prática/teoria e eficácia/efetividade tão reconhecida na literatura (441,442,443,444,445,446). Por isso, a importância de investimento em projetos híbridos que combinem elementos de eficácia e aspectos do processo de implementação (441,447).

Os estudos híbridos pressupõem um conjunto de procedimentos para selecionar as unidades/pessoas participantes, para descrever e caracterizar as condições naturais em que ocorre o estudo e para avaliar antes, durante e depois da condução do estudo. Entretanto, cada tipo de estudo híbrido dará ênfase a certos aspectos desses procedimentos a depender do foco na eficácia da intervenção clínica *versus* processo de implementação (447).

A ênfase dos estudos híbridos do tipo I são os testes de eficácia da intervenção clínica. Em segundo plano, considera-se um componente avaliativo do processo de implementação, descrevendo fatores facilitadores e desafios na entrega da intervenção à população-alvo. Mas, nesse caso, não se avaliam as estratégias de implementação, pois se reconhece que o uso intensivo de suporte para efetivar estudos de eficácia clínica são pouco viáveis para a adoção generalizável: pagamento de clínicas, intervencionistas, verificação de fidelidade etc. (441). Então, os híbridos de tipo I são mais recomendados para situações em que as evidências de eficácia clínica permanecem limitadas e, ao mesmo tempo, onde se pode aproveitar a oportunidade da implementação para descrever questões que possam contribuir no planejamento de etapas posteriores (447).

Nesses casos, é importante utilizar uma estrutura para relatar os resultados e orientar o foco da implementação, considerando os facilitadores e desafios em diferentes níveis: organizacional, beneficiários, clínico, equipe etc. São muitos os modelos, teorias e estruturas (448,449). A título de exemplo, existe um estudo híbrido do tipo I que analisou a eficácia e a segurança das atividades físicas para sobreviventes de câncer de mama e, ao mesmo tempo, avaliou posteriormente as barreiras de implementação na comunidade local (450). Outro estudo conduziu uma avaliação de processo durante o teste de eficácia do programa “CALM” (451), realizando entrevistas por telefone após a intervenção com os provedores para identificar graus de ansiedade na atenção primária e mapear as necessidades de adaptações para próximas implementações do programa (441). Por vezes, estudos conduzem a coleta de dados exploratórios e preparatórios para a implementação antes de ela ocorrer, enquanto outros focam a adaptação e a disseminação da intervenção (452). Por fim, também é possível utilizar metodologias qualitativas, como fizeram Baloh et al. (453), que realizaram entrevistas continuadas com informantes-chave em paralelo com o ensaio controlado randomizado (RCT) do AIR, identificando diferentes níveis de prontidão para a intervenção, as principais barreiras (como rotatividade de pessoal) e os facilitadores (como a adaptabilidade) (447).

Nos estudos do tipo II, ocorre o teste simultâneo e de igual importância da efetividade de uma intervenção clínica e dos fatores relacionados à implementação. Há de se ter cuidado para não confundir, entre um e outro, os componentes que serão avaliados. Se uma prática baseada em evidência inclui, por exemplo, a entrega da intervenção por telefone, o uso do telefone não pode ser descrito como estratégia para a entrega. Esses estudos são mais recomendados para situações em que há comprovada eficácia de uma intervenção clínica para um cenário definido, e se quer testar os efeitos clínicos em outros contextos (454). Sabe-se, por exemplo, que a abordagem cognitivo-comportamental para a insônia tem ampla aplicação na saúde mental, mas ainda não em cuidados primários (447,455).

São recomendados quando há dados sobre facilitadores e barreiras à implementação, ou quando a implementação é uma demanda de um sistema ou política de saúde. Em função de demandas políticas ou de governos, os sistemas de saúde têm implementado intervenções com dados preliminares a respeito da eficácia.

Com isso, pode-se dar continuidade aos testes de eficácia enquanto se coletam informações sobre a implementação. Uma organização de saúde pode investir na implementação do rastreio de pacientes com alto índice de suicídio, realizando encaminhamentos adequados à saúde mental. Enquanto continua o estudo da eficácia da intervenção, poderia avaliar o impacto das estratégias de implementação da ferramenta de rastreio (447).

Então, algumas das diferenças importantes com relação ao híbrido tipo I é que no híbrido tipo II deve haver a descrição clara da estratégia de implementação e dos meios para a mensuração dos resultados (447,456). Estudos de implementação de intervenções eficazes de prevenção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) avaliaram simultaneamente a eficácia do programa e os fatores associados à implementação da intervenção (457,458). Um dos estudos realizou a mensuração dos facilitadores, das barreiras e da fidelidade da implementação, das crenças e das atitudes dos provedores. Utilizou como estratégia de implementação o treinamento de treinadores e a verificação da fidelidade (457,458).

Outra possibilidade para os estudos híbridos do tipo II é a realização simultânea de teste de eficácia e um estudo piloto de uma estratégia de implementação. Um estudo piloto obteve bons resultados em uma intervenção em quadros de diabetes associados à depressão. Ele examinou a eficácia da intervenção e, ao mesmo tempo, testou uma estratégia de implementação focada na adesão e fidelidade (459).

A pesquisa de Cully et al. (455) exemplifica os estudos híbridos do tipo II. Os autores realizaram um estudo clínico de terapia cognitivo-comportamental breve para depressão e ansiedade. Os pacientes foram randomizados para diferentes locais de tratamento. Associado ao teste de eficácia, realizou-se um estudo piloto da implementação nesses locais, utilizando um pacote de estratégias (treinamento clínico online, auditoria e *feedback* clínico e facilitação interna e externa). Eles coletaram dados sobre a viabilidade e a aceitabilidade da intervenção clínica e, ao mesmo tempo, sobre o impacto do pacote de intervenções (percepção sobre a importância da implementação, conhecimento clínico e fidelidade ao modelo) (447,455).

O estudo híbrido do tipo II comporta um estudo randomizado duplo, o que significa a aleatorização do tratamento e das estratégias de implementação em diferentes locais. Um estudo híbrido tipo II realizou o teste da eficácia de uma

intervenção breve baseada em entrevista motivacional para o uso de substâncias como um complemento aos cuidados habituais em organizações comunitárias de serviços de AIDS e da estratégia de implementação e facilitação de sustentação (ISF) como um complemento eficaz para a estratégia do Centro de Transferência de Tecnologia de Dependência (ATTC) (460,461).

Nos estudos híbridos do tipo III, o desfecho primário são os resultados de uma implementação e, em segundo plano, a coleta de informações a respeito dos resultados da intervenção clínica. Esses projetos comparam as estratégias de implementação e os impactos produzidos a nível de provedor, paciente e sistema. A randomização ocorre, porém em nível de sistema e provedor, o que significa que o que variam são as estratégias, as metas, as intensidades e, então, são comparados os efeitos *in loco*. Enquanto isso, busca-se compreender como as estratégias de implementação afetaram aspectos da fidelidade e adoção da intervenção clínica, utilizando-se a observação, sem necessidade de aleatorização a nível do paciente (447).

Os estudos híbridos do tipo III são recomendados diante do risco de os resultados de eficácia da intervenção clínica estarem vulneráveis à fidelidade da entrega. Lança-se mão de estratégias de implementação que garantem a aplicação segura da intervenção, sem prejuízos nos resultados de eficácia, em diferentes configurações do mundo real. É uma opção apropriada, também, quando há evidências limitadas a respeito da eficácia da intervenção, concomitante a uma forte tendência política, de governo ou do sistema de saúde em aplicá-la em larga escala. Nesse caso, geralmente se espera que já tenham ocorrido testes piloto demonstrando a viabilidade da intervenção e da estratégia de implementação (447).

Os resultados clínicos, nesse caso, são avaliados em segundo plano e podem ser acessados em prontuários médicos, por exemplo. Não é um tipo de estudo projetado para a coleta de dados primários, como escores de depressão e ansiedade relatados por pacientes. Podem-se acessar os prontuários dos pacientes, por exemplo, para identificar diagnóstico de depressão ou sintomas relatados pelos pacientes. Outro ponto importante é que, se houver dados limitados ou inexistentes sobre a estratégia de implementação que os investigadores pretendem utilizar, isso pode dificultar um estudo híbrido do tipo III (447).

Um estudo testou um pacote de estratégias de implementação na adoção e sustentabilidade de uma intervenção baseada em evidência para apoiar adultos deficientes e idosos que residem na comunidade nas tarefas da vida diária. Esse pacote de estratégia incluiu a coalizão e a construção de equipe, liderança e atitude do clínico em relação às avaliações de evidências, intervenção e facilitação na formação de uma coordenação multidisciplinar, auditoria e *feedback*, dentre outras. Houve a randomização de variadas estratégias de implementação para medir o impacto na adoção e sustentabilidade da intervenção. Mas, cada local conduziu a mesma intervenção clínica e os resultados clínicos foram reunidos a nível do paciente (447,462).

De modo geral, as características dos estudos híbridos foram compiladas (447) e seguem descritas no Quadro 1. Os autores indicam que os estudos híbridos do tipo I possam apoiar os ensaios clínicos tradicionais para relatarem os esforços em garantir a fidelidade da intervenção. Os estudos híbridos do tipo II podem realizar a randomização das estratégias de implementação para analisar o impacto delas sobre os resultados. Para os estudos híbridos do tipo III, seria importante fazer parceria com cientistas de implementação experientes, visto que o foco seria o desempenho de estratégias de implementação na aceitação e fidelidade (447).

Quadro 1 - Tipos de designs híbridos e os objetivos de pesquisa associados

Desenho do estudo	Híbrido Tipo I	Híbrido Tipo II	Híbrido Tipo III
Objetivo Primário	Determinar a eficácia de uma intervenção.	Determinar a eficácia de uma intervenção.	Determinar o impacto de uma estratégia de implementação.
Objetivo Secundário	Entender melhor o contexto para implementação.	*Determinar a viabilidade e/ou (potencial) impacto de uma estratégia de implementação.	Avaliar os resultados clínicos associados à implementação.

* Objetivo co-primário, simultâneo ao primário.
Fonte: Traduzido pela autora (447).

São muitos os desafios associados aos estudos híbridos: a) desacordos sobre a quantidade de evidências necessárias para começar a incluir um foco de

implementação; b) descrição adequada da base de evidência para a intervenção; c) realização de perguntas iniciais sobre as barreiras e os facilitadores para aceitação, desenvolvimento e teste piloto; d) definição da quantidade aceitável de variabilidade dos ensaios de eficácia originais e do contexto onde se pretende fazer a implementação; e) possibilidade ou não de aleatorização da seleção de estratégias de implementação ou se a seleção das estratégias deve ser feita de acordo com fatores do contexto, destinatários, teorias e nas contribuições das partes interessadas; f) interesse maior em demonstrar porque as estratégias funcionam (ou não), em vez de só demonstrar o seu impacto no alcance, adoção e fidelidade (463,464,465).

As ciências da implementação vêm se desenvolvendo, especialmente nas últimas décadas (435). Entre 2007 e 2012, os Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos subsidiaram a popularização da pesquisa de implementação por meio de reuniões focadas na ciência da implementação. Essa estratégia foi associada a um aumento de 300% nas pesquisas de implementação. Essas iniciativas se desdobraram nos anos seguintes com novos encontros para formar multiplicadores e expandir a ciência da implementação nos EUA. Além disso, essas iniciativas apresentaram recomendações e diretrizes para pesquisas de implementação (466).

Uma revisão narrativa feita por pesquisadores brasileiros apontou a necessidade de avançar na discussão sobre modelos, teorias e estruturas da ciência de implementação para subsidiar ações de gestores, pesquisadores e trabalhadores no desenvolvimento e aprimoramento de intervenções, programas, serviços e saúde políticas no Brasil e na América Latina (449). Curran (467) mostra que a dificuldade em entender os processos em torno da coisa a ser implementada é global. Pesquisadores, trabalhadores e gerentes querem ferramentas simples para entender o que é a coisa, como fazer a coisa, quais estratégias são úteis para fazer a coisa e medidas de resultados primários associadas a quanto e quão bem você pode implementar a coisa. Portanto, é importante discutir os desafios e as potencialidades do uso de ferramentas, teorias e modelos de implementação.

Outros estudos demonstram o esforço de pesquisadores brasileiros que vêm utilizando *frameworks* para avaliar as estratégias de implementação do apoio matricial na atenção primária (468). Eles querem promover um maior engajamento das partes interessadas por meio de um comitê gestor de pesquisa em implementação no campo

da saúde mental (469) para implementar um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situações de violência em um hospital universitário. Os estudos também têm destacado a possibilidade de utilização de grupos focais hermenêuticos na fase de pré-implementação de um centro de atendimento psicanalítico para pessoas expostas à violência (470,471,472).

Embora existam muitas ferramentas para orientar a ação da ciência da implementação, algumas têm sido utilizadas com mais frequência, estabelecendo um diálogo com a saúde coletiva, como o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) e *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance* (RE-AIM) (449). Nesse sentido, utilizaremos o CFIR para analisarmos o processo de implementação de uma intervenção complexa: um dispositivo de atenção psicossocial para pessoas expostas à violência em um hospital universitário em Campinas/SP.

5.2. O Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR)

Em 2009, foi desenvolvida a ferramenta CFIR pela Iniciativa de Pesquisa de Melhoria da Qualidade do Diabetes (QUERI) da *Veterans Affairs* e, uma década depois, a mesma equipe revisou a literatura sobre diretrizes de implementação. Neste estudo, foram revisadas mais de quinhentas publicações sobre implementação, em treze diferentes áreas. Definiu-se, então, o processo de implementação dividindo-o em cinco dimensões. Também se elaborou um guia com a descrição de modelos lógicos e teorias de avaliação de barreiras e facilitadores da implementação (473).

O CFIR possui construtos consistentes e é abrangente para diversos desenhos de avaliação. Também é útil para a análise sistemática e organização de resultados da implementação, como documentos de atas, questionários e planilhas. Ele tem sido utilizado na coleta de dados, na análise e/ou em ambas as dimensões do processo de estudo. Comumente há escolha das dimensões e constructos que serão aplicados ao contexto das pesquisas e implementações onde será utilizado. Nesse sentido, o CFIR serve como marco para pesquisadores, gestores e implementadores de serviços, programas e práticas (474,475,476,477). Por meio do CFIR, é possível personalizar o processo de implementação para diferentes cenários, uma vez que capta a complexidade do processo de implementação. Possibilita o teste de hipóteses e

permite avaliar as barreiras e facilitadores da implementação, e o contexto em que ocorreu a implementação (478,479).

O CFIR tem presença estabelecida na literatura científica, o que ajuda a reunir dados e informações sobre as potencialidades de seu uso. Podemos destacar a avaliação do processo de implementação considerando: a) a intervenção em si, b) as configurações internas, c) as configurações externas, d) os indivíduos; e e) o processo de implementação (480). Outros estudos avaliaram boas práticas no uso do CFIR em programas que lidam com doenças crônicas como câncer, obesidade, uso de substâncias e descrevem os fatores determinantes da efetividade das intervenções (474,476,481).

Considerando os desafios da pesquisa de implementação, como, por exemplo, as medidas relacionadas à participação e avaliação do público-alvo das intervenções, o CFIR pode auxiliar nas decisões quanto ao desenho da pesquisa e até mesmo nas fases de coleta e análise de dados, buscando determinantes da implementação nos resultados encontrados (478,477). O CFIR e os documentos relacionados podem ser acessados *online* sem custo: https://cfirguide.org/choosing-strategies/

5.3. Determinantes da implementação

Os determinantes da implementação são forças ativas e dinâmicas que interferem a favor e/ou contra os esforços de consolidar a inovação em um novo cenário. O CFIR é uma estrutura que delineia um conjunto de determinantes contextuais que logram interferir nos resultados da implementação. O CFIR atualizado contém 48 temas e 19 subtemas divididos em 5 domínios (com um domínio incluindo dois subdomínios). Os domínios são potentes para prever e explicar as barreiras e os facilitadores (variáveis independentes) para a efetividade da implementação (variáveis dependentes). São igualmente úteis para informar as estratégias utilizadas para abordar os determinantes da implementação ou ainda para fundamentar hipóteses prospectivas ou retrospectivas sobre como favorecer o sucesso da implementação (482).

O Domínio Inovação diz espeito as características da “coisa” que está sendo implementada. Como por exemplo, destaca-se a fonte, as bases de evidências, a

vantagem relativa, a adaptabilidade, a testabilidade, a complexidade, o desenho e os custos. É importante para definir a inovação e identificar futuras áreas onde pode ser implementada.

Os Domínios de Configuração Externa e Interna são difíceis de delimitar. Isso porque os contextos externo e interno são relativos ao âmbito da implementação da inovação e, além disso, interagem de forma interdependente. Entretanto, diferenciar as influências internas e externas sobre a performance das organizações é um princípio central na ciência de implementação. A Configuração Externa diz respeito ao ambiente que extrapola os limites do local onde a inovação está sendo implementada. Na Configuração Externa estão determinantes como valores, crenças, condições socioeconômicas, ambientais, políticas, tecnológicas, financiamento, movimentos sociais etc. A Configuração Interna diz respeito ao ambiente em que a inovação é implementada. Na Configuração Interna estão determinantes como a cultura centrada na igualdade humana, no destinatário, no distribuidor, na aprendizagem, a prontidão para a implementação, os recursos disponíveis, o acesso ao conhecimento, o envolvimento da liderança etc.

O Domínio de indivíduos define quem são os sujeitos, as características, os papéis identidades profissionais, habilidades e capacidades, autonomia e nível de envolvimento na implementação da inovação. Nesse domínio incentiva-se mapear e definir quem são os destinatários, a liderança e a equipe. Igualmente, busca-se detalhar as motivações, as oportunidades e a capacidade que os sujeitos exercem para mudar o comportamento a favor ou não na promoção da implementação.

O Domínio Processo de Implementação é a descrição clara e detalhada da estrutura ou abordagem geral que orientou a inclusão da inovação em um novo contexto. Nesse domínio, busca-se mapear quais e como os processos influenciaram os resultados da implementação. Então, pode-se dimensionar o processo retrospectivamente ou prospectivamente no sentido de definir as atividades e estratégias utilizadas para implementar a inovação (equipe, avaliação das necessidades, planejamento, reflexões, adaptação etc.).

5.4. Estratégias de implementação

As estratégias de implementação são componentes do *como* fazer a tradução da evidência científica para a rotina dos serviços. Elas representam uma prioridade para investigação (483), visto o impacto que pode produzir nas políticas públicas (483). Entretanto, são pouco relatadas em estudos empíricos e, quando são, encontra-se limitações de evidências a respeito da eficiência, custo e eficácia delas. Geralmente, elas são mal descritas, falta clareza de detalhes e profundidade (484) quanto a operacionalização, e raramente há justificativas teóricas em torno das estratégias utilizadas. Isso inviabiliza a reprodutibilidade da implementação (431,485,486).

Com o intuito de superar essas limitações, Proctor, Powell e McMillen (485) definem padrões específicos para caracterizar estratégias de implementação. Eles relatam a necessidade de nomeação, descrição clara e detalhes da operacionalização. Sugerem que as estratégias sejam descritas a partir de sete dimensões: ator, ação, metas de ação, temporalidade, dose, resultados de implementação e justificativa teórica. No mesmo esforço, Michie et al. (487) compilou 93 estratégias de mudança de comportamento, enquanto Powell et al compilou 72 estratégias de implementação (**Erro! Indicador não definido.**) e 68 específicas para o contexto clínico (488), agrupando-as em seis processos principais (planejamento, educação, financiamento, reestruturação, gestão da qualidade, atendimento ao contexto político).

As estratégias de implementação são as técnicas e táticas utilizadas como *meio* para concretizar a mudança. Elas podem ser classificadas como discretas ou multifacetadas. As discretas são as ações ou atividades que, enquanto componente único, promove a prática baseada em evidência por si só. Por outro lado, a depender da complexidade da prática baseada em evidência em vista, pode ser necessário um conjunto de ações e atividades para promover a adoção, implementação e sustentabilidade (441). Por exemplo, estudos indicam que a *Availability, Responsiveness and Continuity* (ARC), por si só, pode melhorar a cultura organizacional, o clima e as atividades no trabalho de jovens (489,490). Outro estudo indica que a ARC pode ser utilizada como estratégia para implementação de uma

inovação psicossocial (terapia multissistêmica) (491). Nesse sentido, a necessidade de melhor especificação e relato de estratégias são fundamentais para a interpretação dos resultados, replicação e extensão da investigação e divulgação dos estudos de implementação (492).

5.5. Resultados da implementação

Tradicionalmente, se conceitua o sucesso da implementação de um tratamento, programa ou serviço em saúde mental, medindo os resultados clínicos ao nível do atendido. Opcionalmente se monitora aspectos relativos aos processos e fluxos de trabalho envolvidos na prestação de serviços. Entretanto, o tempo é uma variável chave no processo de implementação e o estudo dos acontecimentos que nele transcorrem (barreiras, facilitadores, estratégias) são um caminho necessário agilizar o escalonamento das intervenções nas mais variadas configurações territoriais, relacionais, governamentais, culturais e econômicas, público-alvo, dentre outras.

De acordo com Proctor et al. (530), os “resultados da implementação” de uma inovação, decorrem de ações deliberadas e intencionais para manejar barreiras e potencializar facilitadores identificadas no processo. Eles representam os determinantes da implementação: a aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, penetração e sustentabilidade. Os indicadores são obtidos a partir da descrição dos fatores determinantes para operar a implementação no que tange ao processo, as configurações internas e externas, as características da inovação e aos indivíduos (530).

A *aceitabilidade* é a compreensão entre as partes interessadas (atendidos, comunidade, familiares, trabalhadores, gestores etc.) a respeito do quanto a inovação (tratamento, serviço, prática ou inovação) é desejável e satisfatória nas configurações locais. As dimensões da aceitabilidade (conteúdo, complexidade ou conforto) podem interferir em maior ou menor grau para a aceitação da inovação (530). Ela pode ser mensurada por meio do conhecimento e da experiência das partes interessadas seja por meio de entrevistas (493,494) ou aplicação de inventários (495).

A *adoção* é a disposição ou ação inicial dos fornecedores ou de uma organização para empregar a implementação da inovação (530). Ela pode ser

mensurada por meio da análise de itens pré e pós implementação (496) e entrevistas com profissionais da linha de frente (497).

A *adequação* é a interpretação sobre a relevância ou compatibilidade do uso de uma inovação nas configurações específicas de um ambiente para solucionar problemas. Uma inovação pode ser considerada adequada para o tratamento de uma condição, mas não aceitável por ser controversa quanto à missão do serviço ou expectativas da equipe de trabalho (530). Analisar o clima e a cultura organizacional é uma forma de mensurar a adequação e detectar resistências aos esforços da implementação (498).

A *viabilidade* é o quanto uma inovação pode ser executada e factível em uma configuração (499). Representado em baixas taxas de recrutamento, retenção ou participação, é analisado retrospectivamente para explicar o sucesso ou não de uma implementação. Por exemplo, uma inovação pode ser aceitável (desejável), ser adequada (compatível com a missão organizacional), mas não viável pela ausência de capacitação técnica ou de recursos materiais (530).

A *fidelidade* é o grau de similaridade entre a inovação executada e a prescrita no protocolo original (500,501). Ela pode ser mensurada por meio de autorrelato, observações diretas, análise de relatos, áudios e vídeos e entrevista com atendidos (502,503,504). Segue a análise comparativa entre a inovação real e a planejada, quanto a adesão ao protocolo do programa, à dose ou quantidade entregue e a qualidade da entrega (503,505).

A *penetração* é a integração de uma inovação no ambiente de serviço (530). Ela pode ser calculada quanto aos atendidos (por exemplo, o número de pessoas elegíveis que utilizam o serviço, dividido pelo número total de pessoas elegíveis para o serviço) e quanto aos serviços (número de prestadores que prestam o serviço, dividido pelo número total de prestadores formados ou que se espera que preste o serviço) (506). Essa construção representa o alcance (507) e o nível de saturação (501) da inovação.

A *sustentabilidade* é o grau em que uma inovação é mantida como parte das atividades estáveis e contínuas de um serviço (530). O processo de institucionalização de uma inovação pode ocorrer de três formas: passagem (evento único, por exemplo, um financiamento transitório se torna permanente), mudança em ciclos (esforço

repetitivo para introdução da prática na rotina) e saturação (a inovação está integrada em todos os subsistemas) (501,508,509,510,511). Ele pode ser relacionado com a penetração ou viabilidade, a medida em que uma maior penetração pode contribuir para uma maior sustentabilidade a longo prazo (530).

Diante do exposto, podemos dizer que as funções dos “resultados da implementação” são: a) fornecer indicadores do sucesso da implementação da inovação, b) fornecer indicadores proximais dos processos de implementação da inovação e c) fornecer os resultados intermediários chave a respeito da eficácia do tratamento e da qualidade dos cuidados (530). Esses resultados possibilitam a construção de evidências a respeito das condições necessárias para que sejam alcançadas mudanças subsequentes e resultados da inovação implementada. Os resultados da implementação seriam a condição para os resultados do serviço e, estes por sua vez, para os resultados da inovação sobre os atendidos. E para isso, é importante saber se, quando os esforços para transposição de práticas baseadas em evidência são frustrados, houve uma falha da inovação ou da implementação. A falha da inovação diz respeito ao funcionamento e efetividade da *coisa* no novo cenário, enquanto a falha de implementação diz respeito ao fato de a *coisa* funcionar, mas não ter sido implementada adequadamente (530).

5.6. Desafios para a ciência de implementação na América Latina

Entende-se que as possibilidades de replicação das teorias, modelos e estruturas de pesquisa de implementação dependem de mais estudos realizados na América Latina, pois a maior parte da literatura internacional aborda questões de países de língua inglesa, tão diferentes das culturas latino-americanas, por isso seus resultados não podem ser replicados em nosso contexto (512,513). Assim, há limites para a generalização de *frameworks* na ciência da implementação e a necessidade de contextualização (438). Eles foram projetados e usados em países desenvolvidos de alta renda (514). As histórias, valores, afetos e hábitos de sociabilidade latino-americanos não são comparáveis, por exemplo, à subjetividade anglo-saxônica (515). Além disso, as características dos países anglo-saxões são muito diferentes do contexto da América Latina, marcado por desigualdades sociais. Essas diferenças

influenciam as configurações dos sistemas de saúde em termos de modelos, funcionamento e regulação (516,517,518,519). A fragilidade institucional, a instabilidade das administrações e o amadorismo da gestão em saúde na América Latina conspiram contra a estabilidade e a sustentabilidade das investigações baseadas na ciência da implementação.

Nesse sentido, entendemos que nos países latino-americanos, para colocar uma intenção em ação (políticas, programas ou práticas), o primeiro desafio é superar a ideia de implantação e propagar a ideia de implementação. Estratégias de implementação para fazer a coisa funcionar e medidas de resultados sobre quão bem os implementadores fazem a coisa são formas de equipar as pessoas para fazer as coisas, para lidar com o desconhecido por meio de previsões e hipóteses (435,467). Mas, diferentemente da ideia de implantar, que é entendida como a mera aplicação de algo pronto em alguma realidade (do latim *in+plantar*) (520), a ideia de implementar sugere um processo de elaboração, desenvolvimento e adaptação de uma intervenção considerando as singularidades e especificidades de um contexto local, melhorando efetivamente os resultados (521,522). Portanto, não há possibilidade de implementação bem-sucedida nos países latino-americanos sem o envolvimento dos diversos atores que facilitam a adaptação cultural, o entendimento das barreiras locais e as potencialidades para ações e intervenções em saúde (521,522).

Para potencializar os estudos latino-americanos de implementação, é importante ampliar a perspectiva integrando o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos impactos das intervenções nos processos de implementação em andamento. No entanto, a implementação de políticas públicas de saúde no SUS brasileiro enfrenta inúmeros obstáculos, que podem ser analisados tanto do ponto de vista do planejamento quanto da avaliação de resultados (523,524). A literatura publicada principalmente entre 1987 e 2010 mostra que, em geral, a avaliação de políticas públicas é um tema de interesse de pesquisa mais prevalente do que a implementação (523,524).

A América Latina é marcada por difíceis mudanças sociais e atravessada pelos planos do governo em exercício. Esse processo é desafiador pela cristalização de um modo de pensar e agir, mas também pelas constantes mudanças na administração e alternância de poder, quando os atores políticos frequentemente têm interesses

divergentes para as políticas públicas (525). Como resultado, a implementação de políticas públicas muitas vezes ocorre por favoritismo e não pela eficácia demonstrada pela intervenção na solução de problemas públicos. Além disso, esse processo ocorre porque questões ideológicas já instituíram essas ações. Afinal, é fácil de reproduzir por tradição ou mesmo por se basear em dados parciais ou incompletos que avaliam apenas custos e eficácia (524).

A racionalidade, que deveria buscar respostas para os problemas públicos com base na ciência, acaba sofrendo interferências ideológicas que poderiam ser contornadas com a democratização do acesso à pesquisa de implementação pelos interessados. Com a participação efetiva de inúmeros stakeholders, eles poderiam ser questionados com mais frequência sobre os benefícios da implementação e a diferença que faria na vida das pessoas e comunidades (526,527,528).

Uma questão central nos estudos de implementação nos países latinos é a seguinte: devemos implantar este programa de cima para baixo ou de baixo para cima? Uma importante questão política para a pesquisa participativa. Na abordagem *top down*, a intervenção deve ser implantada a partir de diretrizes claras avaliadas por indicadores e resultados definidos pelos proponentes, que controlam e comandam o processo de mudança institucional. Eles usam sistematicamente mecanismos legalmente estruturados para afetar a estrutura, exigindo um centro de comando de base. Como resultado, espera-se um impacto socioeconômico focado na sustentabilidade da intervenção. O problema é que, com essa abordagem, pode haver coerção para implementar ações se o governo ou a administração exigir mudanças sem o devido incentivo, apoio, recompensa ou motivação. Além disso, podem exigir resultados sem as condições necessárias, como autonomia, governança dos gestores locais e legitimidade, o que os torna mais suscetíveis a impedimentos burocráticos (524,529).

Pelo contrário, na abordagem ascendente, o foco inicial é o nível local. Há maior articulação com os trabalhadores, que são efetivamente incluídos na construção e desenvolvimento das ações. O conhecimento prático de quem está na linha de frente é valorizado. Aqueles com experiência com o problema devem participar da construção da intervenção ou solução. A implementação acontece por meio da interação de diversos atores, principalmente os processos formativos, que tornam as

intervenções mais sustentáveis, aceitas e fortes. Como ponto fraco, pode haver uma depreciação do histórico de intervenções anteriores, uma vez que a ênfase está no contexto e na realidade atual. A interação entre os envolvidos é frequentemente mais valorizada do que a implementação (529).

Por fim, visando sintetizar as abordagens *top-down* e *bottom-up*, a terceira geração de teorias entende que ambas as abordagens são possíveis para diferentes realidades e enfoques, embora nenhuma seja exclusiva. Por exemplo, para implementar programas, considera-se que as abordagens *top-down* têm uma grande vantagem quando o objetivo é avaliar a estrutura em geral. No entanto, quando as questões centrais estão a formar e a mudar a prática, é desejável adotar uma abordagem que valorize os sistemas e conhecimentos locais (*bottom up*) (529). Portanto, ambas as abordagens influenciam os modelos atuais de pesquisa de implementação, citando como exemplos a aceitabilidade, a sustentabilidade e a adaptação de projetos aos contextos (530,531).

6. OBJETIVOS

Geral:

Analisar o processo de implementação de uma tecnologia psicossocial, os grupos breves psicanalíticos, para pessoas expostas à violência na região norte de Campinas/SP.

Específicos:

- Identificar os principais modelos, teorias e estruturas no campo das pesquisas de implementação e possíveis contribuições no âmbito da saúde coletiva;
- Descrever o planejamento do projeto de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência, destacando os desfechos esperados;
- Analisar o processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência por meio dos documentos (atas, relatórios, anotações), descrevendo o modo como de fato ocorreu;
- Discutir as principais dificuldades e as respectivas estratégias que possibilitaram a implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência em contexto real.

7. METODOLOGIA

Essa pesquisa faz parte do projeto matriz intitulado “Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência em um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404) e financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9). O projeto matriz tem como objetivo implementar grupos breves psicanalíticos para adolescentes e mulheres expostos à violência e articular a rede de serviços do distrito norte de Campinas/SP. Nesse sentido, o projeto conjuga diferentes técnicas de pesquisa, conduzidas ao longo de três etapas: a pré-implementação, a implementação e a pós-implementação.

7.1. Local do estudo matriz

A Macrorregião Norte de Campinas tem cerca de 200 km² e 200.000 habitantes, e se divide administrativamente em quatro regionais: AR04, AR11, Subprefeitura de Barão Geraldo e a Subprefeitura de Nova Aparecida. Ela tem uma localização estratégica para a realização de projetos de alcance regional, pois abriga o Terminal Intermodal de Cargas (TIC), depósitos alfandegários no polo da CIATEC, e o Techno Park, onde 55 empresas de vários setores, tecnologia da informação, biotecnologia etc. estão instaladas. Ela se destaca como uma das regiões mais desenvolvidas economicamente, um polo tecnológico, científico e cultural que preserva uma ampla área verde e rural.

Ela oferece uma variedade de serviços, como a base da Polícia Militar e da Guarda Municipal, a Praça de Esporte Orestes Quércia e o Corpo de Bombeiro, as Unidades Básicas de Saúde, as Escolas, os Centros de Assistência Social, os Centros de Referência em Assistência Social, entre outros. Além disso, nessa região ficam a Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, a Faculdade de Campinas FACAMP e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas PUC-Campinas. Essa região também possui patrimônios históricos, culturais e naturais, como: Escola de Cadetes,

Torre do Castelo, Biblioteca, Casarão de Barão, Bosques dos Italianos e Bosque dos Alemães.

Devido aos altos níveis de violência que a população da região sofre, conforme dados registrados no Sistema de Notificação de Violências, a escolha pela região se explica pelo fato de que a população da mesma é atendida pelo Hospital Universitário da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), local onde aconteceria a implementação em parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a rede de Assistência Social e da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (SP).

O ambulatório implementado atendeu em 2021 apenas adolescentes e mulheres que moravam na Macrorregião Norte do município de Campinas (SP), escolhida por causa da posição estratégica para facilitar o acesso ao local onde o serviço foi implementado: Unicamp. Porém, a partir de 2022, com o objetivo de ampliar o acesso, implementou-se como estratégia o auto encaminhamento. E a partir desse momento, adolescentes e mulheres de outras macrorregiões começaram a participar, ocorrendo uma ampliação do público beneficiado pelos atendimentos em grupo de base psicanalítica.

7.2. População do estudo matriz

Em geral, o estudo envolveu pessoas que sofreram violência e que pertenciam à Macrorregião Norte de Campinas (SP). Levando em conta a fase da implementação dos grupos de base psicanalítica, oferecida pelo Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV), a intervenção atendeu adolescentes (14 a 17 anos) e mulheres (a partir de 18 anos).

Membros do Comitê Gestor da Pesquisa e da Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV), formado por profissionais dos serviços de saúde e assistência social que atuam na Macrorregião Norte de Campinas (SP), incentivaram e coordenaram o recrutamento. Eles enviaram os participantes por meio de um formulário online, seguindo os critérios: ter entre 14 e 17 anos se for adolescente, ter 18 anos ou mais se for mulher, não ter feito psicoterapia regular nos últimos seis meses, não ter transtorno mental grave, querer

fazer atendimentos em grupo, ter sofrimento relacionado à violência e ser pessoa que sofreu violência indiretamente.

Os serviços envolvidos indiretamente no processo de implementação dos grupos de base psicanalítica foram:

a) na etapa de pré-implementação: ocorreu uma Oficina de Consenso no 1ºsemestre de 2020, na faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no departamento de saúde coletiva. No relatório técnico enviado ao CNPq consta que essa etapa teve a presença de 35 pessoas, sendo 13 Trabalhadores e 07 Gestores vinculados aos serviços da saúde e da Assistência Social do distrito Norte de Campinas, 08 Pesquisadores, incluindo a Coordenadora da pesquisa, 02 Professores convidados, 04 Usuários, 01 Trabalhador da educação;
b) na etapa de implementação, o dispositivo RASEV realizou os encaminhamentos do público-alvo, além de outras atividades que serão objeto de estudo de outra tese de doutorado ligada ao projeto matriz. Nessa etapa, conforme o relatório final enviado ao CNPq, os serviços que participaram indiretamente da implementação do grupo de base psicanalítica, assegurando o encaminhamento e facilitando o acesso ao serviço implementado foram:

> 19 serviços da assistência social, sendo 13 serviços da proteção básica: CRAS Vila Régio (01 Psicóloga, 01 Agente de Ação Social), CRAS Espaço Esperança (02 Agentes de Ação Social, 01 Assistente Social, 01 Psicóloga), DAS NORTE (04 Assistentes Sociais, 01 Assistente Administrativo), Firma Casa (01 Educadora Social, 01 Assistente Social), CPTI (01 Agente de Ação Social, 01 Educador Social) Semear (01 Assistente Social), Grupo Primavera (01 psicóloga e a 01 coordenadora pedagógica), Mãe Maria Rosa (01 Assistente Social e 01 Educadora Social), Direito de Ser (01 Assistente Social), ABC (01 Assistente Social, 01 Coordenador Pedagógico), Vedruna (02 Assistentes Sociais) , União Cristã Feminina UCF (01 Assistente Social), Educandário Eurípedes CEAK (02 Assistentes Sociais). 05 serviços da proteção especial de média complexidade: CREAS Norte (01 Agente de Ação Social,01 Assessora jurídica, 03 Assistentes Sociais) SESF-CPTI (02 Assistentes Sociais, 01 Psicóloga, 01 Educador Social), SESF-SETA (02 Psicólogas), SESF Ação Forte (01 Psicóloga), PSE-CEI (01 Psicóloga, 01 Assistente Social) e 01 serviço da Proteção especial de alta complexidade: Casa de Passagem Betel (04 Agentes de Ação Social). Também contamos com a participação de 05 serviços da saúde, C.S São Marcos (01 Médica Ginecologista, 01 Técnica de Enfermagem, 01 Psicóloga, 01 Agente Comunitário de Saúde), C.S Santa Mônica (01 Médica Ginecologista, 02 Enfermeiras,

> 01 Enfermeiro residente,01 Educador Físico residente), C.S San Martin (01 Médica da saúde da família, 01 Enfermeira, 01 Enfermeira residente, 02 Técnicas de Enfermagem), C.S Cássio Raposo (01 Enfermeira, 01 Agente Comunitária de Saúde), NASF Nascente (01 Farmacêutica, 01 Terapeuta Ocupacional).

A equipe do NAPEV que esteve envolvida diretamente ao longo do processo organização e logística dos atendimentos dos grupos de base psicanalítica foram os pesquisadores do Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental Interfaces - Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência, os residentes do Programa de residência multiprofissional em saúde mental, estudantes de graduação da Unicamp que fazem parte do Programa de Extensão e Iniciação Científica. Os terapeutas envolvidos diretamente no atendimento do público-alvo são parte dos coletivos citados e são objeto de estudo de outra tese de doutorado vinculada ao projeto matriz, cujo foco é a compreensão do manejo grupal no atendimento de adolescentes e mulheres expostos à violência.

7.3. Metodologia do estudo matriz

O projeto matriz realizou análise multidimensional do processo de implementação do programa, integrando fatores sociais, contextuais e individuais na análise dos resultados obtidos (532). Sistematizamos a proposta de intervenção em três etapas: “pré-implementação: diagnóstico situacional da rede e desenho do ambulatório”; “implementação: consolidação e monitoramento das mudanças” e “pós-implementação: mensuração do impacto”.

Na “pré-implementação: diagnóstico situacional da rede e desenho do ambulatório” grupos focais, oficinas de consenso e o levantamento de dados secundários foram as estratégias desenvolvidas para traçarmos o diagnóstico situacional da rede e aprimorar o desenho do ambulatório.

Na fase da implementação são capacitados os cuidadores, monitores, educadores e equipes técnicas. Essa capacitação aborda a temática da violência para aproximá-los dos problemas relacionados à violência e fortalecer repertório para identificação da necessidade de cuidado e encaminhamento. No Hospital Universitário são implementados os grupos terapêuticos de base psicanalítica, supervisionados e

monitorados ao longo do ano. Realizou-se participação mensal em reunião de equipe, tanto das unidades básicas de saúde da região de abrangência do projeto quanto dos serviços da assistência social, para discutir os casos das crianças, adolescentes e adultos acompanhados pelo ambulatório. Busca-se com essa atividade qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos etc.).

Na fase de pós-implementação foi planejada uma avaliação, a partir de estatística descritiva, para caracterizar a população do estudo. Igualmente foi planejada uma avaliação do processo de implementação.

7.4. Pesquisa documental: coleta e análise

O presente estudo toma como foco a análise do processo de implementação dessa tecnologia psicossocial. Os dados foram coletados entre julho de 2018 e outubro de 2023. Trata-se dos registros elaborados pelos atores envolvidos diretamente na implementação. Os registros são: relatórios, atas das reuniões técnicas do Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência (GTPV), da Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV), Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV), do Comitê Gestor da Pesquisa (CGP), das reuniões de supervisão clínica, os prontuários dos grupos breves psicanalíticos, os materiais gráficos disseminados, manuais, videoconferências etc.

No período entre março e outubro de 2023, realizou-se o levantamento dos registros armazenados em *cloud computing,* pelo serviço gratuito do google drive, em conta privada associada ao projeto e gerenciada pela sua coordenação. Os critérios de inclusão na amostra foram: ser documento criado entre o período de julho de 2018 a outubro de 2023; ser documento criado por pesquisador, terapeuta ou extensionista ligado diretamente na implementação e execução dos grupos de base psicanalítica; ser documento que contém descrição dos desafios encontrados ao longo do processo de implementação da inovação e das estratégias construídas para superá-los; ser documento que contém descrição da dinâmica de trabalho desenvolvida para a

implementação da inovação; ser documento relevantes para a compreensão dos determinantes, estratégias e resultados da implementação da inovação.

Os registros incluídos foram classificados de acordo com a data, o tipo e o conteúdo, após uma leitura cuidadosa desses registros. O conjunto de dados foi composto por: dois relatórios do ano de 2018 (projeto inicial submetido ao comitê de ética e a Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018); vinte e cinco atas do ano de 2019; nove atas do ano de 2020; vinte e três atas de 2021; dezoito atas e uma videoconferência do ano de 2022; quinze planilhas, dois materiais gráficos, quatro atas, trinta e oito prontuários, seis trabalhos publicados, um manual e uma videoconferência do ano de 2023. Diante disso, totalizaram-se 145 registros analisados.

Identificou-se a falta de registros armazenados em *cloud computing* sobre a etapa de implementação feita a partir de julho de 2021. Por isso, foi preciso fazer entrevistas individuais adicionais com seis residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva – Unicamp, que exerceram a função de terapeutas e apoiadores matriciais desde esse período (um fonoaudiólogo, duas terapeutas-ocupacionais, um enfermeiro, duas psicólogas). Além dos entrevistados, a psicóloga que foi supervisora clínica da equipe de terapeutas do NAPEV, a terapeuta-ocupacional que liderou a RASEV, a terapeuta ocupacional que liderou o Comitê Gestor da Pesquisa, três pesquisadoras mestrandas do Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência.

As entrevistas tiveram cerca de trinta minutos e foram feitas pelo aplicativo de mensagens WhatsApp nos meses de setembro e outubro de 2023. O diálogo com os entrevistados foi orientado por meio de uma planilha com a descrição detalhada de sete dimensões das estratégias de implementação usadas: ator, ação, metas de ação, temporalidade, dose, resultados de implementação e justificativa teórica. Da mesma forma, procurou-se informações adicionais sobre o acesso e adesão dos atendidos nos grupos breves psicanalíticos. Essas informações obtidas foram organizadas no preenchimento das dimensões, em gráficos e tabelas que serão mostrados na sessão dos resultados.

Fez-se uma análise retrospectiva do processo de implementação, com base nos dados obtidos. Obteve-se dados descritivos sobre acesso, adesão e perfil dos encaminhamentos. Além disso, fez-se a interpretação, compilação e classificação das

informações conforme o que Proctor et al. (530) chamou de determinantes de implementação, estratégias de implementação (492) e Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. (482) chamou de resultados da implementação. Com base nessas referências importantes para a ciência de implementação, procurou-se explicar quais foram os obstáculos e facilitadores, como foram tratados e como eles ajudaram no êxito da implementação.

O Quadro 2 (“Estratégias escolhidas para explicar o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas que sofreram violência”) foi feito a partir da tradução e interpretação das 73 estratégias de implementação reunidas por Powell, Waltz, Chinman e colaboradores (**Erro! Indicador não definido.**). Através de uma análise retrospectiva do processo de implementação cada estratégia foi escolhida de acordo com a melhor descrição das ações feitas no projeto, para lidar com os determinantes e os resultados da implementação. Por isso, os resultados serão baseados em uma análise documental com base nas estratégias descritas a seguir.

Quadro 2 - Estratégias selecionadas para explicar o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência

Estratégia	Definição
Acessar novos financiamentos	Acessar recursos financeiros novos ou existentes para facilitar a implementação.
Fazer uma avaliação local das necessidades	Coletar e analisar dados relacionados à necessidade da inovação.
Desenvolver um plano formal de implementação	Desenvolver um plano formal de implementação, que inclua os objetivos e as estratégias para alcançá-los. Usar e atualizar o plano para orientar o esforço de implementação ao longo do tempo.
Desenvolver parcerias acadêmicas	Desenvolver parcerias unidade acadêmica para fins de aprendizado e compartilhamento das habilidades de pesquisa.
Envolver as diretorias	Envolver as estruturas de governança existentes no esforço de implementação, apresentando revisão de dados sobre os processos.

Formalizar os compromissos com a inovação	Formalizar os compromissos por escrito dos principais parceiros, onde será explícito o que farão para implementar a inovação.
Reexaminar intencionalmente a implementação	Monitorar o progresso, ajustar as práticas clínicas e as estratégias de implementação para melhorar continuamente a qualidade do atendimento.
Implementar a inovação por meio de etapas, ampliando-a gradualmente	Realizar os esforços de implementação por meio de fases, começando com pequenos pilotos ou projetos de demonstração, e ampliar gradualmente a inovação para todo o sistema.
Reunir a equipe de implementação da inovação clínica	Apoiar a equipe que implementa a inovação clínica, oferecendo espaço e tempo protegido para refletir sobre o esforço de implementação, compartilhar as lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros.
Construir uma coalizão	Recrute e cultive relacionamentos com parceiros no esforço de implementação.
Conduzir discussões de consenso local	Incluir provedores locais e outras partes interessadas em discussões que abordem se o problema escolhido é importante e se a inovação clínica para o abordar é apropriada.
Promover a adaptabilidade	Identificar as maneiras pelas quais uma inovação clínica pode ser adaptada para atender às necessidades locais e esclarecer quais elementos da inovação devem ser mantidos para preservar a fidelidade.
Use conselhos consultivos e grupos de trabalho	Criar e envolver um grupo formal de vários tipos de partes interessadas para fornecer informações e conselhos sobre os esforços de implementação e obter recomendações para melhorias.
Fazer reuniões educativas	Realizar reuniões direcionadas a diferentes grupos de partes interessadas (por exemplo, provedores, administradores, outras partes interessadas organizacionais e comunidade, paciente/consumidor e familiares) para ensiná-los sobre a inovação clínica.
Fazer visitas educativas	Faça com que uma pessoa treinada se reúna com os provedores em seus ambientes de prática para educar os provedores sobre a inovação clínica com a intenção de mudar a prática do provedor.

Criar um aprendizado colaborativo	Facilitar a formação de grupos de provedores ou organizações provedoras e promover um ambiente de aprendizado colaborativo para melhorar a implementação da inovação clínica.
Promover a articulação de rede	Identificar e construir relacionamentos e redes de trabalho de alta qualidade existentes dentro e fora da organização, unidades organizacionais, equipes, etc.
Desenvolver materiais educativos	Desenvolver e formatar manuais, kits de ferramentas e outros materiais de apoio de forma a tornar mais fácil para as partes interessadas aprender sobre a inovação e para os clínicos aprenderem como entregar a inovação.
Distribuir materiais educativos	Distribuir materiais educacionais (incluindo diretrizes, manuais e kits de ferramentas) pessoalmente, por correio e/ou eletronicamente.
Auditar e fornecer feedback	Coletar e sintetizar dados a respeito do desempenho clínico durante um período de tempo específico e fornecê-lo à equipe clínica e administradores para monitorar, avaliar e modificar o comportamento do provedor.
Alterar estrutura física e equipamentos	Avaliar as configurações atuais e adaptar, conforme necessário, a estrutura física e/ou equipamentos (por exemplo, alterar o layout de uma sala, adicionar equipamentos) para melhor acomodar a inovação desejada.
Alterar sistemas de registro	Altere os sistemas de registros para permitir uma melhor avaliação da implementação ou dos resultados clínicos.
Alterar sites de serviço	Alterar a localização dos locais de atendimento clínico para aumentar o acesso.
Criar novas equipes clínicas	Mudar quem atua na equipe clínica, adicionando diferentes disciplinas e diferentes habilidades para tornar mais provável que a inovação clínica seja entregue (ou seja, entregue com mais sucesso).
Desenvolver e distribuir materiais educativos	Desenvolver e formatar manuais, kits de ferramentas e outros materiais de apoio de forma a tornar mais fácil para as partes interessadas aprender sobre a inovação e para os médicos aprenderem como entregar a inovação clínica.
Distribua materiais educativos	Distribuir materiais educacionais (incluindo diretrizes, manuais e kits de ferramentas) pessoalmente, por correio e/ou eletronicamente.

Fornecer supervisão clínica	Fornecer aos terapeutas supervisão contínua com foco na inovação. Fornecer treinamento para supervisores clínicos que irão supervisionar os médicos que fornecem a inovação.
Estratégias sob medida	Adapte as estratégias de implementação para abordar as barreiras e alavancar os facilitadores que foram identificados por meio da coleta de dados anterior.
Desenvolver acordos de compartilhamento de recursos	Desenvolver parcerias com organizações que tenham os recursos necessários para implementar a inovação.

Fonte: Adaptado de Powell et al. (**Erro! Indicador não definido.**).

7.5. Aspectos éticos

O estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404 (ANEXO 1). Todos os procedimentos para coleta dos dados seguiram as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 466/2012). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3).

8. RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados no formato de artigos científicos. Por meio de três artigos, foi possível trabalhar os objetivos do estudo conforme disposto a seguir:

Artigo 1: Silva, A. A., & Onocko-Campos, R. T. (2022). Revisão narrativa: modelos, estruturas e teorias do campo das pesquisas de implementação.

- Identificar os principais modelos, teorias e estruturas no campo das pesquisas de implementação e possíveis contribuições no âmbito da saúde coletiva.

Artigo 2: Silva, A.A., Luiz, C. C. A., Onocko-Campos, R. T., Leal, E. M., Lopes, G. P. D, & Dainezi, J. A. (2021). Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. Vínculo, 18(1), 42-52. https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p73-91

- Descrever o planejamento do projeto de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência, destacando os desfechos esperados.

Artigo 3: Uma análise retrospectiva do processo histórico da implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência.

- Analisar o processo de implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência por meio dos documentos (atas, relatórios, anotações), descrevendo o modo como de fato ocorreu;
- Discutir as principais dificuldades e as respectivas estratégias que possibilitaram a implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência em contexto real.

8.1. Artigo 1

CATEGORIA DO MANUSCRITO

Artigo de Revisão

TÍTULO

Modelos, estruturas e teorias da ciência de implementação: contribuições para as políticas públicas na América-Latina.

TÍTULO RESUMIDO

Ciência de implementação: contribuições para a América Latina.

PALAVRAS-CHAVE

Ciência da implementação, saúde coletiva, políticas públicas, países de baixa e média renda, América-Latina.

AUTORES

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. ttps://orcid.org/0000-0002-0445-6588

Rosana Teresa Onocko Campos, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. https://orcid.org/0000-0003-0469-5447

AUTOR CORRESPONDENTE

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 - Campinas, SP, Brasil. E-mail: aliceandrade.psicologia@gmail.com

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Considerando o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), declaramos que a autora principal, a sra. Alice Andrade Silva contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; e ambas as autoras, incluindo a coautora, a sra. Rosana Teresa Onocko-Campos, contribuíram significativamente na elaboração e revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001. A pesquisa matriz, da qual se originou este estudo foi financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses que possa ser percebido como prejudicial à imparcialidade da pesquisa relatada.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404. Todos os procedimentos para obtenção dos dados foram realizados segundo as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 466/2012).

MODELOS, ESTRUTURAS E TEORIAS DA CIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA AMÉRICA-LATINA

RESUMO: Objetiva-se apresentar uma síntese dos principais modelos, teorias e estruturas da ciência de implementação e discutir possíveis contribuições da área para países de baixa e média renda, especialmente na América Latina. Realizou-se uma revisão narrativa, onde se identificou 179 artigos nas bases de dados BVS, Scielo e Pubmed. Analisou-se os resumos e título, excluindo-se 39 artigos que não correspondiam ao objetivo do estudo. Os 140 artigos incluídos, foram analisados na íntegra e categorizados de acordo com cada uma das dezesseis abordagens indicadas no curso de Introdução às Ciências da Implementação, oferecido pela Universidade de Washington, do Departamento de Saúde Global. Os resultados apresentam os principais aspectos de cada abordagem e as respectivas possibilidades de aplicação, com orientações para gestores, pesquisadores e trabalhadores que desejam desenvolver intervenções em saúde. Compreendemos que os países de baixa e média renda apresentam três aspectos a se observar no processo de opção pela teoria, estrutura ou modelo de implementação: as condições sociais, os aspectos políticos e linguísticos, A América-Latina é marcada pela vulnerabilidade econômica, iniquidade no acesso à saúde, educação, moradia, emprego e renda, lazer, por ciclos de pobreza e violências. Ocorre fragmentação, subfinanciamento e interferências de governos na implementação de políticas públicas que, por vezes, decidem por uma intervenção pautados em interesses próprios, ao invés agir associando as necessidades locais e as bases de evidências para melhorar a vida das pessoas. Os fatores culturais como valores, crenças e língua, marcam diferenças que demanda a tradução e adaptação transcultural de modelos, teorias e estruturas de implementação. Conclui-se que não há modelo, estrutura ou teoria absolutos e onipotentes, cabendo aos gestores, pesquisadores e trabalhadores considerarem os ganhos e os custos envolvidos na construção de arranjos entre as abordagens na implementação para qualificar o acesso e o cuidado em saúde ofertado à população. É fundamental considerar as condições sociais, políticas e linguísticas associadas ao público-alvo, à intervenção em si e ao contexto local, dentre outros fatores que influenciam o processo de mudança. Essa discussão é substancial

e contribuí com o esforço de pesquisadores, gestores e trabalhadores que buscam meios efetivos de melhorar programas, serviços e políticas públicas de saúde no Brasil e na América Latina.

PALAVRAS-CHAVE: Ciência da implementação, saúde coletiva, políticas públicas, países de baixa e média renda, América-Latina.

O que são as pesquisas de implementação

As mudanças institucionais e a implementação de políticas públicas de saúde desafiam gestores e trabalhadores no mundo todo[1,2]. No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) demanda, desde a sua criação, grandes esforços para que a gestão dos processos de trabalho em saúde seja congruente com os princípios democráticos de universalidade, integralidade e equidade no acesso e participação social[3,4]. Ao se analisar as produções científicas sobre administração pública no período entre 1987 e 2010, identificou-se que esse esforço se concentrou mais nos dilemas do planejamento e na avaliação das políticas públicas do que nos aspectos da implementação como um todo[5–7].

As pesquisas de implementação objetivam fornecer recursos teóricos e práticos para tecer um elo entre as ações de planejamento, monitoramento e avaliação do impacto das intervenções, pretendendo, com isso, fortalecer os sistemas de saúde[1,2]. Elas estudam a dinâmica e os desafios da implementação de programas, serviços, práticas profissionais, abordagens e políticas públicas de saúde; tratam da articulação entre teoria e prática para aumentar a equidade, a eficiência, a cobertura e a sustentabilidade da implementação e sugerem métodos e ferramentas, como por exemplo, destacam a importância da parceria entre gestores, pesquisadores, trabalhadores e comunidade para melhorar a implementação[1].

O termo “implementar”, do latim *implementum*, significa “pôr em execução; fazer o implemento de; efetuar, executar, fazer; prover ou suprir de implemento(s); elaborar (programa ou conjunto de programas); implantar”[8]. Essa definição serve de base para a compreensão do conceito: “As pesquisas de implementação são a investigação científica de questões relativas à implementação — o ato de colocar em

ação uma intenção, que — na pesquisa em saúde — podem ser políticas, programas ou práticas individuais (chamadas coletivamente de intervenções)”[9]. Diferente da noção de implantar, do latim in+plantar que traz a ideia de plantar(-se) alguma coisa pronta em outra8, a implementação tem como pressuposto o desenvolvimento, a adaptação e a elaboração de uma intervenção considerando as necessidades, as características e o contexto local[10].

Existe uma longa trajetória entre a construção de evidências, tradicionalmente produzidas em contexto ideal, e a implementação no mundo real. Nem sempre é decidido adotar as práticas baseadas em evidências na rotina da comunidade, já que outros fatores interferem nessa escolha: interesses políticos, disponibilidade de recursos, acesso ao conhecimento etc. Esses desafios estão no cerne da ciência de implementação e podem ser analisados e contornados com o apoio de modelos teóricos apropriados, coleta de dados do processo e adoção de estratégias de implementação[163].

Os modelos, teorias e construtos da ciência de implementação possibilitam, de modo geral, descrever a intervenção, monitorar o processo e mudar o curso da implementação de modo a aumentar o acesso, a equidade, a eficiência, a cobertura e a sustentabilidade de intervenções baseadas em evidências no cotidiano dos serviços de saúde[163].

O compromisso das pesquisas de implementação é diminuir esse gap entre as práticas baseadas em evidência e as práticas de saúde nos contextos reais, criando soluções pautadas na adaptação dinâmica ao contexto local, às partes interessadas, aos recursos de assistência local, ao envolvimento com o usuário final. Propõe-se, portanto, um olhar ampliado sobre processos multideterminados para corrigir o curso da implementação, para compreender como e porque os processos de mudança funcionam no contexto em questão e garantir, assim, que as mudanças representem melhorias de fato[11,163].

Como a ciência da implementação pode contribuir com as políticas públicas de saúde no Brasil

A história da administração pública tem ensinado que as mudanças sociais são atravessadas pelos instrumentos de governo. “Por que as pessoas e as organizações geralmente acham tão difícil mudar?”[12]. À armadilha do modo de pensar instituído, somam-se inúmeros fatores associados ao contexto político, as mudanças no governo, aos modos de governança e ao papel do Estado frente aos problemas públicos[12]. Há tempo o controle e o comando não são suficientes para garantir uma implementação, precisa-se lançar mão muito mais da argumentação, da negociação, do convencimento e da persuasão para garantir o sucesso de uma mudança[5].

E como os governantes têm escolhido os instrumentos para implementar uma política pública? Alguns optam pelos “tipos favoritos”, modelos usados repetidamente e independentemente da efetividade e contribuição para resolução de problemas públicos; outros escolhem os instrumentos por questões ideológicas, por mimetismos ou pela própria trajetória; outros se baseiam em dados empíricos para escolher, porém esses dados se referem exclusivamente aos custos e eficácia[5].

O que está em jogo no processo de implementação no Brasil é muito menos a melhor maneira de resolver um problema e muito mais os interesses políticos envolvidos na evolução do programa[5]. Nesse sentido, toda escolha, seja balizada pela ciência ou pela técnica, não está isenta de conteúdo ideológico e, por isso, é importante problematizar: quem ganha o quê, por que e que diferença faz a implementação[13,14]. Portanto, é necessário aumentar o potencial participativo dos sujeitos nas pesquisas de implementação de políticas públicas[15].

Sabatier[16] analisou e elencou os pontos fortes e fracos das principais abordagens sobre implementação de políticas na década de 80: a *top-down* e a *bottom-up*. Ele categorizou as pesquisas de implementação em três gerações identificando a 1ª geração como pessimista, pois não encontrava sucesso em suas intervenções; a 2ª geração promoveu análises e comparações para explicar a variação de sucesso entre as políticas e programas implementados e a 3ª geração estaria preocupada com a questão “Por onde podemos começar a implementação para que

se aumentem as chances de ser bem-sucedidas? De cima para baixo ou de baixo para cima?”

As condições adequadas para promover uma implementação segundo a abordagem *top down* são: apresentar diretrizes claras para facilitar avaliação dos resultados, apresentar uma proposta legalmente estruturada, eleger funcionários comprometidos e habilidosos, se basear em uma teoria causal, fornecer suporte técnico aos grupos de interesse e promover mudanças socioeconômicas capazes de garantir a sustentabilidade da proposta. Tais condições abrangem questões sistêmicas, por isso sugere-se que a implementação seja realizada de um centro de comando até suas bases. Portanto, nessa abordagem os proponentes das políticas e programas são os protagonistas da implementação e devem controlar e comandar os processos[16].

Quais são algumas das limitações desse modelo? Os governos usam majoritariamente mecanismos de coerção para implementar políticas e propostas[5]. Nesse sentido, o problema das implementações conduzidas de “cima para baixo” é que os governos querem provocar mudanças sem incentivá-las, sem oferecer suporte ou sistemas de recompensa; exigem resultados sem oferecer autonomia e legitimidade aos gestores locais, dificultando a adaptação das propostas diante de mecanismos burocráticos[16].

O que pode ser interessante na abordagem “*buttom-up*”? Essa abordagem considera a implementação “de baixo para cima”, começando ou concentrando esforços para interferir nos processos de trabalho a nível local16. Ela tem maior compromisso com os trabalhadores, indicando a inclusão deles na construção das propostas de implementação, considerando o saber prático de quem tem a experiência. Portanto, há uma perspectiva da implementação a partir de uma rede de múltiplos atores e uma ênfase forte nos processos formativos, como capazes de dar maior sustentabilidade às mudanças[16].

Quais são alguns dos limites da abordagem *bottom-up*? Há uma sobreimplicação, de modo que a ênfase nos trabalhadores, muitas vezes, impede a análise dos esforços anteriores e das relações que estão colocadas no contexto e influenciam a implementação[16]. Há certa falta de preocupação com a implementação

em si, em detrimento da importância atribuída à análise da interação dos diferentes atores no processo[16].

A 3ª geração empenhou esforços em construir uma síntese entre as abordagens *top-down* e *bottom-up*. Em determinados contextos e para determinados objetivos uma abordagem é mais adequada do que a outra, nenhuma é absoluta e imbatível. Quando o foco é a implementação de um programa, a abordagem *top-down* tem a vantagem comparativa, se há o objetivo de avaliar a estrutura como um todo. Quando o foco é a capacitação e mudança da prática, envolvendo múltiplos atores, com o objetivo de estudar os sistemas locais a abordagem *bottom-up* é melhor[16]. O fato é que ambas trouxeram princípios norteadores para as implementações que não foram negligenciados e comparecem nos modelos mais atuais das pesquisas de implementação, tais como a aceitabilidade, a sustentabilidade, a adaptação dos projetos aos contextos etc.[1,17]

Entre 2007 e 2012, o National Institute of Health (NIH)[17] promoveu cinco encontros para avançar na popularização das pesquisas de implementação e na aplicação das práticas baseadas em evidência nos serviços de saúde. Durante esse período houve o aumento de 300 para 1200 experiências de pesquisas de implementação. Entre 2013 e 2014, o NIH convocou três reuniões estratégicas para promover treinamento em pesquisas de implementação. O objetivo principal foi avaliar o processo de formação de facilitadores para disseminação das pesquisas de implementação nos EUA[17]. Houve a avaliação dos programas de treinamento distribuídos pelo país, na perspectiva da estruturação do campo das pesquisas de implementação e na produção de recomendações para avanços na área[17].

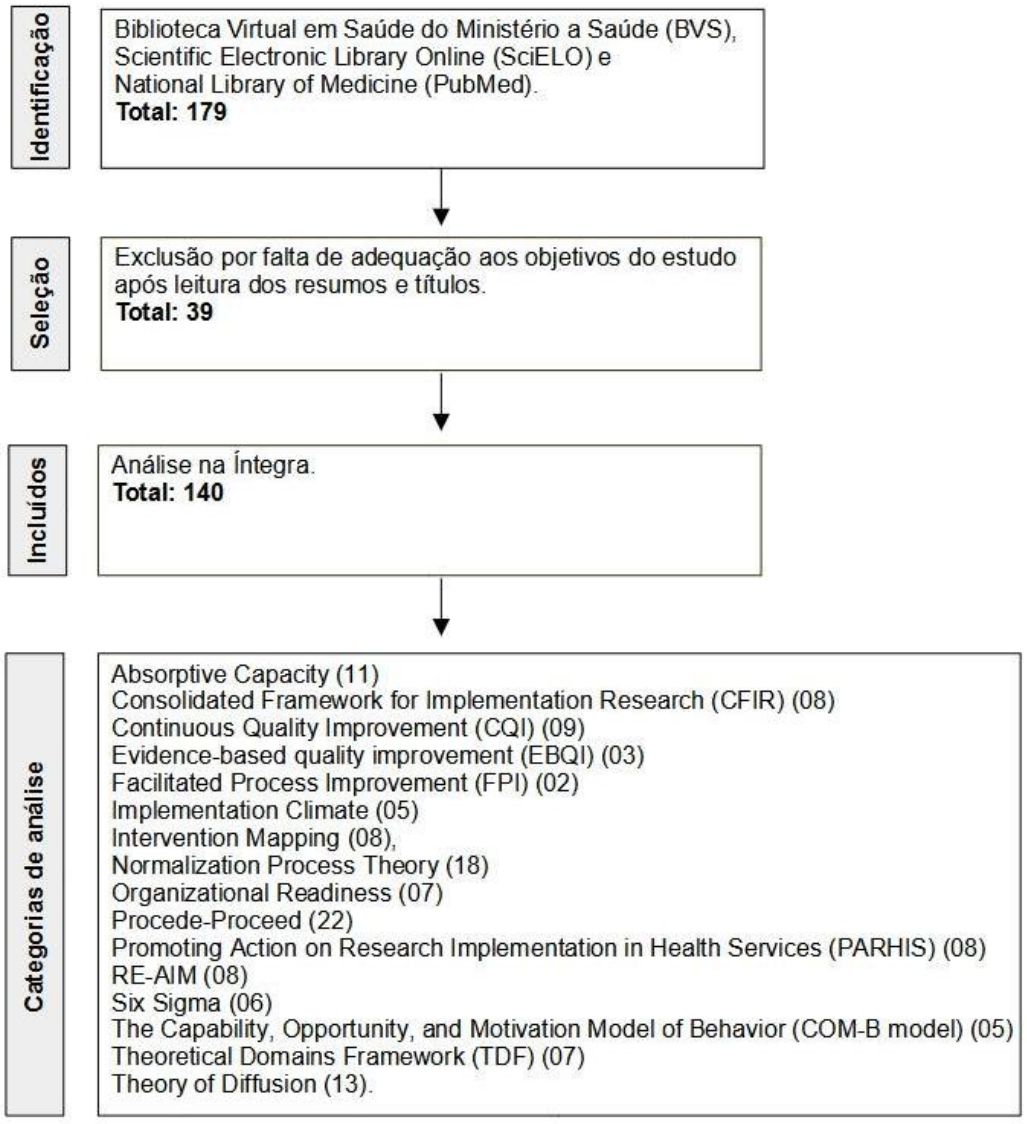
Considerando os investimentos internacionais para superar os desafios da implementação de políticas públicas de saúde, esse artigo busca contribuir com a ampliação das discussões e desenvolvimento das pesquisas de implementação no Brasil e na América Latina. O objetivo é sistematizar e descrever os principais modelos, teorias e estruturas de implementação, para disseminá-los entre pesquisadores, gestores e trabalhadores que buscam meios efetivos de melhorar programas, serviços e políticas públicas no Brasil e na América Latina.

Método

A revisão narrativa pressupõe uma análise ampla da literatura, não sistemática, não quantitativa e não replicável[18]. Ela possibilita a compreensão de novas temáticas no meio acadêmico, com relevância para investigação científica[19]. É apropriada para descrever e discutir um assunto do ponto de vista teórico ou contextual e “têm um papel fundamental para a educação continuada pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo”[20].

Este estudo constitui uma revisão narrativa a respeito da ampla variedade de modelos, teorias e ferramentas forjadas no âmbito das pesquisas de implementação. Considerando que o Curso Intensivo sobre Fundamentos da Ciência da Implementação (CI) em Saúde Global, oferecido pelo Departamento de Saúde Global da Universidade de Washington, é uma referência mundial na apresentação de metodologias e estudos de caso com foco nos desafios e oportunidades da aplicação das pesquisas de implementação[21], utilizamos a bibliografia básica do curso como ponto de partida para esta revisão.

No período entre 01 e 19 de maio de 2021, realizou-se a coleta de dados complementares para cada um dos dezesseis modelos, teorias ou estruturas citadas no curso. Mapeou-se as principais plataformas de acesso online a essas ferramentas e, nesses sites, selecionou-se literatura específicas sobre cada abordagem. Além disso, incluiu-se artigos selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na National Library of Medicine (PubMed). Utilizou-se como estratégia de busca a aplicação do nome da teoria seguido do termo “Implementation research”, por exemplo: “Consolidated Framework for Implementation Research” (AND) “implementation research”. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram: ser experiências empíricas, conter definições básicas e dados que possibilitasse uma análise qualitativa exploratória e reflexiva sobre o tema e, por fim, atingir um ponto de saturação a respeito do tema. Essas informações estão sintetizadas a seguir, na “Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos nas bases de dados”.



Resultados e discussão

No campo das pesquisas de implementação, um modelo visa descrever e orientar o processo de tradução do conhecimento para a prática, considerando o como fazer passo a passo para potencializar os resultados. As estruturas orientam as escolhas para isso, são os guias para descrever e compreender os fatores dificultadores e facilitadores desse processo. As teorias buscam rever ou explicar os mecanismos causais da implementação, fornecem previsões sobre como ou porque as estratégias funcionam para alcançar os resultados[22].

É importante considerar que não há modelo, estrutura ou teoria absolutos e onipotentes. Algumas abordagens são mais indicadas para a avaliação dos fatores que afetam o desempenho de uma organização; outras são mais indicadas para avaliação do impacto que a intervenção ou o programa produziram, se os resultados foram alcançados; outras são mais indicadas para identificar oportunidades de ampliar as intervenções, usando métodos de disseminação; outras são mais indicadas para ampliar a comunicação com a população-alvo da intervenção[23–26].

Para definir uma abordagem ou construir um arranjo entre as abordagens, é necessário, primeiramente, ter clareza do problema inicial. Algumas questões podem ajudar na construção desse desenho de pesquisa. Em primeiro lugar, quais são as questões da pesquisa relativas à implementação? Identificou-se o público-alvo da intervenção? Em caso afirmativo, ele foi totalmente descrito e examinado? O estudo trata de uma implementação dentro de uma organização específica? Em caso afirmativo, ela foi totalmente descrita e examinada? Existe uma descrição clara do que está sendo implementado? A pesquisa envolve uma estratégia de implementação? A pesquisa é conduzida em um ambiente do “mundo real”? Em caso afirmativo, o contexto e a população de amostra são descritos com detalhes suficientes?[1,2,17,22,27,28].

De modo geral, recomenda-se utilizar arranjos capazes de contemplar os diferentes níveis da implementação. A depender do foco da implementação, um modelo, estrutura ou teoria pode ser mais útil do que outro, o que será apresentado no Quadro 1 “Síntese dos modelos, estruturas e teorias do campo da ciência de implementação e suas respectivas aplicabilidades”. Em seguida serão discutidas as principais abordagens das pesquisas de implementação e as respectivas recomendações e focos de estudo aos quais elas podem trazer contribuições significativas[1,5].

No âmbito da Capacidade de Absorção estudos indicam que não basta acumular conhecimentos externos à organização, se não também desenvolver a capacidade de sistematização e socialização do conhecimento para favorecer a implementação de inovações[29–34; 140–144]. Considerando os desafios da saúde coletiva, essa abordagem poderia ser utilizada considerando a complexidade dos aspectos de codificação, abstração e difusão dos valores, princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

Os construtos do CFIR podem ser utilizados desde a etapa de definição do desenho da pesquisa até na coleta e análise dos dados, para associar os determinantes da implementação aos resultados[35]. São muitos os desafios das pesquisas de implementação: a mensuração da participação dos beneficiados, a ausência de medidas de resultados com validade psicométrica, principalmente no que tange aos construtos de aceitabilidade, adequação e viabilidade[38]. Mas, há uma gama de estudos buscando a aplicação adequada do CFIR: para identificar as barreiras e os facilitadores da adaptação do Programa de Rastreamento do Câncer de Colorretal Baseado em Evidências em serviços de saúde nos EUA[39]; para descrever os fatores determinantes da efetividade na implementação do programa de controle de obesidade entre os veteranos de guerra chamado “MOVE!”, em serviços de saúde nos EUA[40]; para identificar os fatores associados à implementação do programa para adolescentes em uso abusivo de substâncias psicoativas, chamado “Abordagem de reforço da comunidade do adolescente” (A-CRA)[41,145].

O CFIR é um dos *frameworks* mais discutidos na literatura. Em função das limitações de caracteres para artigos, foram selecionados atingindo a saturação até ao ponto que possibilitasse a compreensão do tema. Para detalhá-lo, caberia uma revisão exclusiva sobre o CFIR, o que não se aplica ao objetivo desse artigo.

Quanto a MCQ é vista como um método central no trabalho em saúde[43], cuja premissa é prezar pela qualidade dos atendimentos[44]. Para isso, propõe inovações no atendimento clínico[45], aplicando-se ferramentas de gestão como fluxograma, diagrama de Pareto, folha de verificação, gráfico de controle, histograma, gráfico de dispersão e diagrama de causa e efeito para monitorar e aprimorar os resultados esperados[46]. Na saúde, o monitoramento não sistemático das intervenções dificulta a comprovada associação das técnicas aos resultados alcançados[47,146–148].

Estudos indicam que a aplicação da MQBE na prática médica pode reduzir o esgotamento das equipes ao longo das mudanças implementadas e melhorar práticas de cuidados colaborativos em saúde mental[24,48,49].

A MFP é uma abordagem inspirada na Gestão de Qualidade Total e objetiva a construção de estratégias para transformar diretrizes médicas baseadas em evidências em práticas, focando o processo formativo, a melhor aprendizagem e aplicação de mudanças nas práticas em saúde[50]. O uso do processo formativo é um

meio de apoiar e simplificar a avaliação, adaptação e implementação de mudanças locais[51].

Quanto ao Clima da Implementação, em estudos sobre a implementação de tratamento baseado em evidência para crianças, identificou-se que os fatores que compõem o clima da implementação (expectativas, suporte e recompensas) aumentam a adesão dos trabalhadores à prática e, consequentemente, produz melhores resultados em saúde[53]. Utilizou-se a escala *Implementation Climate Scale* (ICS) para compreender os antecedentes críticos para a eficácia da implementação, o quanto uma equipe ou organização estão prontas a receber e implementar a inovação[53,54,149].

O MI foi utilizado em um estudo sobre os determinantes psicossociais das atividades foto protetoras na redução do risco de câncer de pele59; para usar evidências e participação comunitária no planejamento de uma intervenção e identificar os determinantes dos comportamentos e condições ambientais que favorecem a adoção de práticas baseadas em evidências60; para desenvolver um programa de nutrição e atividade física no combate à obesidade, adaptado à cultura dos adultos chineses-americanos[61,150].

Há uma ampla utilização da TPN no âmbito da saúde para o desenvolvimento de intervenções, o planejamento, a avaliação e compreensão dos processos de implementação[65]. Estudos descrevem a utilização da TPN na implementação do Programa de Exame de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (NHS)[71], para compreender as relações profissional-paciente, as mudanças nos padrões de cuidado, o desenvolvimento, a avaliação e a implementação de telemedicina e sistemas informáticos relacionados à saúde e a produção e utilização de evidências para a prática em saúde[63] e para explicar os problemas na incorporação no cotidiano dos serviços de saúde de tecnologias de suporte à decisão colaborativa onde as negociações são caracterizadas por assimetrias de poder e conhecimento[72], dentre outros[64,67,73,74, 151–155].

A PO é uma teoria crescente no âmbito da saúde, tem-se construído ferramentas para mensurar a PO para mudanças, tais como a Avaliação de Prontidão Organizacional para Mudar (ORCA)[78] e a Prontidão Organizacional para Implementar Mudanças (ORIC)[79,80].

Um modelo "Precede-Proceed", por exemplo, chamado “Modelo Cultural PEN-3”, propõe a implementação sistemática e participativa de ações educativas, delineando de forma dialógica os principais fatores de risco e fatores de proteção junto à comunidade, aos indivíduos e famílias, e estimulando-os a realizar comportamentos de autocuidado, considerando aspectos sócio-históricos da realidade local[88–92]. Há estudos utilizando o “PEN-3” em ações de disseminação de conhecimento sobre medidas preventivas quanto ao Covid-1989, nutrição e alimentação saudável[93,94], malária[95], diabetes[96], câncer[57,88,97], dentre outras aplicações no contexto da promoção de saúde[92,98; 156–158].

O PARIHS, em um ambulatório de oncologia médica, produziu melhor percepção, compreensão e habilidades no cuidado[104], sendo considerado promissor na implementação de evidências em enfermagem[105], na implementação de estratégias e ferramentas de equipe para aprimorar o desempenho e a segurança do paciente[106].

De acordo com Glasgow et al.[107], no passado, os ensaios clínicos se concentravam nos resultados fisiológicos e, com o RE-AIM, se expandiu esse foco, incluindo vários fatores que impactam a saúde pública. É recomendado para compreender os impactos da implementação de um programa, da efetividade de uma intervenção e sua adequação à população e ao contexto real de aplicação[21,107–112,159].

O modelo da Estrutura de Domínios Teóricos foi usado para identificar facilitadores e barreiras modificáveis do comportamento do profissional de saúde[124,127], para avaliar como sistemas eletrônicos de gerenciamento (EMMS) reduzem os erros na medicação[128], para identificar as influências nas decisões dos usuários adotarem ou não um comportamento de saúde[129,160].

A Teoria da Difusão é amplamente aplicada na ciência de implementação, tanto em estudos individuais (a adoção de uma diretriz clínica, por exemplo), quanto em estudos estruturais, destacando-se a importância dos atores intermediários (líderes de opinião, agentes de mudança e *gatekeepers* para o sucesso da implementação[134]. Entretanto, estudiosos latino-americanos não se identificam com essa teoria, cuja conceituação linear da comunicação, a teoria da modernização e a noção de efeito poderoso refletem paradigmas norte-americanos[137,161–163].

Os processos de difusão de informação em saúde são complexos, envolvem aspectos de disseminação, atividade de melhoria, sustentabilidade, relacionados ao processo de implementação[138]. A difusão é valiosa para a disseminação de conhecimento, encorajamento do uso de programas ou práticas, inculcar uma atitude na população, dentre outras situações importantes na saúde[139].

Contribuições da ciência de implementação para as políticas públicas na América Latina[164]

Considerando que os principais estudos publicados que operam com as teorias, modelos e estruturas da ciência de implementação dizem respeito aos países de língua inglesa, é importante pesquisas que apontem as especificidades no contexto latino-americano devido às diferenças culturais, condições sociais e políticas[533,534]. Nesse sentido, por terem sido projetados e aplicados em países de alta renda[535], as limitações de generalização de frameworks exigem contextualização[438]. Não só as histórias, valores, afetos e hábitos de sociabilidade latino-americanos não são comparáveis, por exemplo, à subjetividade anglo-saxônica[536], como o contexto da América Latina é marcado por desigualdades sociais que interferem nas configurações dos sistemas de saúde[537,538,539,540].

Nos países latino-americanos, um desafio importante é substituir a noção de implantação pela de implementação, utilizando estratégias e medidas de resultados para capacitar as pessoas a lidar com o desconhecido[435,467]. Implementar não é importar programas ou projetos bem-sucedidos realizados em países desenvolvidos[541]. Implementar é elaborar, desenvolver e adaptar uma intervenção nova considerando a articulação necessidades locais – base de evidências[542,543]. Por isso, a implementação bem-sucedida nos países latino-americanos depende do envolvimento de diversos atores que auxiliam na adaptação cultural, compreensão das barreiras locais e potencialidades para ações e intervenções em saúde[521,522].

Cada país tem seu próprio conjunto de desafios específicos que precisam ser abordados de maneira personalizada para garantir a implementação eficaz de políticas públicas. Mas, é crucial reconhecer alguns desafios compartilhados entre os países de baixa e média renda, incluindo os latino-americanos. Dessa forma, é preciso

investir na releitura dos modelos e teorias de implementação, considerando as intensas mudanças sociais, influenciada pelos planos do governo, condições sociais marcadas pelas desigualdades de acesso à saúde, educação, moradia, renda, alimentação, lazer e a crescente violência estrutural e transgeracional, influenciada pelo gênero, cor, classe, idade etc.[165]

Uma contribuição significativa da ciência de implementação seria preparar os pesquisadores, gestores e demais atores sociais, para reconhecer esses determinantes sociais e construir estratégias para alterar a configuração de iniquidade. A iniquidade pode limitar o acesso a serviços essenciais e perpetuar ciclos de violência e pobreza. A pobreza não se restringe à baixa renda, inclui baixos indicadores em educação, saúde, nutrição e outras áreas do desenvolvimento humano, sendo um desafio mundial. Dessa forma, as condições sociais desfavoráveis, especialmente nos campos da educação, da saúde, podem criar barreiras adicionais para a implementação de políticas públicas, pois podem limitar a capacidade das pessoas de aproveitar os benefícios dessas políticas[166,167].

A ciência da implementação pode ajudar a superar essas barreiras adicionais. Cada situação é única e requer uma abordagem personalizada, e a ciência da implementação oferece as ferramentas e estratégias necessárias para fazer isso considerando esses aspectos. Como exemplo, essas barreiras poderiam ser mitigadas com a democratização do acesso na construção de políticas públicas, permitindo que stakeholders participem e questionem mais frequentemente os benefícios da implementação e impacto que trará na vida das pessoas e comunidades[544,545,546].

É importante considerar que a ciência da implementação envolve a identificação de estratégias eficazes para melhorar a adoção, a adequação e a sustentabilidade de intervenções baseadas em evidências. Isso é fundamental para abordar as barreiras que retardam ou interrompem a execução de intervenções eficazes, onde há falta de recursos, incluindo infraestrutura, pessoal qualificado e financiamento. Assim, a ciência de implementação contribui com os países latino-americanos ao oferecer ferramentas para integrar planejamento, monitoramento e avaliação dos impactos das intervenções[547,548].

Acrescenta-se a isso a importância de adaptação das intervenções ao contexto local e a coordenação entre diferentes setores. Mesmo a intervenção mais bem-sucedida pode ser afetada pelo contexto em que é implementada, especialmente em países de baixa renda, onde as condições locais podem variar significativamente. Por vezes, as características do ambiente de implementação abrigam tamanha complexidade, que é necessário superar a fragmentação das políticas para potencializar as intervenções e ações propostas, onde a coordenação entre diferentes setores pode ser um desafio[168].

Outro desafio a ser explorado é o papel das tecnologias no avanço da ciência de implementação nos países de baixa e média renda. Ela pode facilitar a coleta, análise e interpretação de grandes volumes de dados, ajudando a identificar padrões, tendências e lacunas nas políticas de saúde existentes. As plataformas digitais podem facilitar a comunicação e colaboração entre diferentes partes interessadas, incluindo pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas. Pode ser usada para treinar profissionais de saúde e educar o público sobre questões de saúde, incluindo o uso de realidade virtual para treinamento médico ou aplicativos móveis para educação em saúde. Pode permitir o monitoramento em tempo real e a avaliação das políticas de saúde, ajudando a garantir que as políticas de saúde sejam implementadas conforme planejado e permitindo ajustes rápidos conforme necessário. Pode melhorar o acesso a serviços de saúde, especialmente em áreas rurais ou remotas, incluindo telemedicina, aplicativos móveis de saúde e outras tecnologias digitais de saúde. No entanto, é importante garantir que a tecnologia seja usada de maneira ética e equitativa para evitar aprofundar as desigualdades de saúde existentes[169,170,171,172].

Considerações finais

Considerando os aspectos discutidos, podemos afirmar que as ciências de implementações têm desempenhado um papel crucial na melhoria das políticas públicas de saúde na América Latina e em países de baixa e média renda. Elas contribuem para a melhoria da eficiência e eficácia dos serviços de saúde, para a

promoção da equidade em saúde, para o fortalecimento dos sistemas de saúde, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A maioria dos modelos de implementação tomam apenas um nível da implementação e utilizam uma única “lente” para tratá-la, por exemplo, a administração, a psicologia etc. Entretanto, em países de baixa e média renda as condições sociais, políticas e culturais como a violência, os índices de saúde e educação, a falta de infraestrutura e financiamento, valores e crenças no ambiente de implementação podem ser barreiras adicionais no processo de consolidação de uma mudança. Daí a necessidade de uma análise multidimensional com equipes multidisciplinares, integrando diferentes competências para compreender a dinâmica de um processo complexo.

Cada país tem seu próprio conjunto de desafios específicos que precisam ser abordados de maneira personalizada para garantir a implementação eficaz de políticas públicas. Como foi descrito na Quadro 1, a depender do foco da implementação, um modelo, estrutura ou teoria pode potencializar mais ou menos a interrelação entre o planejamento, intervenção, monitoramento, adaptação e avaliação dos resultados. De modo geral, recomenda-se utilizar arranjos capazes de contemplar os diferentes níveis da implementação, considerando-a ao nível do indivíduo, dos fatores internos e externos à intervenção, dentre outros determinantes. Nesse sentido, não há modelo, estrutura ou teoria absolutos e onipotentes, cabe considerar os ganhos e os custos envolvidos na construção de arranjos entre as abordagens. Ter clareza das questões da pesquisa relativas à implementação, do público-alvo e do local da intervenção, do programa, serviço ou política implementada, dentre outros fatores que influenciam a implementação, é fundamental para a definição desse arranjo[1,2,17,22,27,28].

Uma limitação do presente estudo é a discussão sobre o uso de tecnologias no avanço da ciência de implementação nos países de baixa e média renda. Entretanto, ao apresentar os principais modelos, teorias e estruturas que compõem as pesquisas de implementação, esse artigo tem o potencial de ampliar a discussão e contribuir com o desenvolvimento das pesquisas de implementação entre pesquisadores, gestores e trabalhadores que buscam meios efetivos para otimizar a aplicação de recursos para financiamento de pesquisa, para reduzir o gap entre as evidências

científicas e o impacto na prática, para melhorar a qualidade do cuidado para os usuários do sistema de saúde.

Tabela 1. Distribuição dos artigos de acordo com as categorias de análise

Modelos, estruturas e teorias do campo da ciência de implementação	**Referências**	**N = 140**
Absorptive Capacity	29–34,140–144	11
Consolidated Framework for Implementation Research	35–41,145	08
Continuous Quality Improvement	42–47,146–148	09
Evidence-based quality improvement	24, 48, 49	03
Facilitated Process Improvement	50,51	02
Implementation Climate	26,52–54,149	05
Intervention Mapping	55–61,150	08
Normalization Process Theory	62–74,151–155	18
Organizational Readiness	25,75–80	07
Precede-Proceed	57, 81–98,156–158	22
Promoting Action on Research Implementation in Health Services	99–106	08
RE-AIM	21, 107–112, 159	08
Six Sigma	113–118	06
The Capability, Opportunity, and Motivation Model of Behavior	119–123	05
Theoretical Domains Framework	124–129, 160	07
Theory of Diffusion	130 –139, 161 – 163	13

Quadro 1. Síntese dos modelos, estruturas e teorias do campo da ciência de implementação e suas respectivas aplicabilidades.

Modelos, estruturas e teorias.	**Síntese e respectivas aplicabilidades.**
Absorptive Capacity	O constructo “Capacidade de absorção” se refere à capacidade das organizações em identificar o valor de novas informações externas, assimilá-las, transformá-las e aplicá-las para fins comerciais[29]. Tem como objetivo avaliar o contexto da implementação e o papel da tecnologia da informação nas organizações, considerando quatro dimensões: aquisição, assimilação, transformação e exploração[30,31]. O objetivo geral da “Capacidade de absorção é aumentar ganhos comerciais[29], utilizando tecnologias de informação[30,31], o que demanda a estratégias simultâneas e flexíveis durante a implementação[32] para desenvolver habilidades de relacionamento, capacidade de aprendizagem, treinamento de pessoas, construção de rotinas e processos, busca de informações, monitoramento e gestão de riscos[33,34].
Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)	O Quadro Consolidado das Pesquisas de Implementação tem como objetivo avaliar tanto as barreiras e os facilitadores da implementação de programas e serviços em uma organização, quanto o contexto em que ocorreu a intervenção[35,36]. Consideram-se cinco domínios: a) a intervenção em si, b) as configurações internas, c) as configurações externas, d) os indivíduos; e) o processo de implementação[37]. Ferramentas são gratuitas e estão disponíveis no site https://cfirguide.org/choosing-strategies/, servindo como guia para pesquisadores, gestores e implementadores de serviços, programas e práticas. O Quadro Consolidado das Pesquisas de Implementação (CFIR) oferece construtos, desenhos de avaliação, estratégias de implementação e ferramentas, como modelos de atas, questionários e planilhas, servindo como guia para pesquisadores, gestores e implementadores de serviços, programas e práticas[38–41].
Continuous Quality Improvement (CQI)	A Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) objetiva o desenvolvimento de estratégias de implementação de melhorias quanto às práticas, resultados, ambiente, processos e sistemas de trabalho. Propõe o acompanhamento progressivo das mudanças planejadas, em ciclos menores, até que se consolide uma mudança maior. Trata de questões como: redução de custos, do tempo de espera dos pacientes nos serviços de saúde, ou do tempo de espera em um departamento, no aumento de volume de pessoas atendidas, na maior segurança profissional ou do paciente, maior satisfação do paciente ou dos profissionais etc.[42-47] As estratégias de intervenções mais usadas na MCQ são: a) Lean: metodologia desenvolvida pela Toyota Corporation,

	calcado na redução do desperdício de tempo em atividades sem valor agregado, quanto às questões de transporte, estoque, movimento, espera, superprodução, superprocessamento e defeitos; b) Seis Sigma: metodologia desenvolvida pela Motorola, calcado na redução de erros por meio de seis etapas: definir, medir, analisar, melhorar, controlar e implementar; c) PDSA Cycle (Plan-Do-Study-Act), calcado na melhoria em pequenos ciclos definidos constantemente em quatro etapas: planejamento, ação, estudo e ação; d) Critérios Baldrige: aprimoramento de organizações e instituições, considerando sete critérios: liderança, planejamento estratégico, foco no cliente, mensuração, foco na força de trabalho, foco nas operações e resultados[42-47].
Evidence-based quality improvement (EBQI)	A Melhoria da Qualidade Baseada em Evidência (EBQI) propõe a construção de estratégias para implementar práticas médicas/clínicas baseadas em evidência. Estudos mostram que a EBQI melhorou práticas de cuidados colaborativos em saúde mental. A EBQI se baseia no feedback de desempenho, no suporte à liderança, na mediação de relações externa e interna à organização, no provimento de capacitação ao provedor e ao paciente, na adaptação ao contexto local, no monitoramento e coleta regular de dados para avaliar os impactos da mudança[24,48,49].
Facilitated Process Improvement (FPI)	A Melhoria Facilitada do Processo (MFP) tem como objetivo a construção de estratégias para transformar diretrizes médicas baseadas em evidências em práticas no mundo real50. Para isso, ela propõe um modelo geral baseado em quatro etapas: a) especificação funcional explícita: um processo formativo realizado por uma equipe externa para determinar como o cuidado é prestado ao paciente; b) ferramentas: faz-se o levantamento de ferramentas que podem no contexto geral do serviço, do público-alvo, da equipe etc. evitar erros na execução das especificações funcionais; c) meta-ferramentas: desenvolve-se estratégias para prevenir e modificar as possíveis falhas no processo de cuidado no contexto local[51].
Implementation Climate	O clima de implementação é um construto global[52] objetiva identificar barreiras e facilitadores da implementação e avaliar o contexto, os determinantes organizacionais para o sucesso da implementação de uma inovação. Não é sinônimo de clima ou cultura organizacional, pois oferece meios para compreender até que ponto os membros de uma organização esperam, apoiam e se sentem recompensados pela intervenção, ou seja, o clima associado a eficácia da implementação, especificamente[26,52-54]. O clima da implementação está associado ao domínio “Configurações internas” do CFIR. Por isso, é possível encontrar uma descrição detalhada, diretrizes, medidas quantitativas e referências no site do CFIR (Equipe de Pesquisa CFIR, 2021 disponível em: https://cfirguide.org/constructs/implementation-climate/).

Intervention Mapping	O mapeamento da intervenção (MI) objetiva desenhar estratégias de implementação de evidências e mudança de comportamentos em saúde. O MI é eficaz para fortalecer programas de mudança de comportamento[55]. Se baseia em seis etapas: a) modelo lógico do problema: montar um grupo de trabalho, diagnosticar as necessidades, definir e caracterizar o contexto da intervenção, estabelecendo objetivos; b) resultados e metas do programa: definir os desfechos finais esperados para o comportamento e o ambiente, selecionar determinantes do comportamento, construir modelo lógico da mudança; c) desenho do programa: definir eixos temáticos e métodos para uma aplicação prática de mudança de comportamento; d) produção do programa: refinar a estrutura, preparar materiais do programa, rascunho de mensagens, protocolos, realizar pré-testes; e) plano de implementação do programa: identificar os usuários do programa, informar os resultados e objetivos do programa, foco na implementação; f) avaliação: utilizar indicadores e medidas para mensurar o efeito do processo[56–61].
Normalization Process Theory	A Teoria do Processo de Normalização (TPN) explica como novas tecnologias, maneiras de agir e trabalhar são incluídas na prática cotidiana62. Objetiva identificar as barreiras, os facilitadores da implementação e o contexto da organização que contribuíram para a mudança institucional, a partir de quatro fatores: coerência, participação cognitiva, ação coletiva e monitoramento reflexivo[62–68]. Os quatro construtos são a base da Medida da Teoria do Processo de Normalização (NoMAD), instrumento com propriedades psicométricas testadas e em processo de validação para outras línguas[69]. Em relação aos construtos, coerência se refere ao quanto os trabalhadores dão sentido e entendem a intervenção, diferenciando as práticas antes e depois da intervenção, valorando positivamente a mudança e entendendo o que se espera deles[70–74]. Participação cognitiva se refere ao quanto os trabalhadores se envolvem na condução da intervenção a fim de desenvolvê-la, envolvendo iniciativas, agregação de novas pessoas interessadas e manutenção do engajamento. Ação coletiva se refere a como e em que extensão os trabalhadores integram a intervenção na prática, promovendo a alocação de recursos e habilidades da organização. Monitoramento reflexivo se refere ao modo como os trabalhadores avaliam as consequências da intervenção, seja individualmente ou coletivamente, e como as avaliações conduzem a novos entendimentos e à reconfiguração da intervenção[62–68,70]. Não há relação linear entre esses fatores, por exemplo, o monitoramento reflexivo, de modo transversal na intervenção, pode contribuir na construção de sentido (Coerência), no nível de engajamento (Participação Cognitiva) e nos modos realizar a intervenção (Ação Coletiva)[68,70]. Maiores informações, consultar o site: http://www.normalizationprocess.org/

Organizational Readiness	A prontidão organizacional (PO) objetiva identificar barreiras e facilitadores da implementação, avaliar o contexto em que os membros de uma organização sustentam um comportamento coletivo no redesenho do sistema (no fluxo de trabalho, na tomada de decisão, na comunicação, sistema de recompensas) para favorecer a inovação[75]. O foco é a compreensão do compromisso de mudança em nível individual, comunitário e organizacional, ou seja, nas resoluções coletivas para favorecer a eficácia da mudança, inclusive na crença compartilhada de que o coletivo pode agir em prol da implementação[76], valorizando-a, considerando-se capazes de realizar tarefas, acessar recursos e lidar com fatores situacionais[77].
Precede-Proceed	O Modelo "Precede-Proceed" trata-se de um acrónimo. “PROCEDE” se refere ao "diagnóstico educacional" e "PROCEDE" se refere ao “diagnóstico ecológico”. O primeiro inclui os seguintes aspectos: “P” de pré-disposições (Predisposing), “R” de reforçadores (Reinforcing), “E” de habilitações (Enabling), “C” de construtos (Constructs), “E” de educacional (Educational), “D” de diagnóstico (Diagnosis) e “E” de avaliação (Evaluation). O segundo inclui os seguintes aspectos: “P” de política (Policy), “R” de regulatório (Regulatory), “OC” de construções organizacionais (Organizational Constructs) e “EED” de desenvolvimento educacional e ambiental (Educational and Environmental Development)[81–87]. Esse modelo tem como objetivo avaliar a efetividade e adequação de ações de educação em saúde de base comportamental, considerando as relações de custo-benefício. Orienta planejadores a considerar a participação ativa do público-alvo (consumidores) na definição dos problemas, soluções e na implementação de ações de educação em saúde[88–98].
Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARHIS)	A teoria “Promovendo Ação na Implementação da Pesquisa em Serviços de Saúde” (PARIHS) objetiva avaliar o contexto, as barreiras e os facilitadores da implementação de uma prática baseada em evidência em determinadas equipes. Aborda a prática, gestão e educação em serviços de saúde no mundo inteiro[99–102.] No PARIHS considera-se a seguinte fórmula: SI = f (E, C, F), onde o sucesso da implementação (SI) é definido em função das forças de evidência (E) da prática implementada, da relevância, da adequação, dos recursos disponíveis no contexto (C) da organização e dos aspectos facilitadores (F) individuais e coletivos, tais como habilidades, atributos pessoais e conhecimentos adequados à prática implementada[99–106].
RE-AIM	O RE-AIM é uma sigla referente às cinco dimensões do processo de implementação, que incluem o alcance (R – Reach: “Como faço para alcançar a população-alvo com a intervenção?”) e efetividade (E – Effectiveness: “Como posso saber se minha intervenção é eficaz?”), que operam à nível individual (aos beneficiados pela intervenção), e a adoção (A – Adoption: “Como faço para desenvolver suporte organizacional para realizar minha

	intervenção?"), implementação (I – Implementation: "Como posso garantir que a intervenção seja realizada corretamente?") e manutenção (M – Maintenance: Como faço para incorporar a intervenção para que seja realizada em longo prazo?)[107]. O RE-AIM objetiva avaliar a efetividade e adequação da intervenção, considerando aspectos de validade interna e externa em pesquisas piloto, de eficácia, de efetividade, de demonstração ou translacional[83,108–112].
Six Sigma	O Modelo Seis Sigma propõe o desenvolvimento de estratégias de implementação, objetivando gerir os processos de qualidade de produtos e serviços para a eliminação de incongruências com as especificações e o aumento da satisfação do cliente[113–115]. É aplicado em indústrias, no setor automotivo[116], de logística[117], dentre outros[114,115,118]. Se consolida em seis etapas: 1º planejar estratégias orientadas pelas demandas do mercado e do cliente; 2º estabelecer uma equipe multifuncional qualificada para conduzir a melhoria; 3º identificar ferramentas gerais de melhoria que podem ser aplicadas; 4º mapear os processos e identificar oportunidades de melhoria; 5º construir plano detalhado da melhoria; e 6º implementar e monitorar o processo de melhoria[113–115].
The Capability, Opportunity, and Motivation Model of Behavior (COM-B model)	O Modelo de Capacidade, Oportunidade e Motivação do Comportamento (COM-B model) tem como objetivo identificar barreiras e facilitadores para promover mudanças de comportamento[119]. A mudança de comportamento é planejada, considerando três dimensões: a capacidade (física e psicológica, processos cognitivo-comportamentais), a oportunidade (física, no meio ambiente, e social, proporcionada pela cultura) e motivação (processos reflexivos, como planos e avaliação, e processos automáticos, envolvendo impulsos e emoções associadas a estímulos condicionados e incondicionados)[119–121]. Utiliza-se de workshops e intervenções pautadas em treinamento. As oportunidades incluem mudanças de normas sociais, incentivos ou sanções a determinado comportamento. A motivação pode ser modulada pelos custos, incentivos e penalidades associadas ao comportamento[119–123]. Maiores informações podem ser consultadas no e-book "A guide on the COM-B Model of Behavior", da Social Change UK" disponível em: https://social-change.co.uk/files/02.09.19_COM-B_and_changing_behaviour_.pdf
Theoretical Domains Framework (TDF)	A Estrutura de Domínios Teóricos de mudança de comportamento é utilizada para facilitar uma avaliação abrangente dos determinantes comportamentais que funcionam como barreiras na implementação e desenhar estratégias de implementação[124,125.] Adotar ou não uma implementação é um comportamento influenciado por fatores como: conhecimento, habilidades, identidade social e profissional, crenças sobre capacidades, crenças sobre consequências, motivação e objetivos, processos de memória, atenção e decisão, contextos e recursos ambientais, emoção, regulação comportamental,

	otimismo, reforço, intenções, metas, dentre outros[23,27]. Para isso são usadas ferramentas específicas sobre a mudança de comportamento[126].
Theory of Diffusion	O precursor da Teoria da Difusão foi o sociólogo francês Gabriel Tarde[130]. Esse modelo tem sido estudado há 30 anos, sendo popularizado por Rogers no livro “Diffusion of Innovations”[131]. Os principais componentes da difusão de inovações são: a inovação, os canais de comunicação, o tempo e o sistema social[131]. Objetiva compreender quando e como os indivíduos adotam uma prática, intervenção ou produto[132,133]. É utilizado para avaliar o contexto, as barreiras e os facilitadores da implementação, considerando até que ponto as características da inovação (vantagem relativa, compatibilidade, complexidade, experimentabilidade e observabilidade) afetam os resultados da implementação[134–139].

Referências

1. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2011;38(2):65–76.

2. Proctor E, John L, Gregory A, David C, Charles G, Brian M. Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. Adm Policy Ment Heal [Internet]. 2013;36(1):1–17. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808121/

3. Brasil. LEI No 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 [Internet]. Brasil; 1990 p. 1–3. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI No 8.142%2C DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.&text=Dispõe sobre a participação da,saúde e dá outras providências.

4. Brasil. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 [Internet]. Brasil; 1990 p. 1–16. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

5. Ollaik LG, Medeiros JJ. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Rev Adm Pública [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Apr 7];45(6):1943–67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000600015&lng=pt&tlng=pt

6. Faria CAP de. Dossiê Democracia E Políticas Públicas Implementação: Ainda O " Elo Perdido " Da Análise De Políticas Públicas No Brasil? Rev DEBATES. 2012;6(2):13–36.

7. Furtado JP, De Sousa Campos GW, Oda WY, Onocko-Campos R. Health planning and evaluation: Antagonism versus collaboration. Cad Saude Publica. 2018;34(7).

8. Michaelis C, Michaelis H. Michaelis: dicionário prático de língua portuguesa. 3rd ed. Michaelis C, Michaelis H, editors. Melhoramentos; 2016. 976 p.

9. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: What it is and how to do it. Br J Sports Med [Internet]. 2014;48(8):731–6. Available from: http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.f6753

10. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. A Pract Guid. 2013;66.

11. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. Lancet Glob Heal. 2018;392(10160).

12. Morgan G. Imaganes da Organização. 2002. 283 p.

13. Habermas J. Política cientifizada y opinión pública. In: Redondo MJ, Garrido M, editors. Ciencia y técnica como ideología. Madrid: Tecnos Editora; 1994. p. 131–58.

14. Pacheco RA, Onocko-campos R. metodológico na Saúde Coletiva. 2018;28(2):1–19.

15. Northridge ME, Metcalf SS. Enhancing implementation science by applying best principles of systems science. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2016;14(1):1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12961-016-0146-8

16. Sabatier PA. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. J Public Policy [Internet]. 1986;6(1):21–48. Available from: https://econpapers.repec.org/RePEc:cup:jnlpup:v:6:y:1986:i:01:p:21-48_00

17. Proctor EK, Chambers DA. Training in dissemination and implementation research: a field-wide perspective. Transl Behav Med. 2017;7(3):624–35.

18. Sant'Anna Ramos Vosgerau D, Paulin Romanowski J. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. Rev Diálogo Educ. 2014;14(41):165.

19. Elias C de SR, da Silva LA, Martins MT de SL, Ramos NAP, Souza M das GG de, Hipólito RL. Quando chega o fim? uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog (Ed port). 2012;8(1):48–53.

20. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):v–vi.

21. Zepeda KGM, Silva MM da, Silva ÍR, Redko C, Gimbel S. Fundamentals of Implementation Science: an intensive course on an emerging field of research. Esc Anna Nery. 2018;22(2):1–8.

22. Puttkammer N, Training I. Using Routine Data Systems to Bridge the Know-Do Gap and Improve Implementation. 2015;

23. Cane J, Connor DO, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implement Sci [Internet]. 2012;7(37):1–17. Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-7-37.pdf

24. Fortney J, Enderle M, Mcdougall S, Clothier J, Otero J, Altman L, et al. Implementation outcomes of evidence-based quality improvement for depression in VA community-based outpatient clinics. Implement Sci. 2012;7(30):1–15.

25. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. Implement Sci [Internet]. 2009 Dec 19;4(1):67. Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-4-67.pdf

26. Weiner BJ, Belden CM, Bergmire DM, Johnston M. The meaning and measurement of implementation climate. Implement Sci [Internet]. 2011;6(78):1–12. Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-6-78.pdf

27. Atkins L, Francis J, Islam R, Connor DO, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci. 2017;12(77):1–18.

28. Rijnders S, Boer H. A typology of continuous improvement implementation processes. Knowl Process Manag. 2004;11(4):283–96.

29. Cohen WM, Levinthal DA. Absorptive Capacity : A New Perspective on Learning and Innovation Author (s): Wesley M . Cohen and Daniel A . Levinthal Source : Administrative Science Quarterly , Vol . 35 , No . 1 , Special Issue : Technology , Organizations , and Innovation (Mar .,. 8/Administrative Sci Quarterly,. 1990;35(1):128–52.

30. Noblet JP, Simon E, Parent R. Absorptive capacity: A proposed operationalization. Knowl Manag Res Pract. 2011;9(4):367–77.

31. Roberts N, Galluch PS, Dinger M, Grover V. Absorptive Capacity and Information Systems Research: Review, Synthesis, and Directions for Future Research. Manag Inf Syst Res Cent. 2012;36(2):625–48.

32. Vasconcelos AC, Martins JT, Ellis D, Fontainha E. Absorptive capacity: A process and structure approach. J Inf Sci. 2019;45(1):68–83.

33. Cappellari G, Welter CVN, Hermes LCR, Sausen JO. Absorptive capacity: Components and organizational mechanisms for its development. Vol. 20, Revista de Administracao Mackenzie. 2019.

34. Gebauer H, Worch H, Truffer B. Absorptive capacity, learning processes and combinative capabilities as determinants of strategic innovation. Eur Manag J [Internet]. 2012;30(1):57–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.emj.2011.10.004

35. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. Implement Sci. 2016;11(1).

36. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: A systematic review of systematic reviews (an update). Implement Sci. 2016;11(1):1–12.

37. Clinton-McHarg T, Yoong SL, Regan FTT, Fielding A, Skelton E, Kingsland M, et al. Psychometric properties of implementation measures for public health and community setting and mapping of constructs against the Consolidated Fremework for Implementation Research: a systematic review. Implement Sci. 2016;11(148).

38. Lewis CC, Weiner BJ, Stanick C, Fischer SM. Advancing implementation science through measure development and evaluation: A study protocol. Implement Sci. 2015;10(1):1–10.

39. Cole AM, Esplin A, Baldwin LM. Adaptation of an evidence-based colorectal cancer screening program using the consolidated framework for implementation research. Prev Chronic Dis. 2015;12(12):1–10.

40. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). Implement Sci. 2013;8(1):1–17.

41. Hunter SB, Han B, Slaughter ME, Godley SH, Garner BR. Associations between implementation characteristics and evidence-based practice sustainment: A study of the Adolescent Community Reinforcement Approach. Implement Sci. 2015;10(1):1–11.

42. Formento HR, Chiodi FJ, Cusolito FJ, Altube LA, Gatti SP. Key Factors for a Continuous Improvement Process. Indep J Manag Prod. 2013;4(2):391–415.

43. Levesque DA, Prochaska JM, Prochaska JO, Dewart SR, Hamby LS, Weeks WB. Organizational Stages and Processes of Change for Continuous Quality Improvement in Health Care. Consult Psychol J. 2001;53(3):139–53.

44. Jones B, Kwong E, Warburton W, Black N, Boland B, Dixon-woods M, et al. Quality improvement made simple What everyone should know about health care quality improvement. 2021.

45. Silver SA, McQuillan R, Harel Z, Weizman A V., Thomas A, Nesrallah G, et al. How to sustain change and support continuous quality improvement. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(5):916–24.

46. Soković M, Jovanović J, Krivokapić Z, Vujović A. Basic quality tools in continuous improvement process. Stroj Vestnik/Journal Mech Eng. 2009;55(5).

47. Blumenthal D, Kilo CM. A Report Card on Continuous Quality Improvement. Milbank Q. 1998;76(4):625–48.

48. Smeulers M. UvA-DARE (Digital Academic Repository) Evidence-Based Quality Improvement: A recipe for improving medication safety and handover of care [Internet]. 2016. Available from: https://pure.uva.nl/ws/files/2643488/167772_03.pdf

49. Meredith LS, Batorsky B, Cefalu M, Darling JE, Stockdale SE, Yano EM, et al. Long-term impact of evidence-based quality improvement for facilitating medical home implementation on primary care health professional morale. BMC Fam Pract. 2018;19(1):1–10.

50. Henrik Horn A, Line L. Facilitation. Implement Gr. :38.

51. Matchar DB, Patwardhan MB, Samsa GP, Haley WE. Facilitated process improvement: An approach to the seamless linkage between evidence and practice in CKD. Am J Kidney Dis. 2006;47(3):528–38.

52. Jacobs SR, Weiner BJ, Bunger AC. Context matters: measuring implementation climate among individuals and groups. Implement Sci [Internet]. 2014 Dec 17;9(1):46. Available from: http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-9-46

53. Pullmann MD, Lucid L, Harrison JP, Martin P, Deblinger E, Benjamin KS, et al. Implementation climate and time predict intensity of supervision content related to evidence-based treatment. Front Public Heal. 2018;6(OCT).

54. Ehrhart MG, Torres EM, Hwang J, Sklar M, Aarons GA. Validation of the Implementation Climate Scale (ICS) in substance use disorder treatment organizations. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2019;14(35):1–10.

55. Kok G, Lo SH, Peters GJY, Ruiter RAC. Changing energy-related behavior: An Intervention Mapping approach. Energy Policy [Internet]. 2011;39(9):5280–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.enpol.2011.05.036

56. L. Kay Bartholomew E, Christine M. M, Robert A. C. R, Gerjo K, Guy S. P. Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach. 4th ed. Jossey-Bass; 2016. 704 p.

57. Van Mol M, Nijkamp M, Markham C, Ista E. Using an intervention mapping approach to develop a discharge protocol for intensive care patients. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1–13.

58. Fernandez ME, ten Hoor GA, van Lieshout S, Rodriguez SA, Beidas RS, Parcel G, et al. Implementation mapping: Using intervention mapping to develop implementation strategies. Front Public Heal. 2019;7(JUN):1–15.

59. Walburn J, Sainsbury K, Foster L, Weinman J, Morgan M, Norton S, et al. Why? What? How? Using an Intervention Mapping approach to develop a personalised intervention to improve adherence to photoprotection in patients with Xeroderma Pigmentosum. Heal Psychol Behav Med [Internet]. 2020;8(1):475–500. Available from: https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1819287

60. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention Mapping : Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning : Perspective and Examples. Front Public Heal [Internet]. 2019;7(August):1–8. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/sections/public-health-education-and-promotion

61. Chang JB. An intervention mapping approach: development of a nutrition and physical activity program for chinese americans. ProQuest LLC. Texas: Microform Edition; 2013. 185 p.

62. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. Implement Sci. 2009;4(1):1–9.

63. May C. A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. BMC Health Serv Res. 2006;6:1–11.

64. May CR, Mair FS, Dowrick CF, Finch TL. Process evaluation for complex interventions in primary care: Understanding trials using the normalization process model. BMC Fam Pract. 2007;8:1–9.

65. May, Carl R. , Amanda Cummings, Melissa Girling, Mike Bracher, Frances S. Mair CMM, Elizabeth Murray, Michelle Myall TR and TF, Bracher M, Mair FS, May CRCM, Murray E, et al. Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions : a systematic review. Implement Sci. 2018;13(1):1–42.

66. May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: The normalization process model. BMC Health Serv Res. 2007;7:1–7.

67. Bracher M, May CR. Implementing and Embedding Health Informatics Systems Understanding Organizational Behaviour Change Using Normalization Process Theory (NPT). Stud Health Technol Inform. 2019;263:171–90.

68. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. Sociology. 2009;43(3):535–54.

69. Elf M, Nordmark S, Lyhagen J, Lindberg I, Finch T, Åberg AC. The Swedish version of the Normalization Process Theory Measure S-NoMAD: Translation, adaptation, and pilot testing. Implement Sci. 2018;13(1):1–12.

70. Sutton E, Herbert G, Burden S, Lewis S, Thomas S, Ness A, et al. Using the normalization process theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the enhanced recovery after surgery programme: “it’s not rocket science.” PLoS One. 2018;13(4):1–14.

71. McNaughton RJ, Steven A, Shucksmith J. Using Normalization Process Theory as a Practical Tool Across the Life Course of a Qualitative Research Project. Qual Health Res. 2020;30(2):217–27.

72. Elwyn G, Légaré F, Weijden T Van Der, Edwards A, May C. Arduous implementation: Does the Normalisation Process Model explain why it’s so difficult to embed decision support technologies for patients in routine clinical practice. Implement Sci. 2008;3(1):1–9.

73. Hogan-Murphy D, Stewart D, Tonna A, Strath A, Cunningham S. Use of Normalization Process Theory to explore key stakeholders’ perceptions of the facilitators and barriers to implementing electronic systems for medicines management in hospital settings. Res Soc Adm Pharm [Internet]. 2021;17(2):398–405. Available from: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.005

74. Davis S. Ready for Prime Time? Using Normalization Process Theory to Evaluate Implementation Success of Personal Health Records Designed for Decision Making. Front Digit Heal [Internet]. 2020 Nov 20;2(November):1–18. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fdgth.2020.575951/full

75. Puchalski Ritchie LM, Straus SE. Assessing organizational readiness for change: Comment on “development content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT.” Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2019;8(1):55–7. Available from: https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.101

76. Dearing JW. Organizational readiness tools for global health intervention: A review. Front Public Heal. 2018;6(MAR):1–6.

77. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. Implement Sci [Internet]. 2009 Dec 19;4(1):67. Available from: http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67

78. Helfrich CD, Li YF, Sharp ND, Sales AE. Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the promoting action on research in health services (PARIHS) framework. Implement Sci. 2009;4(1):1–13.

79. Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. Organizational readiness for implementing change : a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci [Internet]. 2014;9(7):1–15. Available from:

https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-9-7.pdf

80. Spalluto LB, Lewis JA, Stolldorf D, Yeh VM, Callaway-Lane C, Wiener RS, et al. Organizational Readiness for Lung Cancer Screening: A Cross-Sectional Evaluation at a Veterans Affairs Medical Center. JACR J Am Coll Radiol [Internet]. 2021;18(6):809–19. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.12.010

81. Drăgoi MC. Health Determinants. Food Science and Nutrition. 2018. 1–25 p.

82. Binkley CJ, Johnson KW. Application of the PRECEDE-PROCEED Planning Model in Designing an Oral Health Strategy. J theory Pract Dent public Heal [Internet]. 2013;1(3):1–18. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25328904%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4199385

83. Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Glasgow RE. The Future of Physical Activity Behavior Change Research: What Is Needed to Improve Translation of Research into Health Promotion Practice? Exerc Sport Sci Rev. 2004;32(2):57–63.

84. Glanz K, Rimer BK. Gl ance Theor y at a. Heal San Fr [Internet]. 2005;83(21):52. Available from: http://en.scientificcommons.org/54671111

85. Green LW, Levine DM, Deeds S. Clinical trials of health education for hypertensive outpatients: Design and baseline data. Prev Med (Baltim). 1975;4(4):417–25.

86. Howat P, Jones S, Hall M, Cross D, Stevenson M. The PRECEDE-PROCEED model: Application to planning a child pedestrian injury prevention program. Inj Prev. 1997;3(4):282–7.

87. Salari R, Salari R, Medicine C. Electronic Physician (ISSN : 2008-5842). Electron Physician. 2017;9(January):3592–7.

88. White K, Garces IC, Bandura L, McGuire AA, Scarinci IC. Design and evaluation of a theory-based, culturally relevant outreach model for breast and cervical cancer screening for latina immigrants. Ethn Dis. 2012;22(3):274–80.

89. Airhihenbuwa C, Ph D. APPROPRIATE HEALTH EDUCATION PROGRAMS IN DEVELOPING COUNTRIES *. 1990;11(1):53–62.

90. Airhihenbuwa CO, Iwelunmor J, Munodawafa D, Ford CL, Oni T, Agyemang C, et al. Culture matters in communicating the global response to COVID-19. Prev Chronic Dis. 2020;17(17):1–8.

91. Okoror TA, Airhihenbuwa CO, Zungu M, Makofani D, Brown DC, Iwelunmor J. “My mother told me i must not cook anymore” - Food, culture, and the context of HIV- and aids-related stigma in three communities in South Africa. Int Q Community Health Educ. 2007;28(3):201–13.

92. Iwelunmor J, Newsome V, Airhihenbuwa CO. Framing the impact of culture on health: A systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions. Ethn Heal. 2014;19(1):20–46.

93. Foley E, BeLue R. Identifying Barriers and Enablers in the Dietary Management of Type 2 Diabetes in M'Bour, Senegal. J Transcult Nurs. 2017;28(4):348–52.

94. Kannan S, Sparks A V., DeWitt Webster J, Krishnakumar A, Lumeng J. Healthy Eating and Harambee: Curriculum development for a culturally-centered bio-medically oriented nutrition education program to reach African American women of childbearing age. Matern Child Health J. 2010;14(4):535–47.

95. Iwelunmor J, Idris O, Adelakun A, Airhihenbuwa CO. Child malaria treatment decisions by mothers of children less than five years of age attending an outpatient clinic in south-west Nigeria: An application of the PEN-3 cultural model. Malar J [Internet]. 2010;9(1):354. Available from: http://www.malariajournal.com/content/9/1/354

96. Sadlon P, Charron-Prochownik D, Sullivan-Bolyai S. "Together We Can Return to Balance"—Eastern Woodlands Native Perspectives and Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. Diabetes Educ. 2020;46(6):597–606.

97. Sierra H, Cordova M, Chen CJ, & Rajadhyaksha M. (2015). Confocal imaging-guided laser ablation of basal cell carcinomas: an ex vivo study. The Journal of investigative dermatology, 135(2), 612–615. https://doi.org/10.1038/jid.2014.371

98. Garcés IC, Scarinci IC, Harrison L. An examination of sociocultural factors associated with health and health care seeking among latina immigrants. J Immigr Minor Heal. 2006;8(4):377–85.

99. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. Qual Saf Heal Care [Internet]. 1998 Sep 1;7(3):149–58. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.7.3.149

100. Helfrich CD, Damschroder LJ, Hagedorn HJ, Daggett GS, Sahay A, Ritchie M, et al. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. Implement Sci. 2010;5(1).

101. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. Implement Sci [Internet]. 2015 Dec 10;11(1):33. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2

102. Rycroft-Malone J. Using the Best Evidence to Change Practice The PARIHS Framework — A Framework for Guiding the Implementation of. J Nurs Care Qual. 2004;19(4):297–304.

103. Nilsen P, Birken S. Handbook on Implementation Science [Internet]. Nilsen P, Birken SA, editors. Handbook on Implementation Science. Edward Elgar Publishing;

2020. 114–143 p. Available from: https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781788975988/9781788975988.xml

104. Roberts NA, Janda M, Stover AM, Alexander KE, Wyld D, Mudge A. The utility of the implementation science framework “Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services” (i-PARIHS) and the facilitator role for introducing patient-reported outcome measures (PROMs) in a medical oncology outpatient . Qual Life Res [Internet]. 2020;(0123456789). Available from: https://doi.org/10.1007/s11136-020-02669-1

105. Bandeira AG, Witt RR, Lapão LV, Madruga JG. A utiliząão de um referencial metodológico na implementąão de evidências como parte da investigąão em enfermagem. Texto e Context Enferm. 2017;26(4).

106. Ward MM, Baloh J, Zhu X, Stewart GL. Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework applied to TeamSTEPPS implementation in small rural hospitals. Health Care Manage Rev [Internet]. 2017 Jan;42(1):2–13. Available from: https://journals.lww.com/00004010-201701000-00002

107. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. Front Public Heal. 2019;7(MAR).

108. Estabrooks PA, Gyurcsik NC. Evaluating the impact of behavioral interventions that target physical activity: Issues of generalizability and public health. Psychol Sport Exerc. 2003;4(1):41–55.

109. Dzewaltowski DA, Glasgow RE, Klesges LM, Estabrooks PA, Brock E. RE-AIM: Evidence-based standards and a web resource to improve translation of research into practice. Ann Behav Med. 2004;28(2):75–80.

110. Glasgow RE, Bull SS, Gillette C, Klesges LM, Dzewaltowski DA. Behavior change intervention research in healthcare settings. Am J Prev Med. 2002;23(1):62–9.

111. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc. 2013;1(1).

112. Klesges LM, Estabrooks PA, Dzewaltowski DA, Bull SS, Glasgow RE. Beginning with the application in mind: Designing and planning health behavior change interventions to enhance dissemination. Ann Behav Med. 2005;29(SUPPL.):66–75.

113. Chakravorty SS. Six Sigma programs: An implementation model. Int J Prod Econ [Internet]. 2009 May;119(1):1–16. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925527309000243

114. Deeb S, Haouzi HB El, Aubry A, Dassisti M. A generic framework to support the implementation of six sigma approach in SMEs. IFAC-PapersOnLine [Internet]. 2018;51(11):921–6. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2018.08.490

115. Shahada TM, Alsyouf I. Design and implementation of a Lean Six Sigma framework for process improvement: A case study. IEEE Int Conf Ind Eng Manag. 2012;80–4.

116. Papic L, Mladjenovic M, Garcia AC, Aggrawal D. Significant factors of the successful lean six-sigma implementation. Int J Math Eng Manag Sci. 2017;2(2):85–109.

117. Gutierrez-Gutierrez L, de Leeuw S, Dubbers R. Logistics services and Lean Six Sigma implementation: a case study. Int J Lean Six Sigma. 2016;7(3):324–42.

118. Hill J, Thomas AJ, Mason-Jones RK, El-Kateb S. The implementation of a Lean Six Sigma framework to enhance operational performance in an MRO facility. Prod Manuf Res [Internet]. 2018;6(1):26–48. Available from: https://doi.org/10.1080/21693277.2017.1417179

119. Mayne J. The Capabilities , Opportunities and Motivation Behaviour-Based Theory of Change Model. Work Pap. 2016;(April):12.

120. Mayne J. Theory of change analysis: Building robust theories of change. Can J Progr Eval. 2017;32(2):155–73.

121. Willmott TJ, Pang B, Rundle-Thiele S. Capability, opportunity, and motivation: an across contexts empirical examination of the COM-B model. BMC Public Health. 2021;21(1):1–17.

122. West R, Michie S. A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. Qeios. 2020;2–7.

123. Social Change UK. The COM-B Model of Behaviour. 2019;7.

124. Phillips CJ, Marshal AP, Chaves NJ, Jankelowitz SK, Lin IB, Loy CT, et al. Experiences of using the Theoretical Domains framework across diverse clinical environments: A qualitative study. J Multidiscip Healthc. 2015;8:139–46.

125. McGowan LJ, Powell R, French DP. How can use of the Theoretical Domains Framework be optimized in qualitative research? A rapid systematic review. Br J Health Psychol. 2020;25(3):677–94.

126. Reedman S. Theoretical Domains Framework – Behaviour Change. 2017;2015:2015–8.

127. Smith JD, Corace KM, MacDonald TK, Fabrigar LR, Saedi A, Chaplin A, et al. Application of the Theoretical Domains Framework to identify factors that influence hand hygiene compliance in long-term care. J Hosp Infect [Internet]. 2019;101(4):393–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.12.014

128. Debono D, Taylor N, Lipworth W, Greenfield D, Travaglia J, Black D, et al. Applying the Theoretical Domains Framework to identify barriers and targeted interventions to enhance nurses' use of electronic medication management systems in two Australian hospitals. Implement Sci. 2017;12(1):1–13.

129. Norton TC, Rodriguez DC, Willems S. Applying the Theoretical Domains Framework to understand knowledge broker decisions in selecting evidence for knowledge translation in low- and middle-income countries. Heal Res Policy Syst. 2019;17(1):1–15.

130. Kaminski J. Theory in Nursing Informatics Column. Can J Nurs Informatics. 2011;6(2):1–7.

131. Ismail S. Detailed Review of Roger's Diffusion of Innovations Theory and Educational Technology. Turkish Online J Educ Technol. 2006;5(2):14–23.

132. Kreps GL. Diffusion Theory in Integrative Approaches. In: Oxford Research Encyclopedia of Communication [Internet]. Oxford University Press; 2017. p. 1–16. Available from: https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-251

133. Adopters E, Majority E, Majority L. IECMHC Cog 3 : Diffusion of Innovation Theory. (1).

134. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implement Sci. 2015;10(1):1–13.

135. Green Jr. SE. A Rhetorical Theory of Diffusion. Acad Manag Rev. 2004;29(4):653–69.

136. Atkin DJ, Hunt DS, Lin CA. Diffusion Theory in the New Media Environment: Toward an Integrated Technology Adoption Model. Mass Commun Soc [Internet]. 2015 Sep 3;18(5):623–50. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/15205436.2015.1066014

137. Cabrera JA. The emergence of diffusion theory in latin america a restropect analysis. Rev Investig Desarro. 2007;15(2):260–87.

138. Dearing JW, Cox JG. Diffusion Of Innovations Theory, Principles, And Practice. Health Aff [Internet]. 2018 Feb;37(2):183–90. Available from: http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.1104

139. Alves WR, Morrill RL. Diffusion Theory and Planning. Taylor Fr. 1975;51(3):290–304.

140. Rossetto DE, Carvalho FCA de, Bernardes RC, Borini FM. Absorptive Capacity and Innovation: An Overview of International Scientific Production of Last Twenty-Five Years. Int J Innov [Internet]. 2017 Feb 10;5(1):97–113. Available from: https://periodicos.uninove.br/innovation/article/view/9854

141. Ferreira GC, Ferreira JJM. Absorptive capacity: An analysis in the context of Brazilian family firms. Rev Adm Mackenzie. 2017;18(1):174–204.

142. DUANE M. R, JAMES E. K, J. M, BERAN, DAVID A. W, KRISTY G. Encyclopedia of the Sciences of Learning [Internet]. Seel NM, editor. Encyclopedia of

the Sciences of Learning. Boston, MA: Springer US; 2012. 406 p. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1428-6

143. Flatten TC, Engelen A, Zahra SA, Brettel M. A measure of absorptive capacity: Scale development and validation. Eur Manag J [Internet]. 2011;29(2):98–116. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.emj.2010.11.002

144. Perdomo G, Lozada N, Zuñiga-Collazos A. Absorptive Capacity (AC): knowledge generation and its evolution from variable to construct. Espacios. 2017;38(August 2017):10.

145. McGovern MP, Saunders EC, Kim E. Substance abuse treatment implementation research. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2013 Jan;44(1):1–3. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547212003819

146. Tabish SA. Continuous quality improvement in health care organisations. J Acad Hosp Adm. 1995;7–8(2–1):11–8.

147. Ettorchi -Tardy A, Levif M, Michel P. Benchmarking: A method for continuous quality improvement in health. Healthc Policy. 2012;7(4):101–19.

148. Zuchowski I, Miles D, Woods C, Tsey K. Continuous Quality Improvement Processes in Child Protection: A Systematic Literature Review. Res Soc Work Pract. 2019;29(4):389–400.

149. Consolidada E, Klein K, Sorra J. O clima de implementação é importante: evidências de três novos estudos. 2021;1–4.

150. Machado DM, Murta SG, da Costa II. Applying intervention mapping approach to a program for early intervention in first-episode mental crisis of a psychotic type. Psicol Reflex e Crit. 2020;33(1).

151. Nilsen P, Hunt S. Towards a general theory of Marketing. Implement Sci. 1990;10(1):19–37.

152. Murray E, Treweek S, Pope C, Macfarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. NPT - a framework for developing evaluating and implementing complex interventions. BMC Med. 2010;

153. Carroll N, Conboy K. Applying Normalization Process Theory to Explain Large-Scale Agile Transformations. 2019;

154. Finch T. Teledermatology for chronic disease management: Coherence and normalization. Chronic Illn. 2008;4(2):127–34.

155. Gask L, Rogers A, Campbell S, Sheaff R. Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. BMC Health Serv Res. 2008;8:1–10.

156. Owiti JA, Greenhalgh T, Sweeney L, Foster GR, Bhui KS. Illness perceptions and explanatory models of viral hepatitis B & C among immigrants and refugees: A narrative systematic review. BMC Public Health. 2015;15(1):1–17.

157. Shahandeh K, Basseri HR, Sharifzadeh Y. An application of cultural model to assess and compare malaria prevention among afghani migrant and Baluchi resident in the endemic area, southeastern iran. J Immigr Minor Heal. 2014;16(1):102–10.

158. Kannan S, Webster D, Sparks A, Acker CM, Greene-Moton E, Tropiano E, et al. Using a Cultural Framework to Assess the Nutrition Influences in Relation to Birth Outcomes Among African American Women of Childbearing Age: Application of the PEN-3 Theoretical Model. Health Promot Pract. 2009;10(3):349–58.

159. Ory MG, Jordan PJ, Bazzarre T. The Behavior Change Consortium: Setting the stage for a new century of health behavior-change research. Health Educ Res. 2002;17(5):500–11.

160. Richardson M, Khouja CL, Sutcliffe K, Thomas J. Using the theoretical domains framework and the behavioural change wheel in an overarching synthesis of systematic reviews. BMJ Open. 2019;9(6):1–16.

161. Wang L. A general theory of diffusion. Prog Theor Phys. 1999;101(3):541–57.

162. Peixoto M, Castro AC. Roger's Theory of Diffusion of Innovations and institutional changes in Brazilian Rural Advisory Services. 1974;1–17.

163. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? Psychiatry Research. 2020; 283:112376. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025

164. Silva AA, Lopes GPD, Claro HG et al. Collective Health in Brazil and Implementation Science: Challenges and Potentialities. Glob Implement Res Appl. 2023; 3:340–354. https://doi.org/10.1007/s43477-023-00095-2

165. Lima LL, D'Ascenzi L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. Rev Sociol Polit [Internet]. Dec 21 2013; (48):101–10. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006

166. Pase HL, Melo CC. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. Rev Adm Pública [Internet]. 2017Mar; 51(2):312–29. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7612150770

167. Azevedo DC, Burlandy L. Política de combate à pobreza no Brasil, concepções e estratégias. Rev katálysis [Internet]. 2010; 13(2):201–9. Available from: https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000200007

168. Wanderley MB, Martinelli ML, Paz RDO. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. Serv Soc Soc [Internet]. 2020 Jan; (137):7–13. Available from: https://doi.org/10.1590/0101-6628.198

169. Vassall A, Sweeney S, Kahn JG, Gomez G, Bollinger L, Marseille E, et al. Reference case for estimating the costs of global health services and interventions. Global Health Costing Consortium [Internet]. 2017. Available from: https://ghcosting.org/pages/standards/reference_case. Accessed 28 March 2022.

170. Grey Matters: a practical tool for searching health-related grey literature. https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence/grey-matters. Accessed 25 March 2022.

171. Ojo T, Kabasele L, Boyd B, Enechukwu S, Ryan N, Gyamfi J, Peprah E. The Role of Implementation Science in Advancing Resource Generation for Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries. Health Services Insights. 2021; 14. Available from: https://doi.org/10.1177/1178632921999652

172. Malhotra A, Thompson RR, Kagoya F. et al. Economic evaluation of implementation science outcomes in low- and middle-income countries: a scoping review. Implementation Sci. 2022; 17:76. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-022-01248-x

8.2. Artigo 2

CATEGORIA DO MANUSCRITO

Artigo Original - Publicado na Revista Vínculo

TÍTULO

Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário.

TÍTULO RESUMIDO

Implementação psicossocial, exposição à violência e saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE

Pesquisa de implementação; exposição à violência; dos grupos breves psicanalíticos.

AUTORES

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. ttps://orcid.org/0000-0002-0445-6588

Carolina Con Andrades Luiz, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. https://orcid.org/0000-0002-9323-4353

Rosana Teresa Onocko Campos, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. https://orcid.org/0000-0003-0469-5447

Erotildes Maria Leal, Departamento de Medicina em Atenção Primária, área Saúde Mental, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. https://orcid.org/0000-0002-8468-4571

Giovana Pellatti D Lopes, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. https://orcid.org/0000-0002-3074-4938

Juliana Américo Dainezi, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 - Campinas, SP, Brasil. E-mail: aliceandrade.psicologia@gmail.com

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Considerando o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), declaramos que a autora principal, a sra. Alice Andrade Silva contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; e as coautoras contribuíram significativamente na elaboração e revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001. A pesquisa matriz, da qual se originou este estudo foi financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses que possa ser percebido como prejudicial à imparcialidade da pesquisa relatada.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404. Todos os procedimentos para obtenção dos dados foram realizados segundo as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 466/2012).

IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO PSICOSSOCIAL PARA PESSOAS EXPOSTAS A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO

RESUMO: Discute-se o processo de implementação de um ambulatório que oferta psicoterapia de grupo com base psicanalítica às crianças, adolescentes e adultos expostos à violência, adscritos à região Norte de Campinas-SP. A implementação aconteceu no Hospital Universitário - Unicamp, em parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces, a Assistência Social e de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas. Objetivou-se qualificar a assistência e articulação da rede de serviços públicos no território (Atenção Primária à Saúde e Assistência Social), ofertando-se apoio matricial e seguimento conjunto dos casos; e construir evidências sobre a efetividade da psicanálise de grupo na terapia de transtornos associados à exposição à violência. Utilizar a psicanálise justifica-se no contexto da abordagem e da prevenção à violência na medida em que espaços seguros de escuta possibilitam à pessoa em situação de exposição à violência um lugar de legitimação do sofrimento, elaboração e ressignificação da experiência traumática; do contrário há riscos de invalidar, negar, calar e perpetuar a violência naturalizando-a. A psicanálise tem contribuições significativas para compreensão das causas e consequências individuais e coletivas da violência, bem como para intervir e prevenir a transmissão transgeracional por meio de dispositivos terapêuticos que consideram os níveis coletivo, intersubjetivo e intrapsíquico.

PALAVRAS-CHAVE: pesquisa de implementação; exposição à violência; dos grupos breves psicanalíticos.

Introdução

Embora ainda seja inexpressivo no Brasil e raramente explorado na área da saúde mental, o campo das pesquisas de implementação é apontado na literatura internacional como potencial contribuidor para tornar as políticas e programas de saúde pública cada vez mais efetivos. De forma geral, a intenção desse tipo de pesquisa é entender como as intervenções funcionam nas configurações do "mundo

real", testando abordagens para melhorá-las e avaliando os resultados produzidos a partir das mesmas. As pesquisas de implementação buscam avaliar e transformar redes de saúde, introduzindo propostas de soluções no sistema de saúde, para promover a superação de entraves institucionais, como, por exemplo, a lacuna entre o que é oferecido pelos serviços e o que de fato é necessário para os usuários no cotidiano (Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2014; Proctor et al., 2008).

A escalada de violência em bairros e comunidades têm trazido imensa repercussão psicossocial para suas vítimas e pessoas próximas. Muitas dessas pessoas recusam procurar ajuda no próprio bairro por medo de represálias e ou de estigmatização. Por outro lado, existe uma carência de dispositivos especializados para a realização desse cuidado, assim como faltam evidências sobre a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas.

Considerando o potencial das pesquisas de implementação para as políticas públicas e a demanda social relacionada à exposição à violência, o presente artigo analisa um projeto de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à situação de violência adscritos à região Norte da cidade de Campinas-SP. Esse projeto consiste no planejamento ascendente, implementação e posterior avaliação quase experimental de um ambulatório psicossocial direcionado a crianças, adolescentes e adultos expostos diretamente e indiretamente à violência.

A violência sofrida diretamente se refere àquela denominada pela Organização Mundial de Saúde como sofrimento causado em uma dimensão física, sexual, psicológica ou de privação/negligência. Entretanto, os danos acarretados pela violência se estendem indiretamente às pessoas que presenciaram, testemunharam ou ouviram falar de episódios e cenas de violência (Patias, Silva, & Dell'Aglio, 2016).

A necessidade de implementação de um ambulatório psicossocial para o atendimento de pessoas expostas diretamente e indiretamente a violência fundamenta-se nos altos índices de violência vividos pelas mulheres, adolescentes e crianças da região norte da cidade de Campinas/SP, território marcado pela perpetuação da violência de forma transgeracional (Corrêa, 2000). Essa região é referenciada pelo Hospital Universitário da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), local onde o ambulatório será implementado, em parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces -Universidade Estadual de

Campinas (UNICAMP) e a rede de Assistência Social e da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas.

Segundo o Atlas da Violência (Cerqueira, 2018), em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Em dez anos, observa que esse índice aumentou 6,4%. As mulheres que se tornaram uma vítima fatal, geralmente, foram anteriormente vítimas de outras violências de gênero, como por exemplo a violência psicológica, patrimonial, física ou sexual. Nesse sentido, muitas mortes podem ser evitadas mediante atendimento especializado, que realize um trabalho clínico e de articulação de rede capaz de impedir o desfecho fatal. Nesse sentido, os serviços especializados precisam ofertar opções concretas e apoio para que o público exposto diretamente e indiretamente consiga sair de um ciclo de violência.

Outro dado alarmante é o crescimento no número de casos de violência doméstica registrados no Brasil em 2017. No total, foram relacionados 1.273.398 processos em tramitação nas justiças estaduais em todo o país, sendo 388.263 destes novos casos são de violência doméstica e familiar contra a mulher, um aumento de 16% em relação ao ano anterior. De acordo com dados do Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), até o final de 2017 havia um processo judicial de violência doméstica para cada 100 mulheres brasileiras.

Um estudo publicado na Revista Panamericana de Salud Pública (Silva, Coelho, & Pires, 2014), aponta que mulheres que sofrem com a violência podem apresentar depressão, abuso de substâncias psicoativas e problemas de saúde como cefaleias, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico. Além disso, a violência impacta também na saúde reprodutiva, como no caso de gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis. A violência também pode ocasionar a ocorrência tardia de morbidades como artrite, problemas cardíacos e hipertensão.

A violência pode perpassar gerações, o que chamamos de violência transgeracional. Em outras palavras, as pessoas que sofrem violência, podem vir a praticar atos violentos e/ou de negligência contra os filhos, irmãos ou pessoas que compõem sua rede de relações (Onocko-Campos, 2018).

Segundo dados de um estudo organizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, o Brasil vive um quadro de alto índice de violência contra crianças e adolescentes, com negligência, abandono e violência física. Entre as crianças com até 1 ano de idade, a negligência representa 80% dos casos. Entre as crianças com idade entre 2 e 9 anos a violência física se destaca, sendo a residência o principal local da ocorrência dos casos. No caso dos adolescentes, o principal tipo de violência praticada contra eles é a física, o que representa 47% do total de casos notificados entre adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. A residência é o local com maior notificação de ocorrências, 23% dos casos. Quanto aos agressores, as crianças são vítimas na maioria dos casos dos próprios pais (40% dos casos), enquanto os adolescentes de desconhecidos (45% dos casos).

A região Norte de Campinas apresenta percentuais de 18,3% do índice total de desproteção social do município, segundo o plano municipal de assistência social (PMAS 2014/2017) representando alto percentual de desproteção social de sua população, o que indica que podem estar expostos a situações diversas de violência. Das três regiões do município referenciadas pelo Hospital de Clínicas da Unicamp, a região Norte é a que possui menos barreiras de acesso, por isso o desenho do ambulatório concentra-se nessa região, para posteriormente ampliar sua oferta se ele se mostrar efetivo.

Dados do Sistema de Notificação de Campinas (SISNOV) demonstram que dos 1.285 casos de violência notificados até setembro de 2018 no município, 871 casos ocorreram nas regiões referenciadas pelo Hospital das Clínicas da Unicamp, sendo 313 notificados na região norte, 265 na região sul e 293 na região sudoeste. Assim, a região norte apresentou o maior número de notificações de casos de violência até setembro de 2018. Dos casos notificados na região norte, podemos observar que os tipos de agressão mais recorrentes na comunidade até setembro de 2018 foram a violência sexual (42%) seguida da violência física (20%), tentativas de suicídio (18%), negligência (11%), psicológica (5%), financeira e econômica (1%) e abandono (1%).

Considerando o local de ocorrência dos diferentes tipos de violência constatamos que 227 casos (72,51%) notificados na região norte ocorreram em âmbito doméstico. Destes casos, 18,53% aconteceram entre 0 e 9 anos, 27,15%

aconteceram entre 10 e 19 anos, 50,15% aconteceram entre 20 e 59 anos e 4,15% aconteceram acima de 60 anos.

O perfil dos tipos de violência que ocorrem em âmbito doméstico e são notificados na região norte se distribui da seguinte maneira: entre 0 e 9 anos predominaram a violência sexual (11,45%) e negligência (7,48%); entre 10 e 19 anos predominaram a violência sexual (14,53%) e as tentativas de suicídio (3,96%); entre 20 e 59 anos predominaram as tentativas de suicídio (15,41%) e a violência física (14,53%); acima de 60 anos predominaram a violência física (2,64%).

Cada ciclo de vida são etapas com características singulares, cujas demandas e especificidades estão sendo levantadas e consideradas para o processo de implementação do ambulatório, possibilitando a ampliação da oferta de cuidado aos diferentes grupos etários da população da região norte de Campinas. Nesse sentido, o ambulatório irá, em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde e com os equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade da região Norte da Cidade de Campinas, ampliar a oferta de acompanhamento grupal psicoterápico de crianças, adolescentes, mulheres, famílias, vítimas de violência provenientes dessa região.

Ainda quando existem diferentes ofertas na rede de atenção às pessoas expostas a situação de violência, a literatura indica a pertinência de não restringir o projeto terapêutico às possibilidades internas dos serviços e incluir atividades fora dos serviços de referência e nos bairros de origem para promover experiências de suporte mútuo (Davis et al., 2013). O serviço de assistência às pessoas expostas à violência proposto sustentará uma rede de suporte regular para os serviços comunitários, com potencial transformador e de melhoria do cuidado em saúde mental oferecido pelos serviços de base comunitária na região Norte de Campinas/SP.

Dessa forma, torna-se indispensável a articulação do ambulatório com a atenção primária à saúde, à qual o projeto prevê a oferta de estratégias de suporte consideradas fundamentais para consolidação do trabalho em rede, como por exemplo, a inserção em fóruns de redes, apoiadores institucionais e matriciais. Nesse sentido, desde a fase de pré-implementação estão sendo articuladas ações que possibilitem a construção e desenho do ambulatório de forma participativa com os trabalhadores e com as pessoas que passaram por situações de violência, tanto das

Unidades Básicas de Saúde, quanto dos equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade da região Norte de Campinas.

As atividades de psicoterapia grupal ofertada pelo ambulatório às pessoas expostas diretamente e indiretamente à violência baseiam-se na psicanálise. Os atendimentos grupais ocorreram de acordo com as diferentes faixas etárias da população encaminhada.

Desde o seu surgimento, a psicanálise tem sido um procedimento para a investigação de processos psíquicos, um método de tratamento baseado nessa investigação e uma compilação de conhecimentos psicológicos sobre o humano (Freud, 1923[1922] /1969). Seu uso se justifica no contexto da abordagem e da prevenção à violência na medida em que espaços seguros de escuta podem oferecer à pessoa vítima de violência um lugar, legitimar sua experiência e possibilitar a elaboração da experiência traumática, que, quando narrada e compartilhada, pode ser ressignificada; do contrário, corre-se o risco de invalidar, negar, calar e, por isso, perpetuar a violência que vai sendo vivida, transmitida e naturalizada.

Dispositivos como o atendimento em psicoterapia de orientação psicanalítica, o atendimento familiar e o atendimento em grupo fazem parte de experiências consolidadas em países como França e Israel, em que se observa crescimento da utilização em Saúde Pública de dispositivos terapêuticos baseados na psicanálise nos cuidados com pessoas expostas à violência, como por exemplo, o atendimentos a famílias de refugiados (Moro, 2005) e a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (Durban, 2017).

No Brasil, ainda enfrentamos um gap de conhecimento no que se refere a estudos mais aprofundados e evidências de que o trabalho com psicanálise e grupos possa vir a ser efetivo no enfrentamento da violência endêmica. Alguns autores (Broide, 2010; Onocko-Campos, 2012; Onocko-Campos, 2018), indicaram a pertinência da clínica psicanalítica para qualificar a intervenção das políticas públicas voltadas para a realidade dos adolescentes em situações de conflito com a lei. A psicanálise torna-se um marco teórico adequado para pensar a violência, suas causas e suas consequências individuais e coletivas, bem como para propor intervenções, prevenção da transmissão transgeracional (Eiguer, 1998; Corrêa, 2000) e dispositivos

terapêuticos que operacionalizam as interações entre os níveis coletivo, intersubjetivo e intrapsíquico.

Método

O arcabouço teórico-metodológico das pesquisas de implementação se constituiu como um "elo perdido" entre as áreas do planejamento e avaliação em saúde. Acompanhar o processo de implementação significa monitorar os desafios e potencialidades da intervenção desde o início e mensurar os impactos, as mudanças trazidas com a consolidação da proposta. Trata-se de um percurso no qual precisamos considerar constantemente as configurações políticas, culturais e técnicas do contexto real da intervenção.

No contexto de crescimento dos índices de violência e a crescente demanda por estratégias efetivas de prevenção secundária dos efeitos deletérios, implementar um ambulatório que oferte psicoterapia de grupo com base psicanalítica às crianças, adolescentes e adultos expostos à violência exige a elaboração estratégias complexas.

Diante da complexidade dessa tarefa, propomos uma análise multidimensional do processo de implementação do programa, integrando fatores sociais, contextuais e individuais na análise dos resultados obtidos (Macintyre, Maciver, & Sooman, 1993). Sistematizamos a proposta de intervenção em três etapas: "pré-implementação: diagnóstico situacional da rede e desenho do ambulatório"; "implementação: consolidação e monitoramento das mudanças" e "pós-implementação: mensuração do impacto".

Na "pré-implementação: diagnóstico situacional da rede e desenho do ambulatório" grupos focais, oficinas de consenso e o levantamento de dados secundários foram as estratégias desenvolvidas para traçarmos o diagnóstico situacional da rede e aprimorar o desenho do ambulatório.

Os grupos focais com crianças, adolescentes e adultos que utilizam as unidades de saúde e serviços de proteção básica da assistência social incluíram os stakeholders e consistiram em uma estratégia significativa para garantir o sucesso de uma intervenção (Onocko-Campos, 2011). Facilitar a participação de trabalhadores,

gestores e usuários do serviço contribuiu para delimitar o foco da intervenção de acordo com as necessidades da população e as demandas dos serviços e garantir a sustentabilidade na fase da implementação e pós-implementação (Proctor et al., 2011). Além disso, os trabalhadores são os principais envolvidos na aplicação direta da implementação e fazem a mediação e estabelecem conexão entre as políticas públicas e aqueles que utilizam os serviços nas comunidades locais. Assim, com os grupos focais e oficinas de consenso traçamos o perfil do itinerário terapêutico, os desafios e as potencialidades as demandas e as ofertas existentes.

O levantamento de dados secundários (SISNOV), além de estabelecer um marco zero do processo de implementação, nos permite diagnosticar aspectos do funcionamento da rede. Utiliza-se como fontes secundárias o banco nacional de dados sociais (IBGE), o Sistema Nacional de Notificação (SISNOV), o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dentre outros sistemas de informações da gestão local. Assim, pode-se delinear o número de atendimentos às vítimas de violência na Atenção Primária, o perfil dos encaminhamentos da Atenção Primária para os serviços da rede especializada em violência, o número de casos notificados e caracterização do público vítima de violência.

Na fase da implementação são capacitados os cuidadores, monitores, educadores e equipes técnicas. Essa capacitação aborda a temática da violência para aproximá-los dos problemas relacionados à violência e fortalecer repertório para identificação da necessidade de cuidado e encaminhamento.

No Hospital Universitário são implementados os grupos terapêuticos de base psicanalítica, supervisionados e monitorados ao longo do ano. Leichsenring (2005), em uma ampla revisão meta analítica, conclui que a terapia psicanalítica, em um estudo quase experimental, demonstrou maior eficácia do que o não tratamento e do que outros tipos de psicoterapia breve psicodinâmica.

Utilizamos uma bateria de testes para dimensionar o desfecho clínico da intervenção. Os instrumentos foram escolhidos de acordo com "o objetivo da avaliação, idade e escolaridade do respondente e tempo disponível para administração da escala" como sugere a literatura (Gorenstein, Wang, & Hungerbühler, 2016, p. 157). Todos os testes incluídos no programa trata-se de

escalas disponíveis em domínio público ou obtidas pela editora Casa do Psicólogo, e são utilizados para avaliação de sintomas clínicos, aspectos da qualidade de vida, dentre outros fatores importantes para a saúde mental da população estudada. Os instrumentos são medidas já utilizadas na versão brasileira, validadas por diferentes autores (Gorenstein et al., 2016; Pinto & Assis, 2013).

A aplicação dessas escalas ocorre no contato inicial com os pacientes dos grupos de psicoterapia. As medidas de intensidade sintomatológica são reaplicadas nos participantes ao final do ano de intervenções. Os resultados dessa bateria de escalas são complementados por entrevistas em profundidade, com base na abordagem metodológica da interpretação hermenêutica qualitativa, para acessar a dimensão individual da experiência dos participantes neste estudo-piloto.

Realizamos participação mensal em reunião de equipe, tanto das unidades básicas de saúde da região de abrangência do projeto quanto dos serviços da assistência social, para discutir os casos das crianças, adolescentes e adultos acompanhados pelo ambulatório. Busca-se com essa atividade qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos etc.).

Na fase de pós-implementação realizamos uma avaliação quase experimental utilizando o método de série consecutiva para alocação nos grupos para mensurar a efetividade da exposição aos grupos terapêuticos de base psicanalítica. Será realizado uma comparação entre o grupo experimental e o grupo controle. Serão incluídos no estudo como grupo experimental todos os usuários que foram atendidos nos grupos terapêuticos de base psicanalítica que concordarem participar do estudo.

São realizadas análises a partir de estatística descritiva das variáveis selecionadas para o estudo. Por meio desses dados será possível caracterizar a ocorrência do desfecho estudado quanto sua magnitude e distribuição de acordo com as variáveis independentes. Diferenças entre as médias no resultado dos desfechos estudados (sofrimento mental, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, dentre outros descritos na tabela) serão avaliadas por meio do teste de Chi quadrado será quando se tratar de variáveis categóricas e teste T de Student quando variáveis contínuas. Quando pertinente, serão calculadas as razões de chance com estimativa

do intervalo de confiança (IC: 95%) para o desfecho entre o grupo experimental e de controles por meio de regressão logística, ajustada para covariáveis pertinentes. A entrada das variáveis na análise ajustada se dará em um único bloco e adotará como critério de inclusão associação com o desfecho ao nível de p=<0,20 na análise bivariada. Será considerado significativo P-value com valor inferior a 0,05. Buscamos assim contribuir para a construção de evidências consistentes sobre a efetividade do programa, indicando a importância de investimentos futuros.

A avaliação do impacto da implementação no funcionamento da rede se dará por meio da reavaliação dos aspectos analisados na etapa de pré-implementação, ou seja, pretende-se reaplicar a coleta de dados secundários, comparando seus resultados pré e pós implementação em termos de análise de tempos de espera para atendimento, aumento da resolutividade dos serviços comunitários etc.

Aliado ao processo de implementação do ambulatório, se fazem necessárias ações que promovam uma comunicação organizacional junto às equipes e usuários do serviço em questão. O processo de construção da comunicação organizacional se dará ao longo de todas as etapas do projeto (pré implementação, implementação e pós implementação), e a escolha dos meios de comunicação a serem implantados e a utilização dos suportes disponíveis devem ser observados junto às equipes e usuários de modo a facilitar todo o processo, com o menor índice de ruídos possíveis.

Resultados preliminares e discussões

A violência tem constituído um grande ônus para as políticas públicas, seja na saúde ou na assistência social. A demanda é crescente e há necessidade de estratégias efetivas para a prevenção secundária de seus efeitos deletérios (em termos de saúde física e mental, tempo de trabalho perdido etc.). Assim, também tem se assistido, quase que de maneira impotente, a repetição do ciclo da violência, geração após geração, criando um círculo vicioso de difícil solução. Se o ambulatório que será implementado se mostrar efetivo no combate a essas mazelas, poderemos oferecer à sociedade brasileira uma tecnologia de assistência psicossocial efetiva, acessível e reproduzível em grande escala para um dos maiores problemas do país na atualidade.

Um primeiro resultado desse processo, foi a constituição de um Comitê Gestor de Pesquisa, em que conseguimos reunir trabalhadores da assistência social e da saúde para discutir e refletir em grupo quais são as demandas do território e como a pesquisa pode contribuir para saná-las. Esses trabalhadores são eleitos representantes dos serviços e participam de reuniões periódicas junto aos pesquisadores. O objetivo desses encontros são discutir e adequar o desenho da pesquisa de acordo com as necessidades locais da população e dos serviços. Nesse sentido, as decisões do Comitê Gestor da Pesquisa são fundamentais para que o processo de implementação seja efetivo e sustentável.

Em constante diálogo com essa rede de serviços que constituíram o Comitê Gestor da Pesquisa, mapeamos as diferentes formas de atendimento já existentes. Esse é um segundo resultado da pesquisa. O Sistema de Notificação de Violências (SISNOV) indica cinco caminhos para ofertar cuidados às pessoas expostas violência. Trata-se do 1) Fluxo do centro de referência e apoio à mulher em situação de violência doméstica de Gênero (CEAMO); 2) Fluxo do Iluminar - Fluxo de atendimento das vítimas de violência sexual; 3) Fluxograma de atendimento e de informação para Tentativas de Suicídio; 4) Protocolo para atendimento de vítimas da violência sexual nos Centros de Saúde; e 5) Programa de atendimento às violências e maus tratos domésticos contra a pessoa idosa. Nesse sentido, podemos observar que as redes existentes tomam como público-alvo de suas intervenções as pessoas que foram expostas diretamente à violência, ou seja, pessoas que de alguma maneira sofreram violência física, sexual, psicológica, ou de outra natureza, e precisa de uma série de cuidados clínicos e psicossociais para superar esse contexto.

Diante do exposto, refletimos com o Comitê Gestor da Pesquisa que o ambulatório pode complementar a rede formal de atendimento às pessoas expostas à violência se o desenho do mesmo visar como público-alvo as pessoas expostas indiretamente à violência. Atualmente, esse constitui um gap importante para o qual precisamos ofertar cuidado, em que lugar a mãe de um adolescente assassinado no tráfico pode cuidar desse luto? Em que lugar os familiares de uma criança vítima de violência sexual podem elaborar esse sofrimento? O ambulatório, a partir da discussão com o grupo, constituiu-se como um elemento complementar a uma rede de serviços mapeados já existentes no município e que cobrirá esse gap identificado.

Durante os encontros com o Comitê Gestor da Pesquisa, além do gap identificado nas redes formais de atendimento às pessoas expostas a violência, percebemos a importância de incluir nos grupos focais as crianças e adolescentes. Estes, vistos em um aspecto negativo de não aceitar regras e demonstrar comportamentos questionadores, são muitas vezes excluídos dos processos decisórios. Porém, se o ambulatório visa atender a esse público, porque não os incluir na fase de pré-implementação, momento em que iremos redefinir o desenho do ambulatório baseado nas perspectivas dos diferentes atores que constituem nosso público-alvo? Esse questionamento, realizado durante reunião com o Comitê Gestor da Pesquisa, modificou o desenho dos grupos focais de modo que, como resultado, atualmente estamos desenvolvendo grupos focais com crianças e adolescentes, usuários dos serviços de saúde e assistência, além de homens e mulheres adultos, trabalhadores de nível médio e superior, lideranças comunitárias.

Considerações finais

Se a implementação de um ambulatório para pessoas expostas à violência se mostrar efetiva no combate a essas mazelas, poderemos oferecer à sociedade brasileira uma tecnologia de assistência psicossocial efetiva, acessível e reproduzível em grande escala para um dos maiores problemas do país na atualidade. Esse arcabouço teórico-metodológico expressa uma forte dimensão ética e pragmática, pois busca intervir com responsabilidade, compromisso e respeito às necessidades locais e ao mesmo tempo se preocupa em difundir boas práticas em saúde. Concluímos, portanto, que a experiência do presente projeto contribuirá com a expansão e consolidação das pesquisas de implementação dentro da área das políticas públicas no Brasil.

Discutir sobre a importância da prática clínica dos grupos psicanalíticos e o potencial de aplicação no âmbito das políticas públicas. O trabalho com os grupos consiste em uma solução que transpõe sua utilidade técnica de atender muitas pessoas e diminuir o tempo de espera em filas. Investir em um setting terapêutico a partir dos grupos tem uma função clínica: reatar laços subjetivos e simbólicos em um território marcado pela fragmentação dos sentidos e negação de direitos. O que pode

um grupo? Capaz de reestruturar e fortalecer as relações familiares e os vínculos dos usuários dos serviços públicos de saúde, assistência e educação com o território onde se vive, os grupos breves psicanalíticos é uma ferramenta afirmativa do potencial do coletivo na construção de sentido e elaboração do sofrimento.

Considerando os objetivos do estudo, esperamos que o ambulatório de atendimento especializado às vítimas de violência pode favorecer os seguintes desfechos:

- Aumento do número de atendimentos de pessoas expostas à violência no distrito norte do Município de Campinas;
- Aumento do número de atividades intersetoriais desenvolvidas entre a rede de Saúde e Assistência social do Município com o Hospital Universitário da Unicamp, propiciando uma experiência eficaz de integração e regulação do cuidado entre os vários níveis de atenção da saúde;
- Aumento do número de casos de violência notificados e consequente redução da subnotificação;
- Desenvolvimento de tecnologia de intervenção psicossocial com evidências de efetividade e adequação à sociedade e cultura brasileira;
- Desenvolvimento de um plano de comunicação intra e extra setorial sobre a temática da violência que contribua para a prevenção e vinculação precoce das vítimas;
- Qualificação da assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos etc.);
- Comprovação de que a psicoterapia psicanalítica grupal pode favorecer a redução dos sintomas relacionados aos transtornos decorrentes da exposição à violência;
- Comprovação de que a psicoterapia psicanalítica grupal pode favorecer o rompimento do ciclo de violência perpetrado entre as gerações e nas comunidades urbanas.

Referências

Corrêa, O. (2000). *Os avatares da transmissão psíquica geracional.* São Paulo: Escuta.

Broide, J. (2010). Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. *Revista Psicologia Política. 10*(19), 95-106.

Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Coelho, D., Alves, P. P., Reis, M., Merian, F. (2018). *Atlas da violência 2018: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros.* Distrito Federal: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Recuperado a partir de https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio institucional/180614 atlas 2018 retratos dos municipios.pdf

Davis, T. P., Jr, Wetzel, C., Hernandez Avilan, E., de Mendoza Lopes, C., Chase, R. P., Winch, P. J., & Perry, H. B. (2013). Reducing child global undernutrition at scale in Sofala Province, Mozambique, using Care Group Volunteers to communicate health messages to mothers. *Global health, science and practice,* 1(1),35-51. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-12-00045

Durban, J. (2017). Home, homeless and nowhere-ness in early infancy. *Journal of child psychotherapy,* 43,175-191.

Freud, S. (1969). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud. *Obras completas.* (Vol. 13, pp. 11-191). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1923-1922).

Gorenstein, C., Wang, Y. P., & Hungerbühler, I. (2015). *Instrumentos de avaliação em saúde mental.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Eiguer, A. et al. (1998). *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica.* São Paulo: Unimarco Editora.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal, 86*.841-868.

Macintyre S., Maciver S., Sooman A. (1993). Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy, 22,*213-233.

Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam., 8*(2),258-273.

Onocko-Campos, R. T. (2011). Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de

desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, *21*(4),1269-1286.

13. Onocko-Campos, R. T. (2012). *Psicanálise e saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec.

14. Onocko-Campos, R. T. (2018). Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22*(67),1091-1098.

15. Patias, N. D., Silva, D. G. da, & Dell'Aglio, D. D. (2016). Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. *Temas em Psicologia,* 24(1),205-218.

Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it: implementation research is a growing but not well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *British journal of sports medicine, 48*(8),731-736.

Pinto, L. W., & Assis, S. G. de. (2013). Violência familiar e comunitária em escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 16*(2),288-300.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health, 38*(2),65-76.

Proctor, E. K., 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, 36*(1),24-34.

Silva, A. C. L. G.; Coelho, E. B. S.; Pires, R. O. M. (2014). O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Publica, 35*(4);278-283.

8.3. Artigo 3

CATEGORIA DO MANUSCRITO

Artigo Original

TÍTULO

Estratégias, Determinantes e Resultados da Implementação de uma Tecnologia Psicossocial para Pessoas Expostas à Violência.

TÍTULO RESUMIDO

Estratégias, Determinantes e Resultados da Implementação

PALAVRAS-CHAVE:

Ciência da implementação, estratégias, determinantes e resultados, CFIR, saúde mental, violência.

AUTORES

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. ttps://orcid.org/0000-0002-0445-6588

Rosana Teresa Onocko Campos, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. https://orcid.org/0000-0003-0469-5447

AUTOR CORRESPONDENTE:

Alice Andrade Silva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 - Campinas, SP, Brasil. E-mail: aliceandrade.psicologia@gmail.com

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Considerando o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), declaramos que a autora principal, a sra. Alice Andrade Silva contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e a coautora contribuiu significativamente na elaboração e revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001. A pesquisa matriz, da qual se originou este estudo foi financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses que possa ser percebido como prejudicial à imparcialidade da pesquisa relatada.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404. Todos os procedimentos para obtenção dos dados foram realizados segundo as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 466/2012).

ESTRATÉGIAS, DETERMINANTES E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE ASSITÊNCIA PSICANAL´TICA PARA PESSOAS EXPOSTAS À VIOLÊNCIA

RESUMO: Estudo qualitativo, retrospectivo, de base documental, tem como objetivo analisar o processo de implementação de uma tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, no período compreendido de julho de 2018 a outubro de 2023. Os resultados correlacionam os determinantes, as estratégias e os resultados da implementação em cada uma das etapas (pré-implementação, implementação e pós-implementação). Dada a complexidade da implementação de grupos breves psicanalíticos para adolescentes e mulheres expostos à violência, utilizou-se quatro pacotes que operaram múltiplas estratégias no âmbito interno e externo da intervenção, nas características da intervenção e nos processos para facilitar a aceitabilidade, adaptabilidade, viabilidade, sustentabilidade, fidelidade e penetração. O Grupo de Trabalho Psicanalítico dispôs de nove estratégias de implementação, cuja ênfase na pré e pós implementação foi a viabilidade e adaptabilidade. O Comitê Gestor da Pesquisa utilizou quatro estratégias de implementação, tomando como foco a facilitação da sustentabilidade na pré-implementação. A Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV) fomentou seis estratégias de implementação concentrando esforços na sustentabilidade na fase de implementação e pós-implementação. O Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV) empregou dez estratégias de implementação que operaram na facilitação, principalmente, da sustentabilidade e fidelidade da inovação.

PALAVRAS-CHAVE: Ciência da implementação, estratégias, determinantes e resultados, CFIR, saúde mental, violência, grupos breves psicanalíticos.

Ciência de implementação

"Implementar", do latim "implementum", refere-se à execução de uma ação ou intenção, como políticas, programas ou práticas individuais na pesquisa em saúde. Difere de "implantar", que envolve a introdução de algo já pronto. A implementação

pressupõe o desenvolvimento, adaptação e elaboração de uma inovação, considerando as necessidades e o contexto local (Broide, 2010; Durban, 2017; Campos, 2000). Nesse sentido, a ciência de implementação é o estudo que facilita a transição de práticas baseadas em evidências para a rotina dos serviços de saúde, visando melhores resultados de saúde, apesar dos desafios na implementação de mudanças institucionais e políticas públicas. (Misse, 2006; Sousa, 2014).

A ciência de implementação lida com o desafio de adotar práticas baseadas em evidências na rotina da comunidade, considerando fatores como interesses políticos, recursos e acesso ao conhecimento. Ela usa modelos teóricos, coleta de dados e estratégias de implementação para superar esses obstáculos (Bauer, 2020), descrevendo inovações, monitorando processos e ajustando a implementação, para melhorar o acesso, equidade, eficiência, cobertura e sustentabilidade de intervenções baseadas em evidências nos serviços de saúde (Bauer, 2015; Nilsen, 2015). A implementação eficaz requer a adaptação de uma inovação mantendo sua essência, considerando diferenças geográficas, culturais e profissionais. As pesquisas de implementação visam conectar planejamento, monitoramento e avaliação para traduzir conhecimento e evidências científicas para a prática, fortalecendo os sistemas de saúde para o benefício da população (Misse, 2006; Sousa, 2014).

Se considerarmos uma tecnologia em saúde com evidência de eficácia comprovada sobre uma doença crônica, por exemplo, ainda teremos o desafio de responder questões: como implementar essa inovação? Quais são as barreiras e os facilitadores no processo de implementação? Quais estratégias utilizar? E, embora não haja garantia de sucesso, utilizar as ciências da implementação possibilita ganhar tempo ao identificar caminhos factíveis para a efetividade ou não da implementação. Nisso reside a pertinência da descrição detalhada dos processos multideterminados que interferem na implementação e das soluções usadas na adaptação dinâmica da inovação ao contexto local, às partes interessadas, aos recursos de assistência local e ao envolvimento com o usuário final para garantir, assim, que as mudanças representem melhorias de fato à saúde da população (Peters, Tran, Adam, 2013).

Determinantes da implementação

Os determinantes da implementação são forças dinâmicas que influenciam a consolidação de uma inovação. O CFIR, com seus 48 temas e 19 subtemas em 5 domínios, ajuda a prever e explicar essas forças, informando estratégias e fundamentando hipóteses para favorecer o sucesso da implementação (Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. 2022).

O Domínio Inovação se refere às características e custos da implementação, destacando a origem, evidências, vantagem relativa, adaptabilidade, testabilidade, complexidade e design, essenciais para definir a inovação e identificar futuras áreas de aplicação (Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. 2022).

O Domínio de Indivíduos se refere à identificação e caracterização dos sujeitos envolvidos na implementação da inovação, incluindo suas habilidades, capacidades, autonomia, motivações e oportunidades para promover ou resistir à mudança (Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. 2022).

Os Domínios de Configuração Externa e Interna, que são difíceis de delimitar, referem-se aos contextos relativos à implementação da inovação e interagem de forma interdependente. A Configuração Externa abrange o ambiente além do local de implementação, incluindo valores, crenças, condições socioeconômicas, políticas, tecnológicas, financiamento e movimentos sociais. A Configuração Interna, por outro lado, diz respeito ao ambiente de implementação, englobando a cultura centrada na igualdade humana, no destinatário, no distribuidor, na aprendizagem, a prontidão para a implementação, os recursos disponíveis, o acesso ao conhecimento e o envolvimento da liderança (Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. 2022).

O Domínio Processo de Implementação é a estrutura detalhada que guia a inclusão da inovação em um novo contexto. Este domínio visa mapear como os processos influenciaram os resultados da implementação. Além disso, permite dimensionar o processo retrospectiva ou prospectivamente para definir as atividades e estratégias usadas na implementação da inovação (Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. 2022).

Estratégias de implementação

As estratégias de implementação, que são cruciais para traduzir a evidência científica em prática, são uma prioridade de pesquisa devido ao seu impacto nas políticas públicas. No entanto, são frequentemente sub-relatadas e mal descritas nos estudos, com limitações de evidências sobre sua eficiência, custo e eficácia. A falta de detalhes claros e justificativas teóricas para as estratégias utilizadas dificulta a reprodutibilidade da implementação (Brouwers et al., 2011; IOM, 2009; Michie, Fixsen, Grimshaw, Eccles et al. 2009; Craig et al. 2008; Proctor, Powell & McMillen, 2013; Davies, Walker & Grimshaw, 2010).

Para superar as limitações nas estratégias de implementação, Proctor, Powell e McMillen (2013) definem padrões específicos para sua caracterização, incluindo nomeação, descrição clara e detalhes da operacionalização. Eles sugerem que as estratégias sejam descritas em sete dimensões: ator, ação, metas de ação, temporalidade, dose, resultados de implementação e justificativa teórica. Além disso, Michie et al (2013) compilaram 93 estratégias de mudança de comportamento, enquanto Powell et al compilaram 72 estratégias de implementação (Powell et al. 2015) e 68 específicas para o contexto clínico (Powell et al. 2012), agrupando-as em seis processos principais: planejamento, educação, financiamento, reestruturação, gestão da qualidade e atendimento ao contexto político.

As estratégias de implementação, classificadas como discretas ou multifacetadas, são técnicas usadas para efetivar a mudança. As estratégias discretas promovem a prática baseada em evidências por si só, enquanto as multifacetadas podem ser necessárias para a adoção, implementação e sustentabilidade, dependendo da complexidade da prática. Por exemplo, a Availability, Responsiveness and Continuity (ARC) pode melhorar a cultura organizacional e as atividades no trabalho de jovens, e também ser usada para implementar uma inovação psicossocial. A especificação e o relato adequados das estratégias são fundamentais para a interpretação dos resultados, replicação, extensão da pesquisa e divulgação dos estudos de implementação (Curran et al. 2012; Glisson, Hemmelgarn, Green, Dukes et al. 2012; Glisson, Hemmelgarn, Green et al. 2013; Glisson, Schoenwald, Hemmelgarn, Green, Dukes, Armstrong et al. 2010; Proctor et al. 2013).

Resultados da implementação

O sucesso da implementação de um tratamento ou serviço em saúde mental é tradicionalmente conceituado pela medição dos resultados clínicos do paciente, com monitoramento opcional dos processos e fluxos de trabalho. No entanto, o tempo é uma variável chave na implementação, e o estudo de eventos como barreiras, facilitadores e estratégias é essencial para acelerar a escala das intervenções em diversas configurações.

Conforme Proctor et al (2011), os "resultados da implementação" de uma inovação são derivados de ações estratégicas para gerenciar obstáculos e otimizar facilitadores identificados no processo. Estes resultados são os determinantes da implementação, que incluem a aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, penetração e sustentabilidade. Os indicadores desses resultados são extraídos da descrição dos fatores críticos para a operacionalização da implementação, considerando o processo, as configurações internas e externas, as características da inovação e os indivíduos envolvidos.

Resultados	Definição
Aceitabilidade	A percepção das partes interessadas sobre o quão desejável e satisfatória uma inovação é em um contexto local.
Adoção	A disposição ou ação inicial dos fornecedores ou de uma organização para empregar a implementação da inovação
Adequação	a interpretação sobre a relevância ou compatibilidade do uso de uma inovação nas configurações específicas de um ambiente para solucionar problemas
Fidelidade	O grau de similaridade entre a inovação executada e a prescrita no protocolo original.
Penetração	A integração de uma inovação no ambiente de serviço.
Sustentabilidade	O grau em que uma inovação é mantida como parte das atividades estáveis e contínuas de um serviço.

Quadro 1. Síntese dos resultados de implementação adaptado de Proctor et al. (2011).

Por meio de entrevistas e inventários, pode-se mensurar a aceitabilidade, acessando a experiência das partes interessadas com a intervenção (Proctor et al, 2011; Aarons & Palinkas, 2007; Karlsson & Bendtsen; 2005; Aarons, 2004). Quanto a adoção, recomenda-se que seja mensurada por meio da análise de itens pré e pós implementação e entrevistas com os atores atuantes na linha de frente da implementação (Proctor et al. 2011; Haug et al. 2008; Henggeler et al. 2008).

A adequação pode ser mensurada por meio da análise do clima e cultura organizacional. Pode-se detectar resistências aos esforços da implementação. Uma inovação pode ser reconhecida como adequada para o tratamento de uma condição, mas não aceitável diante da missão do serviço ou das expectativas da equipe de trabalho (Proctor et al, 2011; Klein & Sorra, 1996). Quanto a fidelidade, pode ser mensurada por meio de autorrelato, observações diretas, análise de relatos, áudios e vídeos e entrevista com atendidos (Proctor et al. 2009; Mihalic 2004; Schoenwald et al. 2005), efetivando uma análise comparativa entre a inovação planejada e a concretizada (Mihalic 2004; Dane e Schneider 1998).

A penetração se calcula dividindo, por exemplo, o número de pessoas elegíveis que utilizam o serviço pelo número total de pessoas elegíveis para o serviço (Proctor et al. 2011; Stiles et al. 2002), o que pode representar o alcance (Glasgow 2007b) e o nível de saturação (Rabin et al. 2008) da inovação. Quando se diz respeito à sustentabilidade, por sua vez, se trata do processo de institucionalização de uma inovação: pode ocorrer como um evento único, por exemplo, um financiamento transitório se torna permanente, pode ocorrer por um esforço repetitivo para introdução da prática na rotina e, por fim, pode ocorrer integrando a inovação em todos os subsistemas (Johnson et al. 2004, Turner & Sanders, 2006, Glasgow et al. 1999, Goodman et al. 1993 e Rabin et al. 2008; Rabin et al. 2008).

Com base no exposto, é possível afirmar que as funções relacionadas aos "resultados da implementação" abrangem: a) oferecer indicadores que avaliem o êxito da introdução da inovação, b) disponibilizar indicadores imediatos relativos aos processos de implementação da inovação e c) apresentar resultados intermediários cruciais referentes à eficácia do tratamento e à qualidade dos cuidados (Proctor, Silmere, Raghavan et al. 2011). Esses resultados permitem a construção de

evidências acerca das condições necessárias para alcançar mudanças subsequentes e impactos da inovação implementada. Os resultados da implementação constituem a condição para os resultados do serviço, os quais, por sua vez, influenciam os resultados da inovação para os beneficiários. Nesse contexto, é crucial avaliar se, nos casos em que os esforços para a adoção de práticas baseadas em evidências falham, a falha ocorreu na inovação ou na implementação. A falha na inovação refere-se ao desempenho e à efetividade da novidade no novo contexto, enquanto a falha na implementação diz respeito à situação em que a novidade funciona, mas não foi implementada de maneira adequada (Proctor, Silmere, Raghavan et al. 2011).

O artigo tem como objetivo analisar o processo de implementação de uma tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência (TPEV), correlacionando os determinantes, as estratégias e os resultados da implementação em cada uma das etapas pré-implementação, implementação e pós-implementação. As publicações de Proctor et al. (2011, 2013) e Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. (2022) são uma referência importante nesse sentido para a ciência de implementação. Elas balizarão a análise dos resultados que seguem.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, retrospectivo, de base documental, elaborado a partir do projeto matriz intitulado “Pesquisa de implementação de uma tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência em um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAEE Nº: 07227019.3.0000.5404) e financiada pela Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018 Processo (426778/2018-9). O projeto matriz tem como objetivo implementar e avaliar o impacto da implementação de um dispositivo psicossocial para a ampliação do cuidado e da proteção de adolescentes e mulheres expostos à violência no distrito norte de Campinas/SP. Nesse sentido, o projeto conjuga diferentes técnicas de pesquisa, conduzidas ao longo de três etapas: a pré-implementação, a implementação e a pós-implementação.

O presente estudo toma como foco a análise do processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência, enquanto uma

tecnologia psicossocial. Os dados foram coletados no período de julho de 2018 a outubro de 2023, consistindo em registros produzidos pelos participantes diretamente envolvidos na execução. Esses registros incluem documentos como relatórios, atas das reuniões técnicas do Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência (GTPV), da Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV), Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV), Comitê Gestor da Pesquisa (CGP), além dos registros de reuniões de supervisão clínica, prontuários dos grupos breves psicanalíticos, materiais gráficos divulgados, manuais, videoconferências, entre outros.

Entre março e outubro de 2023, procedeu-se à coleta de registros armazenados na nuvem, utilizando o serviço gratuito do Google Drive, em uma conta privada vinculada ao projeto e gerenciada pela coordenação do mesmo. Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: o documento deveria ter sido criado no período de julho de 2018 a outubro de 2023; ser de autoria de um pesquisador, terapeuta ou extensionista diretamente envolvido na implementação e execução dos grupos de base psicanalítica; conter uma descrição dos desafios enfrentados ao longo do processo de implementação da inovação e das estratégias desenvolvidas para superá-los; apresentar uma descrição da dinâmica de trabalho empregada na implementação da inovação; ser considerado relevante para a compreensão dos determinantes, estratégias e resultados da implementação da inovação.

Os registros incluídos foram categorizados com base em sua data, tipo e conteúdo, após uma análise detalhada. O conjunto de dados abrangeu: dois relatórios de 2018 (referentes ao projeto inicial submetido ao comitê de ética e à Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018); vinte e cinco atas de 2019; nove atas de 2020; vinte e três atas de 2021; dezoito atas e uma videoconferência de 2022; quinze planilhas, dois materiais gráficos, quatro atas, trinta e oito prontuários, seis trabalhos publicados, um manual e uma videoconferência de 2023. Com isso, o total de 145 registros foram analisados.

Observamos a subnotificação de registros armazenados em *cloud computing* a respeito da etapa de implementação realizada a partir de julho de 2021. Portanto, foi necessário realizar entrevistas individuais complementares com seis residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva – Unicamp,

que atuaram na função de terapeutas e apoiadores matriciais desse período em diante (um fonoaudiólogo, duas terapeutas-ocupacionais, um enfermeiro, duas psicólogas). Soma-se aos entrevistados a psicóloga que atuou como supervisora clínica da equipe de terapeutas do NAPEV, a terapeuta-ocupacional que coordenou a RASEV, a terapeuta ocupacional que coordenou o Comitê Gestor da Pesquisa, três pesquisadoras mestrandas do Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência.

As entrevistas duraram em média trinta minutos e foram realizadas por meio do aplicativo de mensagens WhatsApp nos meses de setembro e outubro de 2023. O diálogo com os entrevistados foi balizado por meio de uma planilha contendo a descrição detalhada de sete dimensões das estratégias de implementação utilizadas: ator, ação, metas de ação, temporalidade, dose, resultados de implementação e justificativa teórica. Igualmente, buscou-se informações complementares a respeito do *acesso* e *adesão* dos atendidos nos grupos breves psicanalíticos. Essas informações coletadas foram compiladas no preenchimento das dimensões, em gráficos e tabelas que serão apresentados na sessão dos resultados.

Uma análise retrospectiva do processo de implementação foi, portanto, realizada, a partir dos dados coletados. Obteve-se estatísticas descritivas sobre acesso, adesão e perfil dos encaminhamentos. Complementarmente, realizou-se a interpretação, compilação e classificação das informações de acordo com o que Proctor et al. (2011) denominou *determinantes de implementação*, *estratégias de implementação* (2013) e Damschroder, Reardon, Widerquist, et al. (2022) denominou *resultados da implementação*. A partir dessas importantes referências para a ciência de implementação, buscou-se explicar quais foram as barreiras e facilitadores, como foram manejados e em que aspecto eles contribuíram para o sucesso da implementação.

O Quadro 1. “Estratégias selecionadas para explicar o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência” foi elaborado a partir da tradução e interpretação das 73 estratégias de implementação compiladas por Powell, Waltz, Chinman e colaboradores (2015). Por meio de uma análise retrospectiva do processo de implementação cada estratégia foi selecionada conforme melhor descrevesse as ações realizadas no projeto, para manejar os

determinantes e os resultados da implementação. Diante disso, os resultados serão subsidiados por uma análise documental a luz das estratégias descritas a seguir.

Estratégia	Definição
Acessar novos financiamentos	Acessar recursos financeiros novos ou existentes para facilitar a implementação.
Fazer uma avaliação local das necessidades	Coletar e analisar dados relacionados à necessidade da inovação.
Desenvolver um plano formal de implementação	Desenvolver um plano formal de implementação, que inclua os objetivos e as estratégias para alcançá-los. Usar e atualizar o plano para orientar o esforço de implementação ao longo do tempo.
Desenvolver parcerias acadêmicas	Desenvolver parcerias unidade acadêmica para fins de aprendizado e compartilhamento das habilidades de pesquisa.
Envolver as diretorias	Envolver as estruturas de governança existentes no esforço de implementação, apresentando revisão de dados sobre os processos.
Formalizar os compromissos com a inovação	Formalizar os compromissos por escrito dos principais parceiros, onde será explícito o que farão para implementar a inovação.
Reexaminar intencionalmente a implementação	Monitorar o progresso, ajustar as práticas clínicas e as estratégias de implementação para melhorar continuamente a qualidade do atendimento.
Implementar a inovação por meio de etapas, ampliando-a gradualmente	Realizar os esforços de implementação por meio de fases, começando com pequenos pilotos ou projetos de demonstração, e ampliar gradualmente a inovação para todo o sistema.
Reunir a equipe de implementação da inovação clínica	Apoiar a equipe que implementa a inovação clínica, oferecendo espaço e tempo protegido para refletir sobre o esforço de implementação, compartilhar as lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros.
Construir uma coalizão	Recrute e cultive relacionamentos com parceiros no esforço de implementação.
Conduzir discussões de consenso local	Incluir provedores locais e outras partes interessadas em discussões que abordem se o problema escolhido é importante e se a inovação clínica para o abordar é apropriada.
Promover a adaptabilidade	Identificar as maneiras pelas quais uma inovação clínica pode ser adaptada para atender às necessidades locais e esclarecer quais elementos da inovação devem ser mantidos para preservar a fidelidade.
Use conselhos consultivos e grupos de trabalho	Criar e envolver um grupo formal de vários tipos de partes interessadas para fornecer informações e conselhos sobre os esforços de implementação e obter recomendações para melhorias.

Fazer reuniões educativas	Realizar reuniões direcionadas a diferentes grupos de partes interessadas (por exemplo, provedores, administradores, outras partes interessadas organizacionais e comunidade, paciente/consumidor e familiares) para ensiná-los sobre a inovação clínica.
Fazer visitas educativas	Faça com que uma pessoa treinada se reúna com os provedores em seus ambientes de prática para educar os provedores sobre a inovação clínica com a intenção de mudar a prática do provedor.
Criar um aprendizado colaborativo	Facilitar a formação de grupos de provedores ou organizações provedoras e promover um ambiente de aprendizado colaborativo para melhorar a implementação da inovação clínica.
Promover a articulação de rede	Identificar e construir relacionamentos e redes de trabalho de alta qualidade existentes dentro e fora da organização, unidades organizacionais, equipes, etc.
Desenvolver materiais educativos	Desenvolver e formatar manuais, kits de ferramentas e outros materiais de apoio de forma a tornar mais fácil para as partes interessadas aprender sobre a inovação e para os clínicos aprenderem como entregar a inovação.
Distribuir materiais educativos	Distribuir materiais educacionais (incluindo diretrizes, manuais e kits de ferramentas) pessoalmente, por correio e/ou eletronicamente.
Auditar e fornecer feedback	Coletar e sintetizar dados a respeito do desempenho clínico durante um período de tempo específico e fornecê-lo à equipe clínica e administradores para monitorar, avaliar e modificar o comportamento do provedor.
Alterar estrutura física e equipamentos	Avaliar as configurações atuais e adaptar, conforme necessário, a estrutura física e/ou equipamentos (por exemplo, alterar o layout de uma sala, adicionar equipamentos) para melhor acomodar a inovação desejada.
Alterar sistemas de registro	Altere os sistemas de registros para permitir uma melhor avaliação da implementação ou dos resultados clínicos.
Alterar sites de serviço	Alterar a localização dos locais de atendimento clínico para aumentar o acesso.
Criar novas equipes clínicas	Mudar quem atua na equipe clínica, adicionando diferentes disciplinas e diferentes habilidades para tornar mais provável que a inovação clínica seja entregue (ou seja, entregue com mais sucesso).
Desenvolver e distribuir materiais educativos	Desenvolver e formatar manuais, kits de ferramentas e outros materiais de apoio de forma a tornar mais fácil para as partes interessadas aprender sobre a inovação e para os médicos aprenderem como entregar a inovação clínica.
Distribua materiais educativos	Distribuir materiais educacionais (incluindo diretrizes, manuais e kits de ferramentas) pessoalmente, por correio e/ou eletronicamente.
Fornecer supervisão clínica	Fornecer aos terapeutas supervisão contínua com foco na inovação. Fornecer treinamento para supervisores clínicos que irão supervisionar os médicos que fornecem a inovação.

Estratégias sob medida	Adapte as estratégias de implementação para abordar as barreiras e alavancar os facilitadores que foram identificados por meio da coleta de dados anterior.
Desenvolver acordos de compartilhamento de recursos	Desenvolver parcerias com organizações que tenham os recursos necessários para implementar a inovação.

Quadro 2. Estratégias selecionadas para explicar o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência. Adaptado de Powell et al. (2015).

Resultados

Mecanismo de mudança

A Figura 1. Modelo de Implementação, indica quatro eixos de ação na operacionalização da implementação de grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência: o GTPV, CGP, o NAPEV e RASEV. Esses eixos agregam cada um certo conjunto de estratégias multifacetadas para facilitar os resultados da implementação. Essas estratégias reúnem, portanto, esforços alimentou os moderadores dos mecanismos de mudança no processo de implementação: os aspectos cognitivos e as precondições. No caso da implementação dos grupos breves psicanalíticos, a crença e a percepção dos trabalhadores e dos atendidos sobre o quanto a inovação pode ampliar o cuidado em saúde mental e a proteção dos expostos à violência (moderador cognitivo) e a segurança dos trabalhadores de que eles têm a precondição, ou seja, a habilidade em identificar e encaminhar a população-alvo alimentou a *motivação* a nível individual. A motivação, por sua vez, operou parte do mecanismo de mudança facilitando a *aceitabilidade* e *adoção* necessárias para os resultados proximais da implementação.

Uma vez que o mecanismo de mudança foi ativo, ou seja, a inovação foi aceita e houve iniciativas para concretizá-la, o próximo passo é garantir as precondições dos resultados proximais (o funcionamento dos grupos breves) e o moderador organizacional (a estrutura para a operacionalização do sistema de encaminhamento) para efetivar o acesso. Nesse sentido, o acesso seria o resultado proximal desse processo de implementação. O acesso é a condição para se alcançar o objetivo final. Quanto maior a *penetração*, ou seja, o alcance da inovação, quanto maior o número

de pessoas acessando o NAPEV, maior as chances de a população-alvo receber as doses de cuidado e proteção necessárias para promoção da saúde mental.

Diante do exposto, todos os elementos do modelo de implementação têm um propósito em comum: aumentar a qualidade de vida e saúde mental de pessoas expostas à violência. Os grupos breves psicanalíticos foram a inovação escolhida para promover essa mudança, diante da base de evidência em crescimento de que se trata de uma abordagem efetiva para tratar o problema da exposição à violência. Consolidar essa inovação, porém, exigiu o uso de um plano formal de implementação, considerando estratégias multifacetadas para produzir o sucesso da implementação.

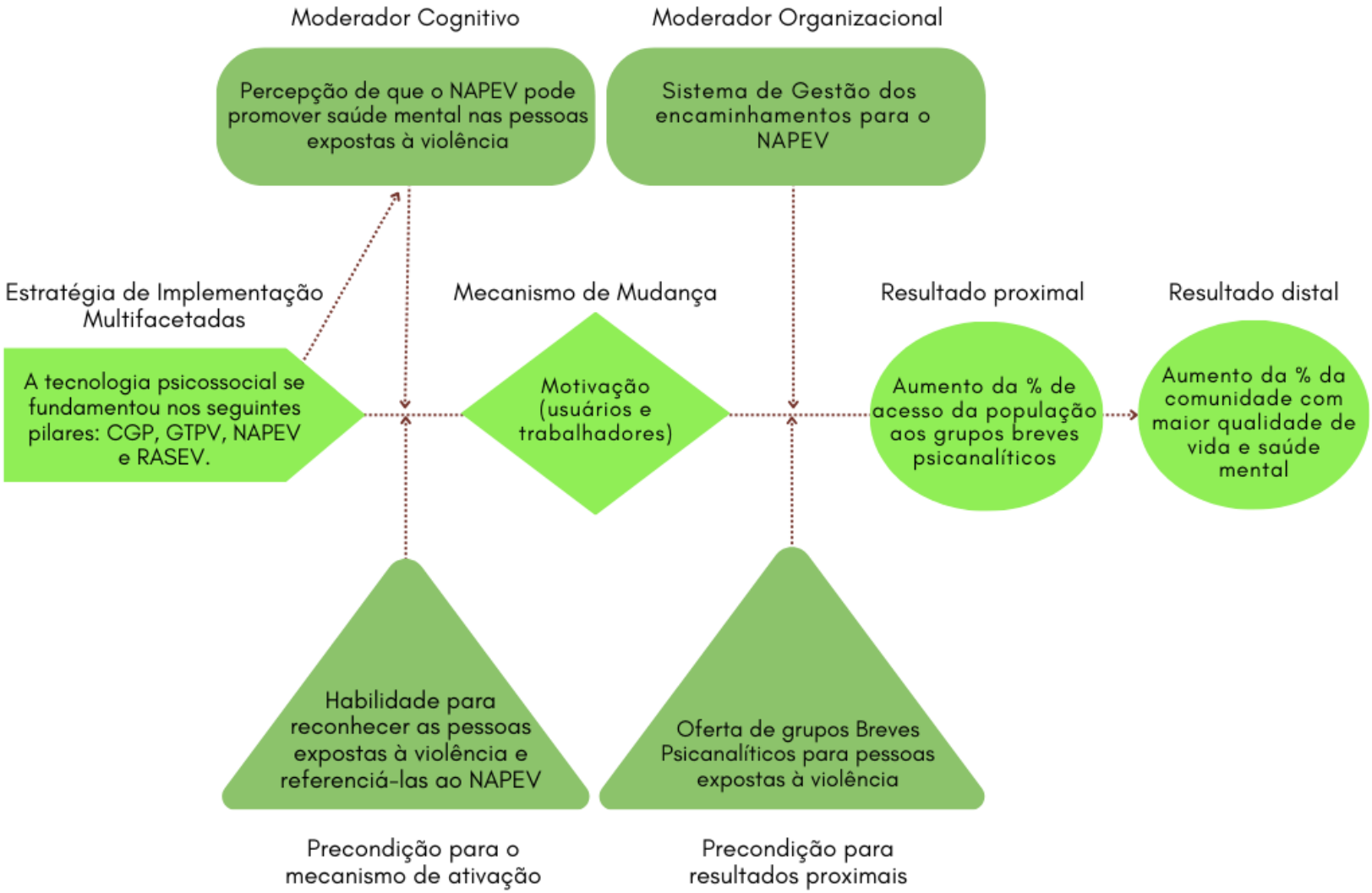


Figura 1. Aplicação do modelo do mecanismo de mudança definido por Lewis, Klasnja, Lyon, et al. (2022).

O plano formal de implementação

Um plano de implementação foi desenvolvimento formalmente, tendo como objetivo a consolidação de um serviço psicossocial para pessoas expostas a violência. Inicialmente, planejou-se que as unidades organizacionais afetadas no processo de implementação seriam o Hospital das Clínicas – Unicamp, as Unidades Básicas de Saúde (saúde) e as Instituições de Acolhimento (assistência social). Nesse sentido, conforme Gráfico 1. Linha do tempo com a distribuição das estratégias planejadas para a implementação, um cronograma foi idealizado para operacionalizar a implementação da inovação clínica.

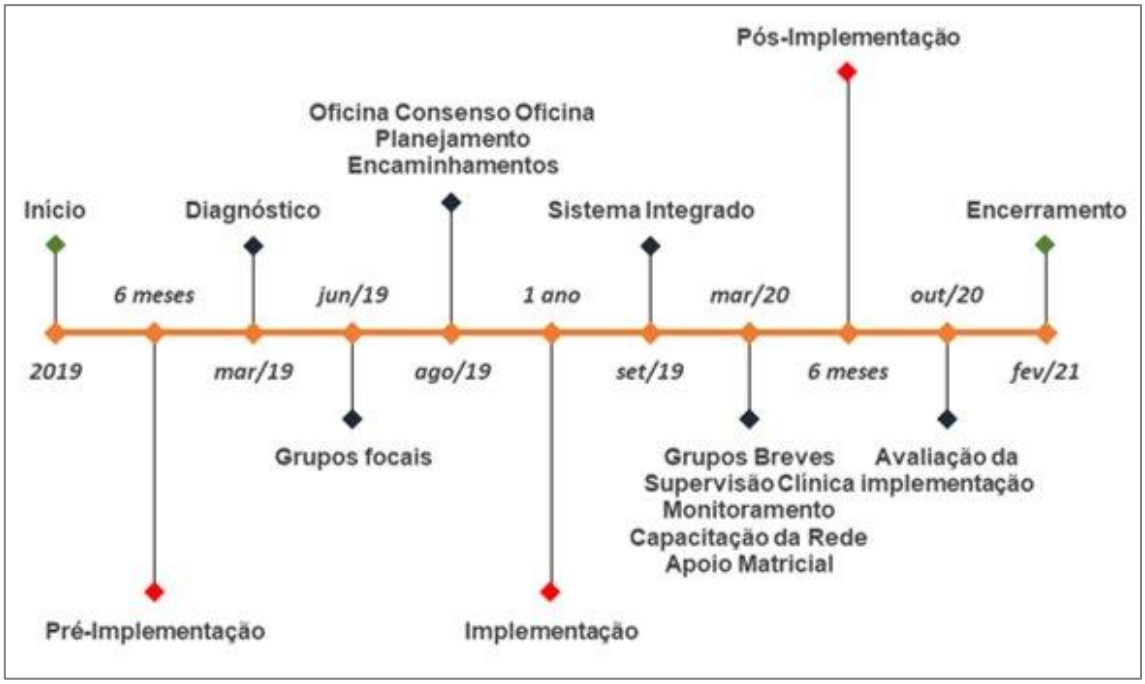


Gráfico 1. Linha do tempo com a distribuição das estratégias planejadas para a implementação

Conforme relatado por Silva et al. (2021), a implementação da inovação clínica (os grupos breves psicanalíticos) pretendeu operacionalizar estratégias multifacetadas, distribuindo-as conforme as fases de pré-implementação, implementação e pós-implementação. O Tabela 2. “Tempo estimado para cada etapa da implementação” esclarece como o processo foi idealizado: 14 estratégias, operacionalizadas de forma linear e sucessiva.

Fases	Ano	2019					2020						2021	
	Mês	3	6	8	10	11	1	3	5	7	9	11	1	3
Pré-Implementação			**6**											
Diagnóstico		**4**												
Grupos Focais			**2**											
Oficinas de Consenso				**2**										
Treino p/ encaminhamento				**2**										
Testes pré-implementação				**2**										
Implementação				**14**										
Sistema Integrado				**2**										
Grupos Terapêuticos							**12**							
Monitoramento							**12**							
Supervisão Clínica							**12**							
Capacitação							**12**							
Matriciamento							**12**							
Pós-implementação												**6**		
Avaliação de Dados												**6**		
Testes pós-implementação												**6**		
Avaliação do processo												**6**		

Tabela 2. Estratégias e tempo estimados para cada etapa da implementação.

A execução real da implementação

Comparando o Gráfico 2. “Linha do tempo com a distribuição das estratégias executadas para a implementação” com o Gráfico 1. “Linha do tempo com a distribuição das estratégias planejadas para a implementação”, a maior duração do processo de implementação como um todo.

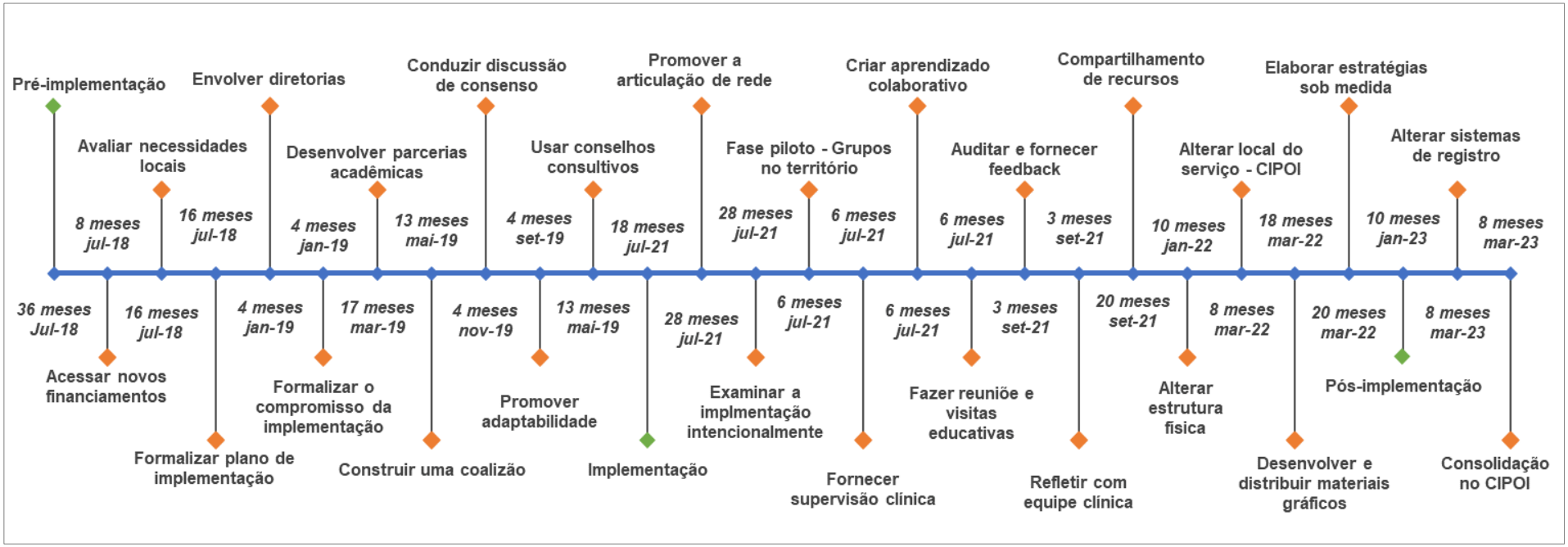


Gráfico 2. Linha do tempo com a distribuição das estratégias executadas para a implementação.

Pré-implementação

O Tabela 3. “Tempo de execução real para a pré-implementação” possibilita a visualização de maior duração da etapa de pré-implementação e maior número de estratégias investidas. Importante destacar que a pré-implementação se estendeu não apenas pela complexidade em promover a participação social, mas, principalmente em função da pandemia do Covid-19. Acrescenta-se a isso o fato de que essa etapa, pode-se dizer, foi dividida em dois eixos de ação: o GTPV e o CGP.

Fases	Ano	2018			2019						2020						2021		
	Mês	7	9	11	1	3	5	7	9	11	1	3	5	7	9	11	1	3	5
Estratégias		**Pré-implementação Jul. 18 – Jun. 21**																	
Acessar novos financiamentos		**8**																	
Avaliar necessidades locais						**9**													
Formalizar plano de implementação						**9**													
Desenvolver parcerias acadêmicas																			
Envolver diretorias					**2**														
Obter compromisso formal					**2**														
Construir uma coalizão																			
Conduzir discussão de consenso									**2**										
Promover adaptabilidade								**4**											
Usar conselhos consultivos																			

Tabela 3. Estratégias e tempo utilizado na pré-implementação.

O GTPV foi constituído por pesquisadores do Laboratório de Saúde Mental e Coletiva – Interfaces e por profissionais em aprimoramento na Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva – Unicamp. O GTPV operacionalizou o acesso aos financiamentos, a compreensão das necessidades locais, a formalização de um plano de implementação, o envolvimento das diretorias em um compromisso formal com a inovação e o desenvolvimento de parcerias acadêmicas. Essas estratégias foram as condições de existência de todo o processo já que compuseram as fases de submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa e ao Edital Chamada Universal MCTIC-CNPQ.

Com a aprovação do projeto do comitê de ética e o financiamento pelo CNPq, iniciamos a segunda fase da pré-implementação. Nessa fase, houve a

construção de um conselho consultivo, o CGP. O CGP foi composto por alguns membros do GTPV, por coordenadores e trabalhadores da rede de serviços externos à inovação, atuantes nas unidades da saúde (UBS e NASF) e assistência social (SCFV, CRAS, Casa de acolhimento e CREAS). O objetivo foi que esse dispositivo proporcionasse um pacote de estratégias para garantir a adoção, adequação e penetração da inovação, incluindo as partes interessadas no processo de compreensão das necessidades locais, discussão de consenso local, promoção da adaptabilidade e construção de parcerias. O cerne do CGP foi, portanto, a construção participativa do diagnóstico e das diretrizes para o funcionamento da tecnologia psicossocial que estava em processo de implementação.

Implementação

À implementação se adicionou um estudo piloto, uma fase de adaptação realizada nos territórios. Nessa fase, houve o desdobramento da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência em dois eixos de trabalho, conforme proposta adaptada pelas partes interessadas na pré-implementação: o NAPEV, concentrando esforços para implementar a inovação clínica (os grupos breves psicanalíticos) e a RASEV, concentrando esforços na articulação de rede para fomentar as discussões de caso e os encaminhamentos operacionalizados pelo CGP.

O CGP operacionalizou, nas figuras de gestão, o recrutamento da população-alvo para os grupos realizados no 1º e 2º ciclos. A Figura 3. “Desenho do 1º fluxo de encaminhamento para o NAPEV” mostra a concentração dos encaminhamentos no CGP no 1º ciclo dos grupos e a Figura 3. “Desenho do 1º fluxo de encaminhamento para o NAPEV mostra que houve a capilarização do encaminhamento, onde os técnicos de referência em contato direto com o público-alvo atendido nos serviços externos incluídos na pesquisa identificariam os casos e os analisaria junto aos membros dos pequenos comitês. Isso ocorreu como uma adaptação do processo de encaminhamento, visto que o encaminhamento realizado pelas coordenações foi identificado como uma barreira no 1º ciclo de atendimento.

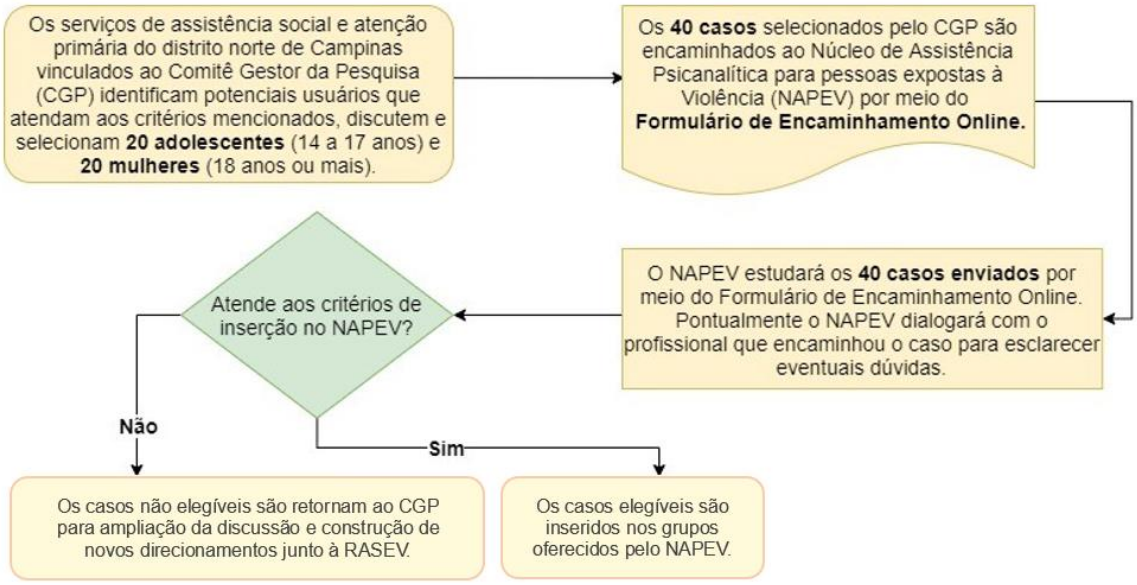


Figura 2. Desenho do 1º fluxo de encaminhamento para o NAPEV.

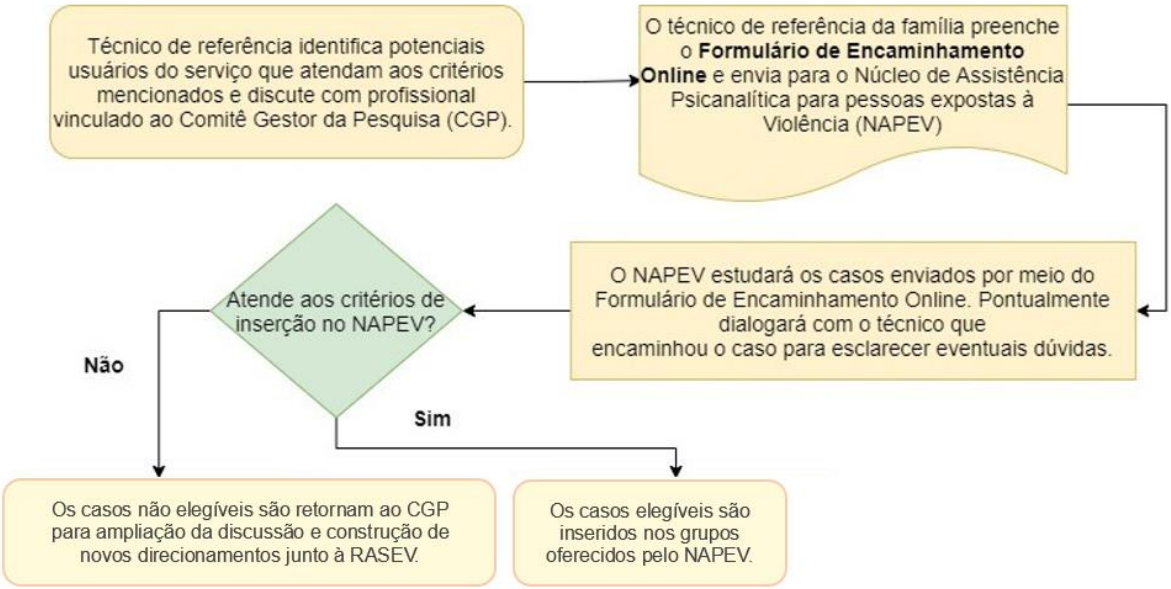


Figura 3. Desenho do 2º fluxo de encaminhamento para o NAPEV.

Observando a Tabela 4. “Estratégias e tempo utilizado na implementação e pós-implementação”, pode-se dizer que algumas estratégias são pontuais, outras cíclicas e outras permanentes. Por exemplo, examinar intencionalmente

a implementação e promover a articulação de rede são estratégias substanciais para todo o processo de implementação e pós-implementação. Por outro lado, auditar e fornecer feedback e refletir com a equipe clínica a respeito das barreiras e facilitadores da implementação, são estratégias cíclicas, já que a implementação ocorreu por meio de fases e foi ampliando gradualmente, conforme adaptada ao contexto local. Por fim, estratégias como o estudo piloto, alteração do local da implementação, alteração da estrutura física do local de implementação, alteração do sistema de registro dos prontuários, foram estratégias pontuais, que se desdobraram em função da consolidação de outras etapas. Importante destacar que, embora as estratégias tenham sido didaticamente sinalizadas na Tabela 3. elas operam de forma interdependente e são aprimoradas ao longo do tempo.

Fases	**Ano**	**2021**				**2022**						**2023**				
	Mês	**7**	**9**	**11**	**1**	**3**	**5**	**7**	**9**	**11**	**1**	**3**	**5**	**7**	**9**
Estratégias		**Implementação Jul. 2021 – Dez. 2022**									**Pós-implementação Jan.-Out.2023**				
Examinar intencionalmente										**24**					
Piloto – Grupos no Território		**6**													
Alteração do Local – CIPOI							**8**								
Consolidação no CIPOI													**8**		
Auditar e fornecer feedback			**4**			**2**			**4**					**6**	
Alterar estrutura física						**10**									
Refletir com equipe clínica			**4**		**2**		**2**		**2**					**6**	
Alterar sistemas de registro													**8**		
Utilizar conselhos consultivos		**6**													
Fornecer supervisão clínica		**6**					**10**						**8**		
Elaborar estratégias sob medida					**2**		**2**		**2**					**6**	
Compartilhamento de recursos				**2**		**2**							**8**		
Desenvolver materiais					**4**							**4**			
Distribuir materiais					**4**								**6**		
Criar aprendizado colaborativo		**6**					**10**						**8**		
Promover articulação de rede										**24**					
Fazer reuniões educativas		**6**					**10**						**8**		
Fazer visitas educativas		**6**					**10**						**8**		

Tabela 4. Estratégias e tempo utilizado na implementação e pós-implementação.

Na fase de implementação, o NAPEV utilizou como estratégia de implementação: alterar estrutura física e equipamentos, alterar o local do serviço, criar novas equipes clínicas, desenvolver acordos de compartilhamento de

recursos, organizar reuniões entre a equipe clínica e a equipe de implementação, fornecer supervisão clínica e criar estratégias sob medida para superar as barreiras. Enquanto isso, a RASEV utilizou as seguintes estratégias: fazer reuniões educativas, fazer visitas educativas, criar um aprendizado colaborativo, desenvolver e distribuir materiais educativos, promover a articulação da rede de serviços. Nessa fase, o CGP encerrou suas atividades, enquanto o GTPV continuou com as estratégias de acessar novos financiamentos, reexaminar intencionalmente a implementação e buscar orientações de especialistas em implementação.

Na fase de pós-implementação, GTPV continua suas atividades. O NAPEV consolidou-se como um serviço pautado nas seguintes estratégias: auditar e fornecer feedback, alterar sistemas de registro, desenvolver e distribuir materiais educativos, desenvolver acordos de compartilhamento de recursos, organizar reuniões entre a equipe clínica e a equipe de implementação, fornecer supervisão clínica e criar estratégias sob medida para superar as barreiras. Enquanto isso, a RASEV permaneceu utilizando as estratégias citadas, mas teve sua dimensão educativa, técnica e de apoio aos serviços externos fortalecida, por meio do modelo itinerante implementado no final de 2023. Nesse sentido, a tecnologia psicossocial para a promoção do cuidado e proteção de pessoas expostas à violência se fundamentou em quatro pilares: o CGP, GTPV, NAPEV e a RASEV, sendo os três últimos permanentes no período analisado.

Estratégias, Determinantes e Resultados da Implementação

O Quadro 2. “Relação entre as estratégias, a operacionalização e os desfechos esperados segundo o CFIR” buscou descrever detalhadamente como as estratégias foram operacionalizadas, considerando os atores envolvidos, as ações e as doses associadas aos determinantes e resultados da implementação. Nele, definiu-se o pacote de estratégias associadas ao GTPV, CGP, NAPEV e RASEV e associou-se em que etapa da implementação foi introduzida a estratégia, se na fase de pré-implementação (1), se na fase de implementação (2) ou se na fase de pós-implementação (3). O alvo da ação foi classificado segundo as definições de determinantes da implementação apresentadas pelo

CFIR. As doses foram definidas a partir da somatória das horas investidas em reuniões, visitas aos serviços, discussão de casos, supervisão clínica, dentre outros. Cada estratégia foi associada a no máximo dois resultados de implementação facilitados.

Ao GTPV esteve associada nove estratégias, distribuídas nas fases de pré-implementação (6), implementação (3) e pós-implementação (2). Elas estiveram predominantemente direcionadas ao processo (5), ambiente externo (2) e características da inovação (2), para facilitar a viabilidade (4) aceitabilidade (2) adaptabilidade (3) sustentabilidade (1) e fidelidade (1) da inovação. Nesse sentido, o GTPV foi um pacote de estratégias mais atuante na pré-implementação, onde cerca de 55% das estratégias estiveram voltadas ao processo de implementação enquanto determinante dos resultados, direcionando 36% dos esforços para a viabilidade.

O CGP utilizou quatro estratégias, com ênfase na pré-implementação (4). Buscou manejar o processo (1), as características da intervenção (1), o ambiente externo (1) e interno (1). As interferências nesses determinantes objetivaram facilitar a sustentabilidade (2), a adequação (1) e a penetração (1). Então, pode-se dizer que as estratégias estiveram 100% associadas à fase de pré-implementação, sendo distribuídas igualmente entre os determinantes da implementação e que 50% dos esforços foram direcionados para a sustentabilidade.

A RASEV empregou seis estratégias nas fases de implementação (6) e pós-implementação (6). Com isso, buscou influenciar os determinantes do ambiente externo (4), das características da inovação (1) e do processo (1) para facilitar os resultados da implementação. Considera-se que essas estratégias auxiliaram na promoção da sustentabilidade (4), Viabilidade (2) e Penetração (2). Por isso, pode-se dizer que a RASEV empregou 100% das estratégias na implementação e pós implementação, tendo como principal foco os determinantes associados ao ambiente externo para facilitar, principalmente, em 50% na sustentabilidade.

O NAPEV aplicou dez estratégias nas fases de implementação (7) e pós-implementação (7), onde algumas delas se repetiram em ambas as etapas. Essas estratégias empenharam esforços para interferir no ambiente interno (6),

nas características da inovação (2) e no ambiente externo (2). Elas buscaram facilitar a sustentabilidade (5), fidelidade (4), aceitabilidade (2) e viabilidade (1). Nesse sentido, pode-se dizer que o NAPEV utilizou 100% das estratégias nas fases de implementação e pós-implementação, levando principalmente o ambiente interno a facilitar 41% da sustentabilidade e 36% da fidelidade da implementação.

Estratégia	Operacionalização					
	Atores	Ação	Alvo da Ação	Etapa	Dose	Resultado da Implementação
Acessar novos financiamentos	GTPV	Pleitear financiamentos internos à universidade (Bolsas de extensão, Bolsas de Iniciação Científica, Bolsas de Monitoria) e externos (agências de fomento à pesquisa a nível estadual, como a FAPESP e federal, como CNPq e CAPES).	Ambiente Externo	1	192 Horas	Viabilidade e Aceitabilidade
Fazer uma avaliação local das necessidades	GTPV	Realizar Grupos Focais com trabalhadores da saúde e assistência social, lideranças comunitárias, mulheres (≥18 anos), crianças (7 a 10 anos), pré-adolescentes (11 a 14 anos), adolescentes (15 a 17 anos) expostos à violência.	Características da Intervenção	1	64 Horas	Adaptabilidade
Desenvolver um plano formal de implementação	GTPV	Redigir projetos de implementação de acordo com os critérios exigidos pelos editais CNPq e da FAPESP para financiamento, e aplicar os parâmetros da ciência de implementação.	Processo	1	1.440 Horas	Viabilidade
Desenvolver parcerias acadêmicas	GTPV	Estabelecer parceria entre o Laboratório de Saúde Mental e Coletiva - Interfaces, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva com os serviços externos à Unicamp. Participar de eventos e publicações de artigos acadêmicos/científicos.	Processo	1	12 Horas	Adaptabilidade
Envolver as diretorias	GTPV	Convidar a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, Gestão do SISNOV, Coordenadores de UBSs, Coordenadores da Proteção Social Básica e Especial do SUAS para reuniões de apresentação do projeto de implementação.	Ambiente Externo	1	12 Horas	Viabilidade
Formalizar os compromissos com a inovação	GTPV	Assinar termo de compromisso com a Secretaria de Assistência Social e Saúde para formalização no Comitê de Ética.	Processo	1	25 Horas	Sustentabilidade e Aceitabilidade

Reexaminar intencionalmente a implementação	GTPV	Identificar barreiras e facilitadores durante o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência (TPEV), com foco na oferta de grupos breves psicanalíticos (NAPEV) e na articulação e integração dos serviços da rede de assistência e saúde (RASEV).	Processo	2 e 3	28 Horas	Sustentabilidade e Fidelidade
Implementar a inovação por meio de etapas, ampliando-a gradualmente	GTPV	Identificar barreiras e facilitadores durante o piloto nos 1º e 2º ciclos de grupo breve de atendimento psicanalítico para adequação do 3º aos 7º ciclos.	Características da Intervenção	2	584 Horas	Viabilidade e Adaptabilidade
Reunir a equipe de implementação da inovação clínica	GTPV	Realizar reuniões periódicas com equipe clínica para refletir sobre o esforço da implementação, compartilhar lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros.	Processo	2 e 3	72 Horas	Fidelidade
Construir uma coalizão	CGP	Articular contato (seja por telefone, e-mail, em reuniões virtuais ou presenciais) com os 24 serviços, sendo 13 da Proteção Social Básica, 06 da Proteção Social Especial, 4 Unidades Básicas de Saúde e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ao todo eram 62 trabalhadores, sendo 45 da assistência social e 17 da saúde.	Ambiente Externo	1	120 Horas	Sustentabilidade
Conduzir discussões de consenso local	CGP	Realizar uma reunião entre as partes interessadas para produção de consenso sobre as necessidades locais. Participaram 35 integrantes, onde estiveram representantes, sendo 08 trabalhadores da saúde, 10 da assistência social, 02 da educação, 01 mulher, 02 adolescentes e 01 homem atendidos pelos serviços, 07 pesquisadores, 2 professores convidados (FIOCRUZ e UNICAMP), 01 gestão do SISNOV e a coordenação do projeto.	Ambiente Interno	1	53 Horas	Sustentabilidade

Promover a adaptabilidade	CGP	Realizar oficinas de planejamento, discutindo os dados coletados por meio dos grupos focais.	Características da Intervenção	1	86 Horas	Adequação
Use conselhos consultivos e grupos de trabalho	CGP	Gerenciar a implementação de forma participativa e colaborativa, integrando informações e recomendações de diferentes partes interessadas.	Processo	1	152 Horas	Adoção e Penetração
Fazer reuniões educativas	RASEV	Oferta de espaço coletivo de educação permanente, onde ocorre discussão de casos e textos, sendo entregue certificado de participação emitido pela Unicamp aos participantes que tiverem 75% de frequência.	Ambiente Externo	2 e 3	54 horas	Sustentabilidade
Fazer visitas educativas	RASEV	Realizar reuniões periódicas, com os trabalhadores da saúde e da assistência social para discutir aspectos do manejo e seguimento dos casos reais relacionados à exposição à violência.	Ambiente Externo	2 e 3	54 horas	Sustentabilidade
Criar um aprendizado colaborativo	RASEV	Utilizar a estratégia do apoio Paidéia para promover a aprendizagem colaborativa entre os trabalhadores da saúde e assistência social e participantes da RASEV.	Ambiente Externo	2 e 3	54 horas	Sustentabilidade
Promover a articulação de rede	RASEV	Manter articulação permanente entre o ambiente interno (NAPEV) e externo (os serviços da rede) por meio de espaços coletivos de discussão de caso e dos processos de trabalho.	Processo	2 e 3	224 Horas.	Sustentabilidade
Desenvolver materiais educativos	RASEV	Desenvolver folders informativo sobre a tecnologia psicossocial, definindo o que é a RASEV, o NAPEV, o apoio matricial, os grupos terapêuticos, os critérios de participação, a duração dos encontros, etc.	Características da Intervenção	2 e 3	216 Horas	Viabilidade e Penetração

Distribuir materiais educativos	RASEV	Entregar os folders sobre o que é o NAPEV e RASEV nos serviços externos, fisicamente nos serviços e online por meio de WhatsApp e E-mail institucional.	Ambiente Externo	2 e 3	276 Horas	Viabilidade e Penetração
Auditar e fornecer feedback	NAPEV	Realizar devolutivas periódicas aos serviços externos (encaminhadores) para seguimento dos casos atendidos nos grupos breves psicanalíticos ou aqueles que não conseguiram chegar ao NAPEV.	Ambiente Externo	2 e 3	230 Horas	Aceitabilidade e Sustentabilidade
Alterar estrutura física e equipamentos	NAPEV	Visitar o CEPOI, realizar levantamento de mobiliário e material de secretaria, acessar sites de compra e efetivar os pedidos necessários para garantir ambiente acolhedor e adequado aos grupos breves de base psicanalítica e à ambiência.	Ambiente Interno	2	61 Horas	Sustentabilidade
Alterar sistemas de registro	NAPEV	Preencher listagem dos encaminhamentos e abrir prontuário do grupo realizado, inserir informações sobre frequência dos participantes, conteúdo dos atendimentos e observações pertinentes sobre os feedbacks dos atendidos.	Ambiente Interno	2 e 3	160 Horas	Fidelidade
Alterar sites de serviço	NAPEV	Articular contato com CEPOI para deslocamento dos grupos breves psicanalíticos do território para a Unicamp.	Ambiente Interno	2	100 Horas	Sustentabilidade
Criar novas equipes clínicas	NAPEV	Inserir equipe multiprofissional para o atendimento nos grupos e no espaço de ambiência. Os profissionais que compõe a equipe do NAPEV estão vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva (Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, etc.) e ao Projeto de Extensão para Graduação (Medicina e Pedagogia).	Ambiente Interno	2	60 Horas	Fidelidade

Desenvolver e distribuir materiais educativos	NAPEV	Compilar a descrição das funções dos terapeutas em um manual com caráter orientativo, para viabilizar o cuidado ofertado pelo NAPEV e o apoio matricial ofertado pela RASEV.	Características da Intervenção	3	90 Horas	Fidelidade
Distribua materiais educativos	NAPEV	Distribuir o manual elaborado e discutir as equipes que operacionalizam o NAPEV e a RASEV a respeito das funções a serem desempenhadas, das características essenciais e dos processos de trabalho, sempre que houver novos integrantes (anualmente - residentes).	Ambiente Interno	3		Viabilidade
Fornecer supervisão clínica	NAPEV	Fornecer aos terapeutas supervisão semanal com foco contínuo no manejo dos grupos breves psicanalíticos.	Características da Intervenção	2 e 3	180 Horas	Fidelidade
Estratégias sob medida	NAPEV	Implementar estratégias sob medida para facilitar a adesão dos participantes nos grupos breves de base psicanalítica.	Ambiente Interno	3	160 Horas	Aceitabilidade e Sustentabilidade
Desenvolver acordos de compartilhamento de recursos	NAPEV	Articular com os serviços externos a entrega de passes para o transporte coletivo com recursos financeiros municipais, por meio da Secretaria de Assistência Social.	Ambiente Externo	2 e 3	192 Horas	Sustentabilidade

Quadro 3. Uma análise do processo de implementação da tecnologia psicossocial: relação entre as estratégias, a operacionalização e os desfechos esperados.

Discussão

Grupo de Trabalho Psicanálise e Violência

Acessar novos financiamentos

A estratégia "acessar novos financiamentos" é definida como o acesso aos recursos financeiros existentes ou novos, para facilitar a implementação (Powell et al. 2015). Ela foi traduzida em ação quando o GTPV buscou pleitear financiamentos internos à universidade (Bolsas de extensão, Bolsas de Iniciação Científica, Bolsas de Monitoria) e externos (agências de fomento à pesquisa a nível estadual, como a FAPESP e federal, como CNPq e CAPES). Estima-se a realização de 48 reuniões, com frequências semanais e duração de 04:00 horas cada. Essas reuniões ocorreram no período de 07/2018 a 03/2019, somando 192 horas investidas no ambiente externo para facilitar a viabilidade e aceitabilidade.

As estratégias financeiras e políticas tendem a aumentar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção (Proctor et al. 2013, 2015). Estudos indicam o financiamento como uma estratégia discreta para facilitar a implementação (Magnabosco, 2006). Outros destacam que a alocação direcionada de recursos e os refinamentos de infraestrutura são partes significativas do processo de mudança (Stetler, McQueen, Demakis & Mittman, 2008).

Na experiência de implementação da tecnologia psicossocial para expostos à violência, os recursos financeiros puderam inspirar nos parceiros a confiança de que o provedor da intervenção dispunha de autonomia para custear as despesas associadas a oferta da inovação, sem sobrecarregar os serviços externos. Nesse sentido, o alvo da ação seria o ambiente externo, onde os recursos financeiros fortalecem a perspectiva de que os grupos breves psicanalíticos são não apenas importantes, mas factíveis, complementando as linhas de cuidado e proteção já existentes para as pessoas expostas à violência.

Fazer uma avaliação local das necessidades

A realização de uma avaliação das necessidades locais, consiste em coletar e analisar dados relacionados às necessidades que o contexto da comunidade tem a respeito da inovação (Powell et al. 2015). O GTPV desempenhou essa estratégia para adequar as características da inovação ao contexto local, considerando o diagnóstico realizado por meio dos Grupos Focais com os trabalhadores da saúde e da assistência social, as lideranças comunitárias, as mulheres (≥18 anos), as crianças (7 a 10 anos), os pré-adolescentes (11 a 14 anos) e com os adolescentes (15 a 17 anos) expostos à violência. Essa ação envolveu cerca de 60 participantes, em 16 grupos focais (sendo dois encontros por público-alvo) com duração de 04:00 cada, somando cerca de 64 horas investidas.

Os grupos focais foram um meio de coleta e análise dos dados relacionados às necessidades locais. Avaliar as necessidades locais é uma estratégia importante para identificar as maneiras pelas quais a intervenção pode ser adaptada e esclarecer quais elementos dos cuidados devem ser mantidos (Rogal et al., 2017). Dessa forma, as adaptações são realizadas, preservando a fidelidade, ou seja, as características centrais da inovação.

Os grupos focais ainda facilitaram a aceitabilidade, aumentando a percepção sobre o quanto a intervenção poderia ser adequada e esperada pelo público-alvo. Nesse espaço houve o reconhecimento das experiências e conhecimentos diretos das partes interessadas, promovendo a satisfação dos mesmos com a proposta da intervenção. No espaço das Oficinas de Consenso fez-se um acordo coletivo sobre quais foram as principais necessidades identificadas naquele momento, o que impactou diretamente na adequação da intervenção, confirmando sua relevância e compatibilidade como serviço complementar à rede externa.

Desenvolver um plano formal de implementação

Outra estratégia importante para o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência foi "Desenvolver um plano formal de implementação", considerando estratégias para alcançar os objetivos. O plano de

implementação requer clareza quanto aos objetivos/propósitos da implementação, as áreas ou serviços que serão afetados pela mudança, o cronograma e os marcos da implementação e as medidas de desempenho e progresso (Powell et al. 2015). O GTPV realizou 02:00 diárias de estudo e escrita feita, pelo menos, por 3 pesquisadores, ao longo de 48 semanas no ano de 2018. Essa ação totalizou 1.440 horas investidas na elaboração de projetos para viabilizar a implementação. É importante usar e atualizar o plano para orientar o esforço da implementação ao longo do tempo (Proctor et al. 2011).

Mesmo com evidências de eficácia, sem planejamento adequado, a implementação de uma inovação na rotina dos serviços pode falhar. Por isso, há grande importância nos estudos que analisam o processo de implementação e buscam modelos adequados para determinados contextos, especialmente em países de baixa e média renda. Eles destacam que, para que os planos de implementação sejam viáveis, é substancial a inclusão das partes interessadas para mapear as realidades econômicas, culturais e de equidade e acesso aos cuidados de saúde (Stoner et al. 2020). O plano formal de implementação, nesse sentido, pode ser melhor formulado se considerar aspectos intrínsecos do processo de implementação apontados pelo CFIR (Streater et al. 2016).

O GTPV elaborou um plano formal de implementação, considerando alguns desses aspectos. Importante destacar que as medidas de desempenho e progresso, no entanto, foram selecionadas durante o processo de implementação, visto a existência de poucos materiais traduzidos e adaptados para a realidade brasileira. Conforme o coletivo traduzia os materiais, isso possibilitava melhor compreensão de como monitorar e mensurar o processo (Silva et al. 2023). Por outro lado, desde o início selecionou-se estratégias para a inclusão das partes interessadas e adaptação do projeto de acordo com as necessidades locais. Soma-se a isso a característica de que o projeto foi desenvolvido de acordo com o padrão exigido pelos editais CNPq e da FAPESP para financiamento e considerando os parâmetros da ciência de implementação.

Desenvolver parcerias acadêmicas

Definida como desenvolver parcerias com uma universidade ou unidade acadêmica para fins de aprendizado e compartilhamento das habilidades de pesquisa para um projeto de implementação (Powell et al. 2015), essa estratégia tem importância reconhecida para a adaptação e viabilidade do processo de implementação (Kilbourne et. al. 2012). O GTPV estabeleceu, por meio da coordenação do projeto (liderança interna), parcerias entre o Laboratório de Saúde Mental e Coletiva - Interfaces, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva e com os serviços externos à Unicamp. Outras parcerias podem ser feitas a partir da participação de eventos e publicações de artigos acadêmicos/científicos.

A liderança interna vem desenvolvendo um sólido histórico de parceria com a comunidade por meio dos projetos de pesquisa. No período de 2006 a 2008 foi realizada a Pesquisa avaliativa da rede de CAPS: entre a saúde coletiva e a saúde mental (financiamento do CNPq). De 2007 a 2009 foi feito um “Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde” (financiamento da FAPESP). Entre 2008 e 2010 efetivou-se a “Pesquisa avaliativa em saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” (financiamento do CNPq) e a pesquisa “Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário” (financiamento do CNPq). Do ano de 2009 a 2014, recebeu financiamento do edital IDRC do programa Aliança Internacional de Pesquisa Universidades Comunidades para desenvolver o projeto “Saúde Mental e Cidadania”. De 2010 a 2012 recebeu financiamento FAPESP para a “Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do estado de São Paulo”. Desde 2014 vem desenvolvendo a pesquisa “Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras” (financiamento do CNPq) e desde 2016 a pesquisa “Recovery: Instrumentos para sua aferição na realidade brasileira” (Universidade Estadual de Campinas - Auxílio financeiro).

Especificamente a respeito da implementação dessa tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, para tecer parcerias entre a universidade e os

serviços externos foram realizadas pelo menos 3 reuniões de 4:00 horas cada. Participaram a Secretaria de Assistência Social, a Secretaria de Saúde e a liderança interna. A ênfase dos encontros foi a corresponsabilização no sentido de tornar a inovação complementar às linhas de cuidado existentes, possibilitando agregar a interdisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde aos quais oferece apoio, compartilhar práticas e saberes na identificação do público-alvo e multiplicar ações de cuidado e proteção aos adolescentes e mulheres expostos à violência.

Tecer parcerias entre a universidade e a comunidade é uma estratégia eficaz não apenas para adaptar a prática baseada em evidências às necessidades locais, mas também para adaptar o processo (Kilbourne et. al. 2012). Fatores facilitadores para tecer parcerias são a confiança e o respeito (aspectos interpessoais) e o comprometimento excessivo de tempo (aspecto operacional) é indicado como um dificultador (Drahota et al. 2016). Outras estratégias de implementação têm sido associadas à essa para fomentar os aspectos interpessoais e operacionais: (a) construir uma coligação, (b) conduzir discussões de consenso local, (c) identificar barreiras e facilitadores à implementação, (d) facilitar a resolução interativa de problemas, (e) utilizar um conselho consultivo ou grupo de trabalho, (f) adaptar estratégias, (g) promover adaptabilidade e (h) auditar e fornecer feedback (Pellecchia et al. 2018).

Outra forma de tecer parcerias com o âmbito acadêmico é a participação em eventos científicos. Por exemplo, o GTPV realizou a publicação de artigos, anais em congressos. Inclusive, no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde o trabalho, o projeto matriz ganhou o Prêmio Hésio Cordeiro na categoria “alternativas de implementação”. Essas foram oportunidades para analisar os dados da fase da pré-implementação e disseminar os resultados preliminares em eventos científicos/acadêmicos, agregando reflexões e análises para aprimoramento do processo de implementação.

Envolver as diretorias

Essa estratégia consiste em envolver as estruturas de governança existentes (por exemplo, conselhos de administração, conselhos de governança da equipe

médica) no esforço de implementação, incluindo a revisão de dados sobre os processos de implementação (Powell et al. 2015). Ela foi operacionalizada por meio da ação de convidar a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, Gestão do SISNOV, Coordenadores de UBSs, Coordenadores da Proteção Social Básica e Especial do SUAS para reuniões de apresentação do projeto de implementação. Por meio de 3 reuniões, com duração de 4:00 horas casa, no início de 2019, agregou-se ao projeto atores que teriam legitimidade para tomada de decisões a nível municipal.

Esses encontros foram coordenados pela liderança interna do projeto de implementação, a qual conduziu uma apresentação da proposta, fornecendo dados e informações e buscando refletir sobre o quanto a proposta era viável e complementar aos serviços externos. Discutiu-se quais territórios eram prioridade para o atendimento, quais serviços seriam inclusos na intervenção e como os trabalhadores locais poderiam se envolver em um grupo de trabalho situado na universidade, o qual seria responsável pelo gerenciamento do processo de implementação: o Comitê Gestor da Pesquisa.

O envolvimento da gestão, das equipes executivas e das estruturas de governanças existentes é uma estratégia facilitadora para a viabilidade de inovações em saúde em outros níveis operativos (Lin et al. 2023). Por exemplo, quando se trata de alinhar os interesses individuais, coorporativos e coletivos, dimensões que agregam complexidade ao processo de implementação de políticas de saúde (Tanaka & Tamaki, 2012). Com isso, o compromisso dos diretores das unidades de saúde, dos coordenadores de programas, dos coordenadores de serviços de saúde são um diferencial para garantir a qualificação do cuidado garante às equipes estrutura adequada para o trabalho e alinhamento dos objetivos dos serviços a favor da inovação (GRABOIS, 2009).

Com ênfase nos serviços externos, essa estratégia não se aplicou adequadamente, porém, na construção dos fluxos de encaminhamento das pessoas expostas à violência. Nesse sentido, o envolvimento das diretorias no encaminhamento dos participantes, foi considerado uma barreira. Isso se deu em função de os trabalhadores serem as referências de vínculo e do histórico de acompanhamento do caso. Por isso, adaptou-se o encaminhamento, colocando os trabalhadores como referência.

Os colegiados gestores são indicados como facilitadores dos processos de implementação de linhas de cuidado em saúde, visto fomentar o compromisso coletivo com a análise dos processos de trabalho e as tomadas de decisão (Campos et al. 2009; Onocko-Campos et al. 2017; Silva, 2016).

Formalizar os compromissos com a inovação

Essa estratégia é definida como a formalização compromissos por escrito com os principais parceiros, definindo o que farão para implementar a inovação (Powell et al. 2015). Essa estratégia foi operacionalizada com a ação de assinar o termo de compromisso com a Secretaria de Assistência Social e Saúde para formalização no Comitê de Ética. O GTPV empenhou duas horas de contato diário para organização de agendas durante o período de cinco dias, empenhou cinco horas para visitas presenciais em cada setor (saúde, assistência social e universidade). Essa estratégia foi substancial para facilitar a sustentabilidade e aceitabilidade do processo de implementação, tendo 25 horas de investimento na coleta de assinaturas e organização de documentos.

O compromisso formal em implementar a inovação geralmente é firmado na fase de pré-implementação, obtendo dos parceiros apoio para a sustentabilidade. Estudos, porém, identificam a necessidade de rever e avaliar se os compromissos firmados são respeitados e se é preciso firmar novos compromissos para sustentar o processo de implementação da inovação (Nathan et al. 2022). Durante o processo de implementação há barreiras para a sustentabilidade, como por exemplo, as organizações de cuidados de saúde não se comprometem suficientemente a investir recursos, os trabalhadores são resistentes a mudança, há escassez da cultura de aprendizagem, há rotatividade da liderança e falta de clareza sobre qual é o seu papel, etc. Diante disso, a estratégia de obter compromisso formal da gestão e o engajamento dos trabalhadores é indicada como um meio de superar esses desafios (Hung, Mann & Upreti, 2023).

Considerando esses aspectos o GTPV manteve contato com coordenadores dos serviços da assistência social e saúde por, pelo menos, duas horas semanais. Realizou visitas nos departamentos de gestão da assistência social e saúde para

coletar assinatura dos termos de adesão ao projeto. Esses procedimentos fazem parte do processo de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, mas, para além disso, possibilitou fomentar o compromisso ativo de alguns dos gestores envolvidos.

Inicialmente, o compromisso representou uma barreira para a implementação, se obteve a adesão parcial da gestão, observamos dificuldades de acesso aos níveis maiores de chefias. Entretanto, a sustentabilidade se deu em função do engajamento dos trabalhadores diretos dos serviços externos, que reconheceram a demanda da população por espaços de cuidado, como os grupos breves psicanalíticos (NAPEV), e a demanda dos profissionais pelo apoio matricial intersetorial (RASEV). Essas ofertas do NAPEV e da RASEV foram, portanto, legitimadas e aceitas como ofertas complementares às linhas de cuidado existentes para os expostos à violência. A aceitabilidade, ou seja, a percepção de que a inovação pode agregar e qualificar o cuidado, foi fundamental para a sustentação do processo de implementação.

Reexaminar intencionalmente a implementação

Essa estratégia é definida como monitoramento do progresso, dos ajustes e das práticas clínicas e a seleção de estratégias de implementação para melhorar continuamente a qualidade do atendimento (Powell et al. 2015). O GTPV indicou barreiras e facilitadores durante o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, com foco na oferta de grupos breves psicanalíticos (NAPEV) e na articulação e integração dos serviços da rede de assistência e saúde (RASEV). Com ênfase no processo de implementação, essa estratégia foi realizada por meio de sete reuniões, com duração de 04:00 horas. Os encontros ocorreram no período de 2021/1 e 2022/2, tendo o investimento de 28 horas para facilitar a sustentabilidade e fidelidade.

Combater o racismo institucional na saúde pública (Duerme, Dorsinville, McIntosh-Beckles & Wright-Woolcock, 2021), envolver a comunidade na implementação de práticas baseadas em evidências (Sprague et al. 2020), inclusive naquelas que combatem a violência juvenil (Fixsen, Blase & Van Dyke, 2011), disseminar informações baseadas em evidência (Bumbarger & Perkins, 2008), aplicar a supervisão clínica (Lynch & Happell, 2008), são inovações que requerem o exame

e adaptação frequente das estratégias para garantir a sustentabilidade e a fidelidade no fomento de mudanças bem-sucedidas.

Dada a complexidade do processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, foi necessário reexaminar as estratégias selecionadas. Esse exame significa o monitoramento do progresso e o ajuste das práticas clínicas e das estratégias de implementação para melhorar continuamente a qualidade do atendimento ofertado pelos grupos breves psicanalíticos (NAPEV) e pelo apoio matricial (RASEV). Com esse objetivo, O GTPV realizou, pelo menos, uma reunião em cada um dos 7 ciclos analisados, tendo cada encontro a duração de 4:00, visando a sustentabilidade e a fidelidade da intervenção.

Implementar a inovação por meio de etapas, ampliando-a gradualmente

É definida como a realização dos esforços de implementação por meio de fases, começando com pequenos pilotos ou projetos de demonstração, e ampliação gradual da inovação para todo o sistema (Powell et al. 2015). O GTPV traduziu essa ação para a prática por meio da realização de um estudo piloto durante o 1º e 2º ciclos de atendimento no território, realizando adequações nos grupos breves psicanalíticos do 3º ao 7º ciclo. Com ênfase nas características da intervenção, foram empenhadas 08:00 semanais de estudo e análise durante 9 meses do ano de 2022 (288 Horas) e 2023 (288 Horas). Soma-se a isso, a realização de 2 reuniões com duração de 4:00 cada (08 Horas). Então, investiu-se 584 Horas nessa estratégia para facilitar a viabilidade e adaptabilidade.

Desenvolver a implementação por fases, começando com pequenos pilotos que sejam ampliados gradualmente, é uma estratégia fundamental para o estudo da viabilidade da inovação. Durante um piloto se pode avaliar a viabilidade e adequar aspectos do recrutamento, dos critérios de inclusão e exclusão, do acesso e adesão dos participantes, mas não a efetividade e segurança na intervenção (Leon, Davis & Kraemer, 2011). Uma vez que o estudo piloto forneceu a avaliação inicial a respeito da aceitabilidade, viabilidade e adequação de cada estratégia, realiza-se um refinamento das estratégias para ampliação do impacto da inovação (Walsh-Bailey et al. 2021; Pearson, Naylor, Ashe, et al. 2020).

Considerando esses aspectos, o GTPV realizou um estudo piloto no território: os 1º e 2º ciclos de grupo breve psicanalítico. Durante esse período, com o início das vacinas, houve a flexibilização das medidas de isolamento social em função do Covid-19. Com a possibilidade de retorno das atividades coletivas na saúde e na assistência social, e mantendo o distanciamento, higienização com álcool 70% e máscaras, iniciamos os grupos breves psicanalíticos. Com isso, pudemos experimentar as estratégias de recrutamento, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, as dificuldades de acesso e adesão.

Após piloto, houve a descentralização dos encaminhamentos. Antes era realizado via Comitê Gestor da Pesquisa, e então, após o piloto, passou a ser realizado diretamente pelos trabalhadores dos serviços externos inclusos na pesquisa. Outra mudança foi a respeito dos critérios de encaminhamento. Um deles dizia respeito a encaminhar somente pessoas expostas indiretamente. Entretanto, os trabalhadores sinalizaram que não há na rede atendidos que não tenham sofrido algum tipo de violência diretamente. Nesse sentido, foi ampliado o critério, incluindo adolescentes e mulheres expostas a violência indistintamente. Essas mudanças foram inseridas dos 3º ao 5º ciclo, na fase de implementação, garantindo a viabilidade e adaptabilidade da inovação.

Reunir a equipe de implementação da inovação clínica

Essa estratégia é definida como o apoio a equipe que implementa a inovação clínica, oferecendo espaço e tempo protegido para refletir sobre o esforço de implementação, compartilhar as lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros (Powell et al. 2015). O GTPV operacionalizou essa ação realizando reuniões mensais com a equipe clínica, para refletir sobre o esforço da implementação, compartilhar lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros. Com duração de 04:00 horas cada essas reuniões foram feitas ao longo de 09 meses de 2022 e 09 meses de 2023, totalizando 72 horas investidas para discussão e adequação do processo de implementação visando a fidelidade.

Estudos indicam fortemente a utilização da organização de reuniões com a equipe de implementação clínica como estratégia para superar barreiras quanto ao

acesso de informação, recursos disponíveis, conhecimentos e crenças sobre a intervenção (Delaforce, Duff, Munday & Hardy, 2020). Ela é indicada para promover a adoção de novas práticas (Herbert et al. 2022). Esse é um espaço para fortalecer a implementação de atividades clínicas, de reflexão, aprendizagem e apoio mútuo entre os profissionais envolvidos (DeSisto, Estrich, Kroelinger, et al. 2017; Powell et al. 2015).

Considerando essas questões, o GTPV buscou apoiar a equipe que implementa a inovação clínica, oferecendo espaço e tempo protegido para refletir sobre o esforço de implementação, compartilhar as lições aprendidas e apoiar o aprendizado uns dos outros. Realizou-se reuniões mensais, com duração de 04:00 cada, durante 18 meses (09 em 2022 e 09 em 2023). Esse espaço foi fundamental para a garantia da fidelidade da implementação, ou seja, o esforço de adaptação da inovação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência. Houve alterações quanto ao às formas de recrutamento, ao tempo dispensado para cada etapa da implementação, ao local e a composição da equipe, mas sem prejuízo das características fundamentais da inovação: manejo psicanalítico, enquadre de 8 encontros por ciclo, duração de 90 minutos cada, entrada de novos participantes somente até o segundo encontro.

Mensurar e analisar se a implementação foi implementada conforme pretendida é um meio para compreender o porquê uma intervenção funciona e até que ponto os resultados podem ser melhorados. Os resultados da implementação quanto à fidelidade afetam a credibilidade e utilidade da intervenção (Carrol, et al. 2007). Para compreender quais aspectos influenciam a implementação, autores analisam o quanto uma implementação foi executada conforme planejado, destacando a importância da coordenação e do feedback dos participantes como facilitadores. Relatam ainda que algumas variações podem ocorrer sem prejuízo quanto à fidelidade: são variações quanto ao tempo, ao lugar e a composição das equipes (Grooten et al. 2020).

Comitê Gestor da Pesquisa

Construir uma coalizão

A estratégia construir uma coalizão é definida como o recrutamento e cultivo de relacionamentos com parceiros no esforço de uma implementação (Powell et al. 2012). O CGP operacionalizou essa ação por meio da articulação dos contatos (seja por telefone, e-mail, em reuniões virtuais ou presenciais) com os 24 serviços. Dentre eles, 13 foram da Proteção Social Básica, 06 da Proteção Social Especial, 4 Unidades Básicas de Saúde e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ao todo foram envolvidos 62 trabalhadores, sendo 45 da assistência social e 17 da saúde. Para isso, foi necessário 02:00 horas de planejamento, 01:00 de deslocamento e 02:00 de discussão de caso por serviço, totalizando o investimento de 120 horas no ambiente externo para promoção da sustentabilidade.

De acordo Palinkas e colaboradores (2020), essa estratégia tem efeitos positivos para a sustentabilidade de uma implementação. Nesse sentido, essa estratégia esteve presente desde a fase de pré-implementação e na implementação, nos 1º e 2º ciclos, realizada pelo CGP. Na pós-implementação, manteve-se a estratégia por meio da RASEV para facilitar a institucionalização da inovação por meio do estabelecimento de parcerias.

Para estruturar a tecnologia psicossocial para expostos a violência enquanto um serviço interno, teceu-se parcerias entre o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva – Unicamp, cujos membros configuraram os serviços internos à inovação: o NAPEV e a RASEV. E para integrá-la aos serviços externos de forma complementar, foram firmadas parcerias com as secretarias de assistência social e saúde. Como serviços externos considera-se os serviços da proteção social básica, como os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e serviços da proteção social especial como o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e as casa de acolhimento, dentre outros. Soma-se a esses, as Unidades Básicas de Saúde e o

Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Essa estratégia facilitou a sustentabilidade quando possibilitou a construção e institucionalização de operações estáveis e contínuas no ambiente interno e externo da inovação.

Conduzir discussões de consenso local

Essa estratégia é definida como a inclusão de provedores locais e outras partes interessadas em discussões que abordem se o problema escolhido é importante e se a inovação clínica para o abordar é apropriada (Powell et al. 2015). O CPG conduziu essa estratégia ao realizar uma reunião entre as partes interessadas para produção de consenso sobre as necessidades locais. Participaram 35 integrantes, onde estiveram representantes, sendo 08 trabalhadores da saúde, 10 da assistência social, 02 da educação, 01 mulher, 02 adolescentes e 01 homem atendidos pelos serviços, 07 pesquisadores, 2 professores convidados (FIOCRUZ e UNICAMP), 01 gestão do SISNOV e a coordenação do projeto. O CGP realizou 01:00 de contato para cada participante (35 Horas), 10:00 horas de planejamento dos encontros (agendamento de sala, obtenção de recursos, etc.), 04:00 do encontro em si e 04:00 de discussão e reflexão após a oficina. Isso totaliza 53 horas investidas nas configurações internas da tecnologia psicossocial, para facilitar a sustentabilidade.

De acordo com Moore et al (2021), a produção de consenso pode mudar hábitos/crenças/experiências estabelecidas relacionadas ao fluxo de trabalho, equipe interdisciplinar e funções relacionadas ao trabalho. Nesse sentido, a Oficina de consenso operou como uma estratégia para definir a centralidade dos processos de trabalho da tecnologia psicossocial: a) ofertar os grupos breves psicanalíticos aos adolescentes e mulheres expostos à violência por meio do NAPEV, serviço que deve ser complementar aos serviços externos, b) constituir espaços coletivos e cogestivos de educação permanente entre o serviço interno e os externos e c) promover a integração e articulação da rede de serviços externos para discussão e seguimento dos caso associados à exposição à violência. Esses quesitos corroboram com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (SUS) e da Resolução CNAS Nº 4, de 13 de março de 2013, que institui a Política

Nacional de Educação Permanente do Sistema Único da Assistência Social – PNEP/SUAS e da Lei 8.742 de 7de Dezembro de 1993.

Promover a adaptabilidade

Essa estratégia é definida como a identificação das maneiras pelas quais uma inovação clínica pode ser adaptada para atender às necessidades locais e esclarecer quais elementos da inovação devem ser mantidos para preservar a fidelidade (Powell et al. 2015). Para isso, o CGP realizou oficinas de planejamento, discutindo os dados coletados nos grupos focais. Nessa estratégia, investiu-se 08:00 de leitura e análise de 06 narrativas, 30:00 horas de discussão e classificação do conteúdo em três eixos e 04:00 horas para cada 02 reuniões com o CGP. Foram ao todo 86 horas investidas nessa estratégia para promoção da adequação das características da intervenção.

De acordo com Sprague Martinez, Davoust, Rajabiun, et al. (2021) promover a adaptabilidade é uma estratégia importante para a inclusão de profissionais de referência na promoção do cuidado e no enfrentamento das desigualdades em saúde. Eles analisam como os Agentes Comunitários de Saúde podem ser integrados nas equipes de saúde e no cuidado à população. Semelhantemente, as oficinas de planejamento foram oportunidades para promover a adaptabilidade das características da intervenção durante a fase da pré-implementação, para produzir a adequação e fidelidade na inovação no contexto local. No espaço coletivo das oficinas de planejamento, as partes interessadas, especialmente os trabalhadores e os pesquisadores, tiveram acesso ao conteúdo das narrativas produzidas nos grupos focais hermenêuticos. Discutiu-se os seguintes aspectos presentes nas narrativas: o conceito de violência, como perceber uma se uma pessoa está exposta à violência, como as pessoas expostas à violência querem ser cuidadas e como são cuidadas na rede de serviços externos já existentes. Durante esse processo, identificou-se a manutenção das características centrais da inovação (grupos breves psicanalíticos, a serem realizados em oito encontros semanais, coordenado por uma dupla de terapeutas). Entretando, adequando a proposta a realidade local, identificou-se a evidente necessidade de articulação da rede, em um processo formativo permanente, para a consolidação de ações de seguimento dos casos e disseminação de

informações sobre o acompanhamento na saúde e na assistência social sobre as situações de violência. Nesse sentido, assim como os autores (Sprague Martinez, Davoust, Rajabiun, et al. 2021), buscamos promover a adaptabilidade para integrar a rede de serviços externos na tecnologia psicossocial em processo de implementação.

Use conselhos consultivos e grupos de trabalho

Essa estratégia é definida como a criação e o envolvimento de um grupo formal, composto por vários tipos de partes interessadas, para fornecer informações e conselhos sobre os esforços de implementação e obter recomendações para melhorias (Powell et al. 2015). Nesse sentido, o CGP foi criado para gerenciar a implementação de forma participativa e colaborativa, integrando informações e recomendações de diferentes partes interessadas. Estima-se que tenham ocorrido 38 reuniões, de 04:00 cada, entre 03/2019 a 03/2020 (quinzenais) e entre 04/2020 a 06/2021 (encontros mensais), totalizando o investimento de 152 horas para facilitar a penetração.

De acordo com Shewchuk et al (2020) o envolvimento de partes interessadas em um grupo de trabalho pode facilitar a penetração/alcance da intervenção. Em 2019, consolidou-se o Comitê Gestor da Pesquisa, um grupo formal envolvendo as partes interessadas. Na pré-implementação, prevemos que para facilitar a penetração, seria necessário investimento inicial na adoção. Isso por que alcançar as pessoas expostas à violência é uma estratégia que depende da decisão e da intenção dos serviços externos em recomendar os grupos breves de base psicanalítica como um espaço efetivo para o cuidado à saúde mental. Os trabalhadores e gestores da saúde e assistência social que compunham esse grupo de trabalho, passaram a exercer a função de estimular os serviços externos a aderiram à intervenção. Nesse sentido, as etapas da implementação foram planejadas, monitoradas e reelaboradas pelo Comitê Gestor da Pesquisa na fase de pré-implementação para que a tecnologia psicossocial poderia complementar os processos de trabalho do cuidado-proteção já ofertado para pessoas expostas à violência.

Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência

Auditar e fornecer feedback

Essa estratégia é definida como a realização de coleta e síntese dos dados a respeito do desempenho clínico, durante um período de tempo específico, e o fornecimento à equipe clínica e a administradores, para monitorar, avaliar e modificar o comportamento do provedor. O NAPEV operacionalizou essa estratégia por meio da realização das devolutivas feita periodicamente aos serviços externos (encaminhadores) para seguimento dos casos atendidos nos grupos breves psicanalíticos ou aqueles que não conseguiram chegar ao NAPEV. Tratou-se de 01:00 hora de discussão em supervisão e 01:00 de discussão com o serviço encaminhador para cada atendido no grupo. Considerando a quantidade de atendidos do 1º ao 7º ciclo (230 pessoas), estima-se que foram investidas 230 horas nessa estratégia para seguimento dos casos, visando a aceitabilidade e sustentabilidade.

A estratégia de auditoria e feedback é fundamental para a implementação e pode ser associada a altos índices de aceitabilidade a sustentabilidade (Czosnek et al. 2023). O NAPEV adotou como estratégia para promoção da aceitabilidade e sustentabilidade do cuidado e da proteção aos expostos à violência a realização de devolutivas periódicas aos serviços externos (encaminhadores), para se dar seguimento aos casos atendidos nos grupos breves psicanalíticos ou daqueles que não conseguiram chegar ao CIPOI. Para a institucionalização dos grupos breves psicanalíticos, na fase da implementação a partir do 5º ciclo de atendimentos, a estratégia de auditoria e feedback contribuiu, portanto, para integrar a intervenção aos serviços externos. Por meio da discussão e proposição dos seguimentos dos casos, integrou-se serviço interno e externo. O NAPEV e a oferta de grupos breves psicanalíticos e a RASEV com a discussão de caso, ou seja, a tecnologia psicossocial direcionada às pessoas expostas à violência passa a complementar as linhas de cuidado e as ações de proteção existentes no distrito norte de Campinas/SP.

Alterar estrutura física e equipamentos

Essa estratégia é definida como a avaliação das configurações atuais e adaptações, conforme necessário, da estrutura física e/ou dos equipamentos. Por exemplo, alterar o layout de uma sala e adicionar equipamentos para melhor acomodar a inovação desejada (Powell et al. 2015). O NAPEV operacionalizou essa ação por meio das visitas periódicas ao CEPOI, onde realizou o levantamento de mobiliário e material de secretaria. Então, acessou sites de compra e efetivou os pedidos necessários para garantir ambiente acolhedor e adequado aos grupos breves de base psicanalítica e à ambiência. Concentrando esforços no ambiente interno, essa estratégia demandou investimento de 05:00 horas de organização inicial da implementação e 01:00 hora por encontro para manutenção do enquadre e ambiência, totalizando 61:00 horas para facilitar a sustentabilidade da inovação.

Estudos indicam a importância de fornecer uma infraestrutura para promover a integração eficiente da inovação (prática baseada em evidência) na rotina dos serviços (Proctor et al. 2009; Borkovec, 2004). Nos 1º e 2º ciclos a intervenção foi realizada nos serviços externos, como parte de um projeto piloto. Nesse período, as configurações físicas e os layouts das salas foram oferecidos externamente. No 3º ciclo o NAPEV foi implementado no CIPOI, quando houve maior autonomia para alterar o layout das salas e construir o espaço de ambiência para melhor acomodar os grupos breves de base psicanalítica oferecidos. Nesse sentido, realizou-se visitas ao CEPOI, construindo um inventário de mobiliário e material de secretaria necessários, realizou-se a compra para possibilitar um ambiente acolhedor e adequado aos grupos breves de base psicanalítica e à ambiência. Essa estratégia, de avaliar as configurações atuais e adaptar, conforme necessário, a infraestrutura física e/ou equipamentos (por exemplo, alterar o layout de uma sala, adicionar equipamentos) para melhor acomodar a inovação desejada foi outra das estratégias utilizadas na implementação para produzir a sustentabilidade da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência.

Alterar sistemas de registro

Essa estratégia é definida como a alteração dos sistemas de registros para permitir uma melhor avaliação da implementação ou dos resultados clínicos (Powell et al. 2015). O NAPEV realizou, para isso a listagem dos encaminhamentos e a abertura de prontuário do grupo breve psicanalítico para cada ciclo, inserindo informações sobre frequência dos participantes, conteúdo dos atendimentos e observações pertinentes sobre os feedbacks dos atendidos. Estima-se que, para essa estratégia, foi investido 01:00 hora de discussão entre os terapeutas após cada encontro, 02:00 horas de escrita para o registro em prontuário de cada encontro do grupo e 01:00 de contato por semana com os serviços externos para discutir os encaminhamentos. Considerando que do 3º ao 7º ciclo foram 40 encontros, essa estratégia totalizou 160 horas investidas para promover a fidelidade no ambiente interno.

Os registros eletrônicos são indicados pela literatura como um facilitador acesso à informação e ao trabalho em equipe multidisciplinar (Manca, 2015). Ambos são fatores estruturantes para garantir a entrega da inovação aos atendidos, tendo suas características centrais mantidas. Isso porque o acesso à informação e a multidisciplinaridade possibilitam análises complexas do processo saúde-doença e, portanto, uma melhor articulação para a promoção de cuidado integral (Campos et al. 2010).

Do 5º ao 7º ciclo de atendimento analisados, identificamos que foi implementada a estratégia de alterar os sistemas de registros para permitir uma melhor avaliação da implementação ou dos resultados clínicos. Nesse período, a equipe sistematizou com maior frequência que anteriormente o preenchimento das listagens dos encaminhamentos, dos prontuários online, das informações sobre frequência dos participantes, dos conteúdos dos atendimentos e das observações pertinentes sobre a qualidade dos atendimentos. Esse registro sistemático e intencional foi realizado pelo serviço de armazenamento na nuvem do Google Drive, na modalidade fornecida pela Unicamp.

Alterar local do serviço

Essa estratégia é definida como a alteração da localização dos sítios de atendimento clínico, para aumentar o acesso. O NAPEV realizou essa ação articulando contato com o CEPOI para deslocamento dos grupos breves psicanalíticos no território para a Unicamp. Para isso, utilizou-se 05:00 por semana no 4º ciclo durante cinco meses, totalizando o investimento de 100 horas no ambiente interno para facilitar a sustentabilidade.

De acordo com Zimbroff et. al. (2019), a alteração do local do serviço é uma das mais importantes estratégias para garantir a sustentabilidade de uma inovação. Essa estratégia foi utilizada na fase de implementação, no 3º ciclo (jul.21) de atendimento dos grupos breves psicanalíticos, quando foram deslocados do território para o CEPOI (Centro Integrado de Pesquisas Oncohematológicas na Infância - Unicamp). Manter os atendimentos na Unicamp, por um lado, para ter alterado na taxa de acesso e adesão parcial nos grupos (dados que são discutidos em outro artigo que não compõe a presente tese). Elas indicam que, embora tenha ocorrido um número maior de encaminhamento, houve uma queda no número de pessoas que participaram em pelo menos um encontro. Por outro lado, aqueles que conseguiram chegar no CIPOI, tiveram uma maior adesão à proposta, frequentando quatro atendimentos ou mais. Ocorre que, se a população-alvo não chegar e não ficar nos atendimentos, a inovação fica insustentável. Por isso, a importância da estratégia sobre o determinante individual para promover a sustentabilidade como resultado da implementação.

Criar novas equipes clínicas

Essa estratégia é definida como a realização de mudanças na configuração da equipe clínica, adicionando diferentes disciplinas e habilidades para tornar mais provável que a inovação clínica seja entregue com sucesso (Powell et al. 2015). O NAPEV traduziu essa ação para a prática inserindo equipe multiprofissional para o atendimento nos grupos breves psicanalíticos e no espaço de ambiência. Os profissionais que compõe a equipe do NAPEV estão vinculados ao Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva (Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, etc.) e ao Projeto de Extensão Universitária (Medicina e Pedagogia).

Os terapeutas dos grupos breves psicanalíticos eram sempre uma dupla, composta por 2 Residentes Multiprofissionais: no 1º e 2º ciclo (Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional), no 3º e 4º (Enfermeiro e Terapeuta Ocupacional), no 5º, 6 e 7º (Psicóloga e Terapeuta Ocupacional). À equipe acrescenta-se 3 Mestrandas (Psicólogas), 1 Doutoranda (Psicóloga e Psicanalista), 1 Pós-Doutoranda (Psicóloga), 1 Graduando em Medicina, 1 Graduanda em Pedagogia e 1 Pedagoga. Eles atuam com ênfase no ambiente interno para garantir a fidelidade da implementação.

Durante o processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos, uma equipe clínica multidisciplinar assumiu a função de coordenação e atendimento dos adolescentes e das mulheres participantes. Nesse sentido, inserir equipe multiprofissional para o atendimento nos grupos e no espaço de ambiência foi uma estratégia significativa para garantir as características da inovação, no que tange a entrega da integralidade do cuidado e proteção para as pessoas expostas a violência. Esse trabalho multiprofissional é fundamental para garantir um cuidado ampliado e eficaz (Haward, 2008; Tripathy, 2003; Merién, et al., 2010; Campos, 1998; Heckert & Neves, 2007; Mello, 2009; Costa et al. 2017; Campos, 2012) e, assim, estarmos de acordo com as diretrizes nacionais do cuidado humanizado (Brasil, 2005, 2006, 2007)

Desenvolver e distribuir materiais educativos

Aqui se trata de duas estratégias. Elas são definidas como desenvolver e formatar manuais, kits de ferramentas e outros materiais de apoio de forma a tornar mais fácil para as partes interessadas aprender sobre a inovação e para os terapeutas aprenderem como entregar a inovação clínica. A distribuição por meio de materiais educativos (incluindo diretrizes, manuais e kits de ferramentas) pessoalmente, por correio ou eletronicamente, se trata de outra estratégia (Powell et al. 2015). O NAPEV utilizou de ambas para garantir as características da implementação e a configuração do ambiente interno, facilitando a fidelidade e a viabilidade.

Essa ação se concretizou por meio de um curso inicial (20 horas de estudo) que é ofertado a todos os novos terapeutas, cuja chegada ocorre anualmente. Esses materiais subsidiam cerca de 10 horas de discussão ao longo do ano. Nesse sentido, considerando o período que compreende do 1º ao 7ºciclo de atendimento, nos anos de 2021, 2022 e 2023, totalizou-se 90 horas investidas na estratégia de desenvolver materiais educativos e distribuí-los. É importante destacar que a discussão a respeito das funções e dos papéis dos membros do NAPEV é um assunto recorrente e em permanente evolução.

O investimento em materiais educativos não se destacou como uma estratégia para promoção de mudanças no contexto hospitalar (Melo et al. 2022). No contexto da intervenção em saúde (grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência e apoio matricial para serviços externos), os protocolos e manuais são ferramentas norteadoras do trabalho. Documentos norteadores tem uma função histórica de registro e de disponibilização de parâmetros que garantam o funcionamento essencial das práticas. Entretanto, é importante lembrar que a singularização do cuidado e das práticas de saúde não podem ser negligenciadas em detrimento do cumprimento dos protocolos, é necessário preservar a autonomia e os direitos de escolha dos atendidos para ampliar o cuidado (Costa, 2017; Melo et al. 2022; Campos, 2012; Brasil, 2006a, 2006b e 2007).

De acordo com a ciência da implementação, o aspecto da fidelidade deve ser preservado até o ponto em que a prática em saúde garante a eficácia esperada da inovação (Powell et al. 2015; Melo et al. 2022). Portanto, o desenvolvimento de materiais educativos que orientem e balizem as equipes em suas funções, possui um caráter muito mais orientador para viabilizar o cuidado do que prescritivo para garantir a fidelidade. Ao mesmo tempo, o aspecto da fidelidade foi preservado, o espaço coletivo e formativo dos terapeutas possibilitou a manutenção do enquadre dos grupos breves psicanalíticos (08 encontros semanais, entrada de novos participantes até o 2º encontro, duração de 1:30 para cada encontro, facilitação feita por duas terapeutas).

Fornecer supervisão clínica

Essa estratégia é definida como o fornecimento aos terapeutas de supervisão contínua, com foco na inovação, e treinamento de profissionais para que sejam capazes de supervisionar a inovação (Powell et al. 2015). O NAPEV desenvolveu essa ação por meio do fornecimento semanal de supervisão clínica para os terapeutas, com foco na qualificação do manejo dos grupos breves psicanalíticos. Tratou-se, então, de reuniões de 02:00 horas por semana, sendo que a cada ano houve 30 semanas letivas. Nesse sentido, do 1º ao 7º ciclo foram 3 anos, gerando, portanto, um investimento de 180 horas nessa estratégia para facilitar a fidelidade no âmbito das características da inovação.

A transição de resultados clínicos em saúde mental para ambientes comunitários pode acontecer com fidelidade desde que se considere algumas lições: a) o aspecto formativo é fundamental para produzir relações comunitárias e adaptar a inovação às necessidades dos terapeutas e dos atendidos, b) a supervisão clínica precisa compor os processos de trabalho e c) o espaço de supervisão torna viável o trabalho interdisciplinar comunicativo e reflexivo (Ordway et al. 2018). Nesse sentido, fornecer aos terapeutas supervisão semanal com foco contínuo no manejo dos grupos breves psicanalíticos foi uma estratégia utilizada na implementação para garantir os ajustes necessários à inovação, mas mínimos, considerando as necessidades dos terapeutas e dos atendidos. Portanto, a supervisão contínua com foco na inovação e o treinamento, por meio de supervisão clínica, possibilitou sucesso no aspecto de fidelidade sobre as características da inovação.

Estratégias sob medida

Essa estratégia é definida como a adaptação das estratégias de implementação para abordar as barreiras e alavancar os facilitadores que foram identificados por meio da coleta de dados anterior (Powell et al. 2015). Essa ação foi traduzida na implementação de estratégias sob medida ao longo do processo, para facilitar a adesão dos participantes nos grupos breves psicanalíticos.

Por exemplo, na fase do estudo piloto nos 1º e 2º ciclos, foram identificadas barreiras para o acesso e a adesão dos atendidos nos grupos. Então, a partir do 3º ciclo de atendimento, os terapeutas passaram a desempenhar cerca de 01:00 hora de entrevista em videochamada para os atendidos, antes do primeiro encontro. Nessa ação investiu-se até o 7º ciclo, cerca de 160 horas para gerar a aceitabilidade e sustentabilidade a nível do ambiente interno.

Entretanto, como a equipe de trabalho do NAPEV são profissionais que não tem dedicação exclusiva ao projeto, essas entrevistas foram feitas em horários de almoço ou finais de semana. Isso foi uma limitação para a estratégia de modo que não foi possível identificar efeitos positivos sobre a aceitabilidade da inovação por parte dos atendidos. É importante desatacar o cuidado dos terapeutas em não realizar o contato à noite com as mulheres, pois isso pode gerar conflitos familiares. Nesse sentido, para garantir a sustentabilidade da inovação, seria adequado o estabelecimento de uma equipe mínima com maior dedicação exclusiva de carga horária de trabalho no ambiente interno da implementação.

No 5º ciclo, considerando as dificuldades de adesão, principalmente dos adolescentes, outra estratégia sob medida foi feita: os terapeutas entregaram material gráfico (marca página) contendo o calendário dos encontros e uma frase acolhedora para estimular a adesão dos participantes. Essas estratégias vão ao encontro da concepção de que o investimento na formação de vínculos entre profissionais e atendidos faz parte do desafio da construção de um cuidado integral em saúde (Lima et al. 2013; Sousa et al. 2011; Campos, 2012).

Desenvolver acordos de compartilhamento de recursos

Essa estratégia é definida como o desenvolvimento de parcerias com organizações que tenham os recursos necessários para implementação a inovação (Powell et al. 2015). O NAPEV traduziu essa estratégia na articulação com os serviços externos para a entrega de passes de transporte coletivo com recursos financeiros municipais, por meio da Secretaria de Assistência Social. Cerca de 02:00 horas por semana para cada um dos oito encontros por ciclo foram empenhadas. Nesse sentido, a logística em torno da compra e entrega dos passes nos 1º e 3º ciclos e a distribuição

dos passes pela prefeitura a partir do 4º ciclo, investiu-se cerca de 192 horas ao todo. Com isso, a ênfase da estratégia foi o ambiente externo para facilitar a sustentabilidade da inovação.

Estudos indicam a relação entre o desenvolvimento de parcerias e o compartilhamento de recursos com os serviços externos com a promoção da institucionalização da inovação (Ament et al., 2017). Buscou-se estabelecer essa relação no processo de implementação, desde o início. Na fase piloto, por exemplo, realizou-se parcerias com os serviços locais para utilização da estrutura física (salas amplas para atendimento em grupo), principalmente, visando garantir o distanciamento social recomendado para o cumprimento das medidas de proteção contra a Covid-19. Igualmente, os serviços disponibilizaram cadeiras, Datashow, mesas, quadro branco, termômetro para mensuração da temperatura corporal, outra recomendação para prevenção da disseminação do Covid-19, etc. Em contrapartida, o serviço interno ofertou materiais para higienização (álcool líquido e em gel 70% e máscaras), além dos passes para transporte coletivo, papel, tinta, dentre outros materiais de papelaria.

Na fase de implementação houve uma mudança importante. O transporte coletivo passou a ser custeado pelo serviço de assistência social da proteção básica. Essa colaboração se tornou permanente do 4º ciclo em diante, até o presente momento. Por outro lado, com a instalação da inovação no CEPOI, o serviço interno passou a utilizar salas, cadeiras, mesas, dentre outros móveis próprios. Essa mudança foi significativa do ponto de vista da sustentabilidade, a medida em que reflete o avanço da institucionalização dos grupos breves psicanalíticos, agora com funcionamento permanente no CIPOI.

Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência

Fazer reuniões educativas

Essa estratégia é definida como a realização de reuniões direcionadas a diferentes grupos de partes interessadas (por exemplo, provedores, administradores, outras partes interessadas organizacionais e comunidade, paciente/consumidor e

familiares) para ensiná-los sobre a inovação clínica (Powell et al. 2015). Em 2021 foram promovidos 28 encontros de 1h e 30 cada, totalizando 42 horas investidas nesse espaço formativo. Em 2022, foram promovidos 27 encontros, com duração de 2h00 cada, totalizando 54 horas investidas junto aos trabalhadores da rede externa de serviços por meio da RASEV. Essa oferta de espaço coletivo de educação permanente, possibilitou discussão de casos e textos, sendo entregue certificado de participação emitido pela Unicamp aos participantes que tiverem 75% de frequência. Reuniões periódicas, direcionadas aos trabalhadores, para discutir aspectos pertinentes ao processo de inovação, para incentivar a articulação de rede e trabalho conjunto (colaborativo) entre o ambiente interno e externo da inovação, pode, portanto, garantir maior sustentabilidade da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência.

Fazer visitas educativas

Essa estratégia é definida como a promoção de reuniões entre pessoas treinadas com os provedores, no ambiente real, para educar sobre a inovação com a intensão de mudar a prática (Powell et al. 2015). Nesse sentido, a RASEV realizou reuniões periódicas com os trabalhadores da saúde e da assistência social para discutir aspectos do manejo e seguimento dos casos reais relacionados à exposição à violência. Em 2021 foram promovidos 28 encontros de 1h e 30 cada, totalizando 42 horas investidas nesse espaço formativo. Em 2022, foram promovidos 27 encontros, com duração de 2h00 cada, totalizando 54 horas investidas junto aos trabalhadores da rede externa de serviços por meio da RASEV, para facilitar a sustentabilidade.

Criar um aprendizado colaborativo

É definida como a facilitação da formação de grupos de provedores ou organizações provedoras e promover um ambiente de aprendizado colaborativo para melhorar a implementação da inovação clínica (Powell et al. 2015). A RASEV operacionalizou essa estratégia por meio do apoio Paidéia para promover a aprendizagem colaborativa entre os trabalhadores da saúde e assistência social

inseridos na RASEV. Em 2021 foram promovidos 28 encontros de 1h e 30 cada, totalizando 42 horas investidas nesse espaço formativo. Em 2022, foram promovidos 27 encontros, com duração de 2h00 cada, totalizando 54 horas investidas junto aos trabalhadores da rede externa de serviços por meio da RASEV, para facilitar a sustentabilidade.

Promover a articulação de rede

Essa estratégia é definida como a identificação e construção de relacionamentos e redes de trabalho de alta qualidade, existentes dentre e fora da organização, unidades organizacionais ou equipes etc. (Powell et al. 2015). A RASEV operacionalizou essa estratégia por meio da manutenção permanente da articulação entre o meio interno (NAPEV) e o externo (serviços da rede) por meio de espaços coletivos de discussão de caso e dos processos de trabalho. Então, a RASEV empenhou cerca de 04:00 semanais, o que significa que ao longo dos 7 ciclos (56 semanas) foi investido 224 horas no processo para facilitação da sustentabilidade.

Essas quatro estratégias, pode-se dizer, estão associadas à dimensão formativa da intervenção. Documentos governamentais já sinalizam a importância dos espaços coletivos de educação permanente para análise dos processos de trabalho e qualificação da atenção e cuidado em saúde e assistência social (Brasil, 2004a, 2004b, 2007, 2013). Os espaços de educação são associados à promoção da sustentabilidade à medida que possibilitam o comprometimento, o envolvimento e a responsabilização de trabalhadores e gestores com a implementação (Shin et al. 2023). Nesse sentido, a RASEV implementou uma série de estratégias que fortalecedoras dos espaços coletivos de aprendizagem, realizados periodicamente de forma colaborativa e intersetorial. O objetivo foi, por meio do apoio matricial, qualificar a articulação da rede, o manejo e seguimento dos casos relacionados a violência. Essas estratégias foram facilitadoras da sustentabilidade da intervenção no âmbito externo, nas fases de implementação e pós-implementação.

Desenvolver e distribuir materiais educativos

Essas duas estratégias, definidas por Powell e colaboradores (2015), já foram descritas acima. A RASEV operacionalizou-as desenvolvendo folder informativo sobre a tecnologia psicossocial, definindo o que é a RASEV, o NAPEV, o apoio matricial, os grupos terapêuticos, os critérios de participação, a duração dos encontros, etc. Esse material foi entregue nos serviços externos de forma presencial e online, por meio de Whatsapp e e-mail institucional.

No processo de implementação a RASEV utilizou dos espaços de formação e preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva para analisar barreiras e facilitadores no processo de alcance dos serviços externos e atendidos nos grupos breves psicanalíticos. Quanto maior o envolvimento e engajamento dos serviços externos no processo de identificação e encaminhamento do público-alvo maiores as chances de acesso e adesão dos atendidos nos grupos breves psicanalíticos. E foi nesse sentido que se realizou 36 encontros de duas horas cada para cada ano (2020, 2021 e 2022) com os profissionais em aprimoramento na residência, totalizando 216 horas investidas em preceptoria para análise e discussão de estratégias que viabilizassem o encaminhamento do público-alvo por meio dos serviços externos.

Desenvolver folders informativo sobre a tecnologia psicossocial, definindo o que é a RASEV, o NAPEV, o apoio matricial, os grupos terapêuticos, os critérios de participação, a duração dos encontros, foi uma importante ferramenta desse processo. Facilitando a compreensão dos encaminhadores a respeito do que seria a inovação e como acessá-la. Somou-se a esse esforço a participação semanal nas reuniões de equipe dos serviços externos, o envio de e-mails institucionais, a criação e gerenciamento de grupos de WhatsApp, envio de materiais impressos para gestores no intuito de disseminar informações sobre a inovação e assim, envolver todos os trabalhadores e gestores no esforço do encaminhamento para promoção do acesso e adesão dos participantes nos grupos breves psicanalíticos.

A adesão e penetração tem sido um dos grandes desafios para as pesquisas de implementação de consultas e visitas remotas no âmbito da saúde. Por exemplo, um estudo sobre mudanças nos sistemas de saúde identificou uma taxa de adesão

de 26% dos serviços à inovação. Dos profissionais dos serviços que utilizaram o dispositivo, houve uma taxa de penetração de 37% (Hanbury et al. 2023). Considerando que a RASEV lançou mão de tecnologias como WhatsApp, videoconferências, dentre outras, seria oportuno análises futuras sobre a adesão e penetração da inovação nos serviços externos, avaliando quantos serviços e profissionais de fato se envolveram no encaminhamento dos atendidos para os grupos breves psicanalíticos.

Considerações finais

Dada a complexidade da implementação de grupos breves psicanalíticos para adolescentes e mulheres expostos à violência, utilizou-se quatro pacotes que operaram múltiplas estratégias no âmbito interno e externo da intervenção, nas características da intervenção e nos processos para facilitar a aceitabilidade, adaptabilidade, viabilidade, sustentabilidade, fidelidade e penetração. O Grupo de Trabalho Psicanalítico dispôs de nove estratégias de implementação, cuja ênfase na pré e pós implementação foi a viabilidade e adaptabilidade. O Comitê Gestor da Pesquisa utilizou quatro estratégias de implementação, tomando como foco a facilitação da sustentabilidade na pré-implementação. A Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV) fomentou seis estratégias de implementação concentrando esforços na sustentabilidade na fase de implementação e pós-implementação. O Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV) empregou dez estratégias de implementação que operaram na facilitação, principalmente, da sustentabilidade e fidelidade da inovação.

Embora muitas estratégias tenham facilitado o processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, identificamos a necessidade de desenvolver e implementar ferramentas para monitoramento da qualidade do serviço. Infelizmente, há poucas ferramentas da ciência de implementação traduzidas e adaptadas para o Brasil. Mas, o esforço em realizar esse feito seria substancial para a utilização dessa estratégia de implementação.

Identificamos a necessidade de aprimoramento de estratégias definidas por Powell e colaboradores (2015), como o desenvolver e organização de sistemas de monitoramento de qualidade, obtendo e utilizando o feedback de pacientes/consumidores e familiares para mensurar a qualidade do cuidado ofertado, preservando o aspecto da fidelidade. Soma-se a esse aspecto do monitoramento a importância de utilização de técnicas de armazenamento de dados e de especialistas em dados para sistematizar informações que possam subsidiar a constante análise das barreiras e facilitadores, os determinantes, as estratégias e os resultados da implementação.

Referências

Alana Delaforce, Jed Duff, Judy Munday & Janet Hardy (2020) Preoperative Anemia and Iron Deficiency Screening, Evaluation and Management: Barrier Identification and Implementation Strategy Mapping, Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13: 1759-1770, DOI: 10.2147/JMDH.S282308

Ament, M. C., Gillissen, F., Moser, A., Maessen, M. C., & Dirksen, C. D. (2017). Factors associated with sustainability of 2 quality improvement programs after achieving early implementation success. A qualitative case study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23(6), 1135-1143. https://doi.org/10.1111/jep.12735

Andria Hanbury, Nyasha Mafirakureva, Nicola Chicken et al. Evaluating Change in a Degraded Healthcare System: A Cross-Sectional Study of Implementation Outcomes using Routine Data Indicators and Proxies., 24 March 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2646673/v1]

Borkovec, T. D. (2004). Research in training clinics and practice research networks: A route to the integration of science and practice. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 211–215.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde Brasília: MS; 2004.

_____. Ministério da Saúde. A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização. Projeto - PNH/2005- 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização. Projeto - PNH/2005- 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005."

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Universidade Federal Fluminense (UFF). Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Projeto de cooperação técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Universidade Federal Fluminense (UFF). Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Projeto de cooperação técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.: il. ISBN 978-85-334-2649-8

_____. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2007; 20 ago.

_____. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.

_____. Política Nacional de Educação Permanente do SUAS: PNEP/SUAS. 1. ed. Brasília: MDS, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistenciasocial-snas/livros/politica-nacional-de-educacao-permanente-do-suas-pnepsuas. Acesso em: 11 abr. 2018.

Brouwers MC, De Vito C, Bahirathan L, Carol A, Carroll JC, Cotterchio M, Dobbins M, Lent B, Levitt C, Lewis N, McGregor SE, Paszat L, Rand C, Wathen N: What implementation efforts increase cancer screening rates? a systematic review. Implement Sci. 2011, 6: 1-17. 10.1186/1748-5908-6-1.

Bumbarger, B. e Perkins, D. (2008), "Após ensaios randomizados: questões relacionadas à disseminação de intervenções baseadas em evidências", Journal of Children's Services, Vol. 3 Nº 2, pp. https://doi.org/10.1108/17466660200800012

Campos, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Publica, v.14, n.4, p.863-70, 1998.

Campos, R. O. Psicanálise & Saúde Coletiva: Interfaces. São Paulo: Hucited, 2012, 172 p

Campos, R. T. O., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. da. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Revista De Saúde Pública, 43, 16–22. https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S. et al. A conceptual framework for implementation fidelity. Implementation Sci 2, 40 (2007). https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40

Corazza, S. O que Deleuze quer da Educação? Rev. Educ., v.2, n.6, p.16-27, 2008.

Costa Val, Alexandre et al. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 27, n. 04 [Acessado 19 Outubro 2023], pp. 1287-1307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>. ISSN 1809-4481. https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022.

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M: Developing and evaluating complex interventions: new guidance. 2008, London: Medical Research Council, 1-39.

Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C: Projetos híbridos de implementação de eficácia: combinando elementos de eficácia clínica e pesquisa de implementação para aumentar o impacto na saúde pública. Cuidados médicos. 2012, 50: 217-226. 10.1097/MLR.0b013e3182408812.

Czosnek, L., Rosenbaum, S., Rankin, N. M., Zopf, E. M., Cormie, P., Herbert, B., & Richards, J. (2023). Implementation of physical activity interventions in a community-based youth mental healthcare service: A case study of context, strategies, and outcomes. Early Intervention in Psychiatry, 17(2), 212-222. https://doi.org/10.1111/eip.13324

Davies P, Walker AE, Grimshaw JM: A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. Implement Sci. 2010, 5: 1-6. 10.1186/1748-5908-5-1.

DeSisto, C.L., Estrich, C., Kroelinger, C.D. et al. Using a multi-state Learning Community as an implementation strategy for immediate postpartum long-acting reversible contraception. Implementation Sci 12, 138 (2017). https://doi.org/10.1186/s13012-017-0674-9

Drahota, A., Meza, RD, Brikho, B., Naaf, M., Estabillo, JA, Gomez, ED, Vejnoska, SF, Dufek, S., Stahmer, AC e Aarons, GA (2016), Comunidade-Acadêmica Parcerias: Uma Revisão Sistemática do Estado da Literatura e Recomendações para Pesquisas Futuras. The Milbank Quarterly, 94: 163-214. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12184

Duerme, R., Dorsinville, A., McIntosh-Beckles, N., & Wright-Woolcock, S. (2021). Rationale for the Design and Implementation of Interventions Addressing Institutional Racism at a Local Public Health Department. Ethnicity & Disease, 31(Suppl 1), 365-374. https://doi.org/10.18865/ed.31.S1.365

Fixsen, D.L., Blase, K.A. & Van Dyke, M.K. Mobilizing Communities for Implementing Evidence-Based Youth Violence Prevention Programming: A Commentary. Am J Community Psychol 48, 133–137 (2011). https://doi.org/10.1007/s10464-010-9410-1

Glisson C, Hemmelgarn A, Green P, Dukes D, Atkinson S, Williams NJ: Randomized trial of the availability, responsiveness, and continuity (ARC) organizational intervention with community-based mental health programs and clinicians serving youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012, 51: 780-787. 10.1016/j.jaac.2012.05.010.

Glisson C, Hemmelgarn A, Green P, Williams NJ: Randomized trial of the availability, responsiveness and continuity (ARC) organizational intervention for improving youth outcomes in community mental health programs. J Am Acad Child

Adolesc Psychiatry. 2013, 52: 493-500. 10.1016/j.jaac.2013.02.005.

Glisson C, Schoenwald S, Hemmelgarn A, Green P, Dukes D, Armstrong KS, Chapman JE: Randomized trial of MST and ARC in a two-level evidence-based treatment implementation strategy. J Consult Clin Psychol. 2010, 78: 537-550.

Grooten L, Fabbricotti IN, Devroey D, et alAssessment of the implementation fidelity of a strategy to scale up integrated care in five European regions: a multimethod studyBMJ Open 2020;10: e035002. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035002

Hawkins, P. (2017). Leadership team coaching: Developing collective transformational leadership. London, UK: Kogan Page Publishers.

Heckert, A.L.; Neves, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro, R.; Barros, M.E.B.; Mattos, R. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p.145-60.

Herbert, S. M., Heck, L. A., Vogel, A. N., Coley, K. C., Somma McGivney, M. A., Maher, R. L., & Carroll, J. C. (2022). Strategies for implementing the Appointment-Based Model at a rural independent chain of community pharmacies. Journal of the American Pharmacists Association, 62(1), 104-111.e2. https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.09.009

Hung, L., Mann, J., & Upreti, M. (2023). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Foster the Adoption of a New Dementia Education Game During the COVID-19 Pandemic. The Gerontologist, 63(3), 467-477. https://doi.org/10.1093/geront/gnac138

IOM (Institute of Medicine). *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*. Washington, DC: The National Academies Press, 2009.

Kilbourne AM, Neumann MS, Waxmonsky J, Bauer MS, Kim HM, Pincus HA, et al. Public-academic partnerships: evidence-based implementation: the role of sustained community-based practice and research partnerships. Psychiatr Serv. 2012;63(3):205–7.

Lawrence A Palinkas, Suzanne E Spear, Sapna J Mendon, Juan Villamar, Charles Reynolds, Costella D Green, Charlotte Olson, Audrey Adade, C Hendricks Brown, Conceituando e medindo a sustentabilidade de programas, políticas e práticas de prevenção, Medicina Comportamental Translacional, Volume 10, Edição 1, fevereiro de 2020, páginas 136–145, https://doi.org/10.1093/tbm/ibz170

Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. Journal of Psychiatric Research, 45(5), 626-629. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008

Lima, Ana Izabel Oliveira, Severo, Ana Kalliny, Andrade, Nathaly da Luz, Soares, Gabriela Pinheiro, & Silva, Larissa Melo da. (2013). O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. Temas em Psicologia, 21(1), 71-82. https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-05

Lin, X., Yuen, J. Y. E., Chan, W. Q. J., Divakar, T. G., Keong, N. C. H., Lee, L. C. H., Kumar, S., Tan, C. S., Soon, K. C. P., Chew, Y. P. A., Yazid, H. M., Saleh, F. J. M., Cai, F., Chai, F. C., Azwan, N. F. M., Faizal, N. M., Lou, S. C., Tan, S. S. P., Jarimin, C. M., Stanley, G. M., … Lum, E. (2023). Using the consolidated framework for implementation research to guide a pilot of implementing an

institution level patient informed consent process for clinical research at an outpatient setting. Pilot and feasibility studies, 9(1), 6. https://doi.org/10.1186/s40814-023-01234-0

Lynch, L., & Happell, B. (2008). Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. International Journal of Mental Health Nursing, 17(1), 65-72. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00512.x

Magnabosco JL. Innovations in mental health services implementation: A report on state-level data from the U.S. evidence-based practices project. *Implementation Science.* 2006;1(13)

Manca D. P. (2015). Do electronic medical records improve quality of care? Yes. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 61(10), 846–851.

Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

Mello, V. Estratégias de Humanização do cuidado em Saúde Mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

Melo, L. S. W. de., Estevão, T. M., Chaves, J. S. de C., Vieira, J. M. S., Siqueira, M. de M., Alcoforado, I. L. G., Vidal, C. F. de L., & Lacerda, H. R. (2022). Fatores de sucesso em colaborativa para redução de infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva no Nordeste do Brasil. Revista Brasileira De Terapia Intensiva, 34(3), 327–334. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220070-pt

Michaelsen, L. K., Watson, W. E., and Black, R. H. (1989). A realistic test of individual versus group consensus decision making. J. Appl. Psychol. 74 (5), 834–839. doi:10.1037/0021-9010.74.5.834

Michie S, Fixsen DL, Grimshaw JM, Eccles MP: Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. Implement Sci. 2009, 4: 1-6. 10.1186/1748-5908-4-1.

Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE: A taxonomia da técnica de mudança de comportamento (v1) de 93 técnicas hierarquicamente agrupadas: construindo um consenso internacional para o relato de comportamento mudar as intervenções. Ann Behav Med. 2013, 46: 81-95. 10.1007/s12160-013-9486-6.

Moore, J. L., Bø, E., Erichsen, A., Rosseland, I., Halvorsen, J., Bratlie, H., Hornby, T. G., & Nordvik, J. E. (2021). Development and Results of an Implementation Plan for High-Intensity Gait Training. Journal of neurologic physical therapy: JNPT, 45(4), 282–291. https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000364

Nathan, N., Powell, B. J., Shelton, R. C., Laur, C. V., Wolfenden, L., Hailemariam, M., Yoong, S. L., Sutherland, R., Kingsland, M., Waltz, T. J., & Hall, A. (2022). Do the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) strategies adequately address sustainment? Frontiers in Health Services, 2, 905909. https://doi.org/10.3389/frhs.2022.905909

Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LT de L e S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saúde debate [Internet].

2017Mar;41(spe):71–83. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07

Ordway, M. R., McMahon, T. J., Las Heras Kuhn, L. D., & Suchman, N. E. (2018). IMPLEMENTATION OF AN EVIDENCED-BASED PARENTING PROGRAM IN A COMMUNITY MENTAL HEALTH SETTING. Infant Mental Health Journal, 39(1), 92-105. https://doi.org/10.1002/imhj.21691

Pearson, N., Naylor, PJ., Ashe, M.C. et al. Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. Pilot Feasibility Stud 6, 167 (2020). https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w

Pellecchia, M, Mandell, DS, Nuske, H, et al. Community–academic partnerships in implementation research. J Community Psychol. 2018; 46: 941–952. https://doi.org/10.1002/jcop.21981

Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., Glass, J. E., & York, J. L. (2012). A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health. *Medical Care Research and Review: MCRR*, *69*(2), 123. https://doi.org/10.1177/1077558711430690

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation science: IS*, *10*, 21. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1

Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A. et al. Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. Implementation Sci 10, 88 (2015). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0274-5

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and policy in mental health, 38(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Proctor, E.K., Powell, B.J. & McMillen, J.C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Sci* **8**, 139 (2013). https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139

Qu, H., Shewchuk, R., Hu, X., Baumann, A. A., Martin, M. Y., Pisu, M., Oster, R. A., & Rogers, L. Q. (2020). Input from multiple stakeholder levels prioritizes targets for improving implementation of an exercise intervention for rural women cancer survivors. Implementation science communications, 1(1), 97. https://doi.org/10.1186/s43058-020-00061-1

Rogal, S. S., Yakovchenko, V., Waltz, T. J., Powell, B. J., Kirchner, J. E., Proctor, E. K., Gonzalez, R., Park, A., Ross, D., Morgan, T. R., Chartier, M., & Chinman, M. J. (2017). The association between implementation strategy use and the uptake of hepatitis C treatment in a national sample. Implementation Science: IS, 12. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0588-6

Shin, M. H., Montano, A. L., Adjognon, O. L., Harvey, K. L. L., Solimeo, S. L., & Sullivan, J. L. (2023). Identification of Implementation Strategies Using the CFIR-ERIC Matching Tool to Mitigate Barriers in a Primary Care Model for Older

Veterans. The Gerontologist, 63(3), 439–450. https://doi.org/10.1093/geront/gnac157

Silva, A.A., Lopes, G.P.D., Claro, H.G. *et al.* Collective Health in Brazil and Implementation Science: Challenges and Potentialities. *Glob Implement Res Appl* (2023). https://doi.org/10.1007/s43477-023-00095-2

Silva, Alice Andrade et al. Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-52, abr. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2023. http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p73-91.

Sousa, F. S. P. de., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Barros, M. M. M. de., Quinderé, P. H. D., & Gondim, L. G. F. (2011). Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. Physis: Revista De Saúde Coletiva, 21(4), 1579–1599. https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400021

Sprague Martinez, L., Davoust, M., Rajabiun, S. et al. “Part of getting to where we are is because we have been open to change” integrating community health workers on care teams at ten Ryan White HIV/AIDS program recipient sites. BMC Public Health 21, 922 (2021). https://doi.org/10.1186/s12889-021-10943-1

Sprague Martinez, L., Rapkin, B. D., Young, A., Freisthler, B., Glasgow, L., Hunt, T., Salsberry, P. J., Oga, E. A., Bennet-Fallin, A., Plouck, T. J., Drainoni, M., Freeman, P. R., Surratt, H., Gulley, J., Hamilton, G. A., Bowman, P., Roeber, C. A., El-Bassel, N., & Battaglia, T. (2020). Community engagement to implement evidence-based practices in the HEALing community’s study. Drug and Alcohol Dependence, 217, 108326. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108326

Stetler CB, McQueen L, Demakis J, Mittman BS. An organizational framework and strategic implementation for systems-level change to enhance research-based practice: QUERI series. *Implementation Science.* 2008;3(30)

Stoner, C. R., Chandra, M., Bertrand, E., Du, B., Durgante, H., Klaptocz, J., Krishna, M., Lakshminarayanan, M., Mkenda, S., Mograbi, D. C., Orrell, M., Paddick, S. M., Vaitheswaran, S., & Spector, A. (2020). A New Approach for Developing ""Implementation Plans"" for Cognitive Stimulation Therapy (CST) in Low and Middle-Income Countries: Results From the CST-International Study. Frontiers in public health, 8, 342. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00342

Streater, A., Spector, A., Aguirre, E. et al. ImpRess: an Implementation Readiness checklist developed using a systematic review of randomised controlled trials assessing cognitive stimulation for dementia. BMC Med Res Methodol 16, 167 (2016). https://doi.org/10.1186/s12874-016-0268-2

Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4), 821–828. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002

Tripathy, D. (2003). Multidisciplinary care for breast cancer: barriers and solutions. Breast J. 9 (1), 60–63. doi:10.1046/j.1524-4741.2003. 09118.x

Walsh-Bailey, C., Palazzo, L. G., Jones, S. M., Mettert, K. D., Powell, B. J., Wiltsey Stirman, S., Lyon, A. R., Rohde, P., & Lewis, C. C. (2021). A pilot study

comparing tools for tracking implementation strategies and treatment adaptations. Implementation Research and Practice. https://doi.org/10.1177/26334895211016028

9. DISCUSSÃO

Prevenir e promover cuidado e proteção na exposição à violência exige intervenções sistêmicas e dinâmicas. Há parâmetros que veem sendo afirmados como consenso global (284,285,286) para abordar a violência em toda sua complexidade. A OMS (27,287), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (241,287) e inúmeras literaturas nacionais e internacionais (289,290,291,292,293,294,295,296) reconhecem a violência como fenômeno multideterminado e, portanto, objeto de investimento intersetorial, multidisciplinar e multiprofissional.

Essas organizações reconhecem as sérias repercussões psicossociais, econômicas e culturais associadas à violência e sugerem linhas de atuação para que ações de prevenção e combate sejam feitas, mas especialmente, considerando públicos prioritários: crianças, adolescentes e mulheres (199,259,249). E são inúmeros os esforços que se desdobram para criar estratégias de prevenção e promoção do cuidado e proteção para esse público (290,291,294,295,325,326). Eles têm em comum a dificuldade em fornecer evidências de efetividade, e clareza na descrição dos determinantes e estratégias de implementação, para facilitar a disseminação, generalização e escalabilidade das inovações (287).

Nesse sentido, a ciência de implementação tem muito a contribuir. Ela possibilita a compreensão não apenas da efetividade clínica de uma intervenção quanto a um contexto ou público-alvo, mas possibilita o entendimento de como os determinantes e as estratégias podem interferir nos resultados do processo de implementação (482,**Erro! Indicador não definido.**,530). Isso facilita a generalização e escalabilidade de uma inovação, a medida em que aponta as principais barreiras e facilitadores, para que cada gestor, trabalhador e implementador selecione estratégias compatíveis com a realidade local, considerando os recursos materiais, interesses políticos, dinâmicas relacionais e afetivas, rede de serviços, dentre outras características singulares ao território (441,447).

Existem limitações para a aplicação de frameworks na ciência da implementação e a exigência de adaptação ao contexto (407). Eles foram criados e utilizados em países ricos e desenvolvidos (438,439). A subjetividade anglo-saxônica,

por exemplo, não se compara às histórias, valores, afetos e hábitos de sociabilidade latino-americanos (441). Além do mais, as condições dos países anglo-saxões são bem diferentes da realidade da América Latina, marcada por desigualdades sociais. Essas diferenças afetam as formas dos sistemas de saúde em termos de modelos, funcionamento e regulação (442,443,444,445). A instabilidade institucional, das gestões e na administração da saúde prejudicam a sustentabilidade das pesquisas baseadas na ciência da implementação.

Diante do exposto, o estudo do processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência em questão, como parte do projeto matriz, realizou uma revisão narrativa sobre os modelos, teorias e estruturas no campo das pesquisas de implementação; descreveu o projeto de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência, conforme planejado, destacando os desfechos esperados; e analisou o processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência por meio dos documentos (atas, relatórios, anotações), descrevendo identificando as principais dificuldades e as respectivas estratégias que possibilitaram implementar a inovação.

Diante da crescente base de evidências da efetividade da psicanálise no cuidado e proteção para pessoas expostas à violência, se pode destacar alguns benefícios e as dificuldades dessa tecnologia psicossocial. Ela tem como benefícios oferecer um espaço de acolhimento, escuta, elaboração e ressignificação das experiências traumáticas vivenciadas pelos participantes, além de contribuir para a construção de novas formas de subjetivação, socialização e sociabilidade. Essa tecnologia também pode ajudar a reduzir os índices de violência, melhorar a saúde mental, a qualidade de vida, a satisfação, a adesão e o vínculo dos participantes com os serviços públicos de atenção psicossocial (549,550,551,397).

As dificuldades dessa tecnologia psicossocial podem estar relacionadas aos desafios de implementação, avaliação e sustentabilidade de uma intervenção, que depende de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como de articulação entre diferentes setores e atores sociais (549,550,551,397). Além disso, essa tecnologia pode enfrentar resistências e preconceitos por parte dos próprios participantes, que podem ter dificuldade de reconhecer e admitir sua condição de exposição a violência, de se engajar em um processo reflexivo e de mudança de

comportamento, e de lidar com as emoções e conflitos que emergem no contexto grupal (549,550,551,397).

A dimensão técnica dos grupos breves psicanalíticos opera em consonância a um arcabouço de práticas mais amplas. Os grupos estão associados ao tratamento, a articulação e integração dos serviços intersetoriais, às ações de educação permanente, discussão e seguimento conjunto dos casos etc. É uma perspectiva clínico-institucional que entrelaça ao cuidado e proteção, a política, a organização institucional, a gestão e a subjetividade (552,553). Então, a tecnologia psicossocial é, antes de tudo, emergente de uma concepção ampliada de clínica.

A articulação dos grupos breves psicanalíticos com a rede de serviços públicos no território é um aspecto importante para a efetividade e a sustentabilidade da inovação (471,472). Isso já foi sinalizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, que já defendia o cuidado territorial em saúde mental realizado por enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentre outros atores da rede (554). Igualmente, a psicanálise de grupo pode favorecer o laço social, a participação cidadã e a transformação institucional, desde que esteja inserida em uma rede de atenção psicossocial integrada e intersetorial (397). Então, as ações do NAPEV e da RASEV estão entrelaçadas nessa tecnologia psicossocial. Enquanto um fomenta o tratamento, na relação direta com os atendidos nos grupos, o outro fomenta a integração e articulação da rede, na relação direta com os serviços externos.

Essa ênfase na rede de atenção psicossocial, composta por diversos serviços e equipamentos públicos que atuam de forma articulada e complementar para promover a saúde mental da população, é um diferencial na promoção do cuidado e proteção na exposição à violência, especialmente daquela população em situação de vulnerabilidade social e psíquica (554). Esses serviços incluem, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros. Junto a esses serviços externos, a RASEV lançou mão do apoio matricial para fomentar intersetorialidade, visando a integralidade do cuidado e a garantia dos direitos humanos, implicando os diversos atores envolvidos na rede em

uma gestão compartilhada, uma comunicação efetiva, uma cooperação mútua e uma responsabilização coletiva (470,471,472).

O processo de implementação foi caracterizado pelos pacotes de estratégias que o operacionalizou: GTPV, CGP, NAPEV e RASEV. Na pré-implementação, as estratégias do GTPV e do CGP estiveram predominantemente associadas à facilitação da viabilidade e sustentabilidade. O GTPV e o CGP investiram cerca de 1129 horas e 1300 horas, respectivamente.

A relação entre as estratégias dispostas pelo GTPV e CGP, como a busca por financiamento, avaliação das necessidades locais, as parcerias acadêmicas, as parcerias com os serviços externos, o envolvimento da gestão, possibilitou a sinergia para a fase de pré-implementação. Destacamos que a estratégia "acessar novos financiamentos" tendem a aumentar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção (492). Os recursos financeiros inspiraram confiança de que o provedor da intervenção tem autonomia para custear as despesas associadas a oferta dos grupos breves psicanalíticos, sem sobrecarregar os serviços externos. Nesse sentido, os recursos financeiros fortaleceram a perspectiva de que os grupos breves psicanalíticos são não apenas importantes, mas factíveis, complementando as linhas de cuidado e proteção já existentes para as pessoas expostas à violência.

Enquanto isso, na fase de implementação e pós-implementação, a RASEV e o NAPEV concentraram esforços para a sustentabilidade e fidelidade. A RASEV investiu 878 horas e o NAPEV 2111 horas, para possibilitar os 7º ciclos dos grupos breves psicanalíticos. Ao todo, o processo utilizou 29 estratégias de implementação.

No primeiro semestre de 2019, na etapa da pré-implementação, foi construído o Comitê Gestor da Pesquisa, que demonstrou ser uma estratégia para facilitar a *adoção,* no sentido de fomentar a decisão inicial, a intenção e a ação de serviços externos e internos para a implementação. Como serviços externos, compreendemos os Centros de Saúde (C.S.), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), os serviços de acolhimento institucional, dentre outros. Como serviços internos à implementação, compreendemos o NAPEV e a RASEV.

No segundo semestre de 2019, houve a realização dos grupos focais, que contaram com 60 participantes, que compartilharam a compreensão do que é violência, das vivências e das estratégias necessárias para enfrentá-las. Nessa fase, os recursos financeiros foram facilitadores para a *aceitabilidade,* pois por meio da realização de grupos focais narrativos com as partes interessadas foi possível compreender o quanto a tecnologia psicossocial proposta era aceitável e acessar as experiências e perspectivas dos público-alvo.

No primeiro semestre de 2020, realizamos a Oficina de Consenso com 35 participantes, onde estiveram representantes, sendo 08 trabalhadores da saúde, 10 da assistência social, 02 da educação, 01 mulher, 02 adolescentes e 01 homem atendidos pelos serviços, 07 pesquisadores, 2 professores convidados (FIOCRUZ e UNICAMP), 01 gestão do SISNOV e a coordenação do projeto. Nesse espaço ocorreu a discussão de três eixos, onde foi consenso a necessidade de: a) fluxo dos atendimentos: definir conceito de violência, capacitar os serviços externos, monitorar e rever os fluxos de encaminhamento a longo prazo, considerar a singularidade dos casos, realizar auditorias e feedback, discutir notificação, discutir SISNOV, definir responsabilidades dos gestores públicos, acolher os problemas da rede; b) capacitação: desnaturalizar a violência, ofertar espaços coletivos e sigilosos para escuta e cuidado frente aos casos para os trabalhadores, abordar o trabalho com as famílias, identificar e visibilizar pedidos de ajuda de crianças e adolescentes, preparar os trabalhadores para lidar com pessoas agredidas, ações territoriais e intersetoriais entre os serviços internos e externos, criar coletivos de mulheres contra masculinidade toxica, dentre outros; c) apoio às ações dos serviços: esforços conjuntos, espaço formativo permanente, escuta para os trabalhadores e formação de novas lideranças. Essa discussão foi fundamental para desenhar o primeiro fluxo de encaminhamento e dos atendimentos, discutir os critérios de inclusão e seleção dos atendidos para o novo serviço.

O impacto da crise sanitária do Covid-19 foi perceptível em 2020. Diante da pandemia, houve a interrupção das atividades presenciais a partir do 1º semestre de 2020. O Comitê Gestor da Pesquisa passou a se reunir por meio de plataforma de videoconferência gratuita. Nesse período, demos seguimento às pactuações. Buscou-se discutir com os serviços a construção do fluxo de encaminhamento, o perfil do

público exposto à violência no território, as dificuldades associadas a crise sanitária e o impacto dela nos processos de trabalho da saúde e assistência social.

No 1º semestre de 2021, houve a publicação de artigo em revista científica, capítulos de livro e a apresentação e publicação de trabalhos em eventos acadêmicos. No 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde o trabalho “Os Grupos focais hermenêuticos: resultados da pré-implementação de um núcleo de assistência psicanalítica para pessoas expostas à violência (NAPEV)” recebeu menção honrosa e o prêmio Hésio Cordeiro na categoria “alternativas de implementação”. Outros trabalhos foram publicados.

A partir do 2º Semestre de 2021, iniciou-se a fase de implementação. Inicialmente, criou-se RASEV como uma estratégia multifacetada de implementação, incluindo como componentes as seguintes estratégias: construir uma coalizão, fazer visitas educativas, criar um aprendizado colaborativo, desenvolver acordos de compartilhamento de recursos, intervir com os trabalhadores para aumentar a aceitação e adesão dos pacientes e promover a tecelagem de rede. Com isso, buscou-se facilitar a *penetração* ou o *alcance* da tecnologia psicossocial em processo.

Tradicionalmente, os ambulatórios podem funcionar como ilhas, o que dificulta o alcance das intervenções. Nesse momento, a RASEV foi composta por 24 serviços, ao todo eram 62 trabalhadores. Ela operou em quatro eixos: Amarais I e II, Estrela e Nascente de junho a novembro de 2021. Como resultados, garantiu-se o alcance em dois sentidos: a) a integração do serviço interno em implementação (NAPEV) com os serviços externos, para cogerir um sistema de agendamento e regulação de vagas para o atendimento de adolescentes e mulheres expostos à violência em grupos breves de base psicanalítica; b) a integração dos serviços externos entre si, para definir as unidades encaminhadoras, discutir como utilizar o formulário de encaminhamento online, discutir os casos da rede e ofertar, por meio do apoio matricial intersetorial, qualificar essa integração de rede e o seguimento conjunto dos casos.

Ainda no segundo semestre de 2021, as estatísticas indicavam o aumento da violência doméstica contra o público infanto-juvenil e as mulheres, em função das medidas de proteção contra a contaminação por Covid-19 (152 - 167). Nesse período, o rompimento do pacto civilizatório colocou em evidência como operam os

mecanismos de produção das desigualdades sociais em função de classe social, gênero, cor-raça e gênero (23). Os movimentos sociais se articularam em solidariedade ao sofrimento socioeconômico e psíquico da população e, nesse sentido, buscou estratégias para implementar os grupos, respeitando as medidas sanitárias contra a Covid-19.

Os profissionais em aprimoramento na Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva que compuseram as equipes do NAPEV e da RASEV, do 5º ao 7º grupo, realizaram visitas domiciliares como uma forma fortalecimento de vínculo e para entrega de passe de transporte coletivo. Do ponto de vista dos resultados da implementação essa estratégia facilitou o alcance dos grupos, possibilitando acesso e adesão. O compromisso com uma comunicação efetiva e responsabilização coletiva corrobora com os princípios da Reforma Psiquiátrica e pode ser expresso na visita domiciliar, compreendida como outra forma de abordar o sujeito em sofrimento psíquico e sua família (555,554).

10. CONCLUSÃO

Esse estudo disponibiliza à população brasileira uma tecnologia de apoio psicossocial efetiva, acessível e replicável em larga escala. Esse conjunto teórico-metodológico tem uma forte dimensão ética e pragmática, pois visa agir com responsabilidade, compromisso e respeito às demandas locais e ao mesmo tempo se interessa em disseminar boas práticas em saúde. Nesse sentido, a experiência dessa pesquisa colaborará com o crescimento e a consolidação das pesquisas de implementação na área das políticas públicas no Brasil, especialmente no âmbito da psicanálise e violência.

O trabalho com os grupos é uma solução que supera sua utilidade técnica de atender muitas pessoas e reduzir o tempo de espera em filas. Apostar em um setting terapêutico a partir dos grupos tem uma função clínica: restabelecer laços subjetivos e simbólicos em um território marcado pela fragmentação dos sentidos e negação de direitos. O que pode um grupo? Capaz de reorganizar e fortalecer as relações familiares e os vínculos dos usuários dos serviços públicos de saúde, assistência e educação com o território onde se vive, os grupos breves psicanalíticos é uma ferramenta afirmativa do potencial do coletivo na construção de sentido e elaboração do sofrimento.

Outro ponto a se destacar é que essa tese consiste em um documento base para a implementação de ações de enfrentamento da violência diante de novos eventos sanitários. Ela demonstrou que a pandemia da COVID-19 teve um significado profundo e uma memória histórica indelével no que diz respeito à violência. Que essa crise global de saúde exacerbou as tensões existentes e criou novas formas de violência, tanto física quanto psicológica.

O isolamento social, uma medida necessária para conter a propagação do vírus, resultou em um aumento alarmante da violência doméstica, à medida que as vítimas ficaram presas com seus agressores. A ansiedade e o medo gerados pela pandemia levaram a um aumento da violência autoinfligida. Além disso, a pandemia também intensificou a violência estrutural, à medida que as desigualdades socioeconômicas se aprofundaram. Aqueles em situações precárias foram

desproporcionalmente afetados, tanto pela doença quanto pelas consequências econômicas do bloqueio.

A memória histórica da pandemia será marcada por esses atos de violência. No entanto, também será lembrada pelas respostas resilientes e solidárias das comunidades. Será lembrada principalmente, pela necessidade de abordagens intersetoriais para lidar com a violência, unindo saúde, educação, justiça social e setores econômicos. E, nesse sentido, a tônica desse documento é que a pandemia da COVID-19 deixou uma marca indelével na história da violência, ressaltando a necessidade de abordagens abrangentes e colaborativas para sua prevenção e mitigação. Portanto, a memória coletiva dessa época será crucial para informar futuras respostas a crises de saúde pública e seus impactos sobre a violência.

Quanto a metodologia utilizada, realizar uma análise retrospectiva do processo de implementação dessa tecnologia psicossocial foi um desafio, a medida em que os registros históricos foram documentados fora dos padrões da ciência de implementação, o se justificou pela falta de instrumentos de monitoramento traduzidos para o português. Essa limitação impôs um esforço maior para recuperar a história do processo de implementação posteriormente à execução do projeto. Entretanto, nessa limitação residiu também uma potência do estudo, que demonstrou ser possível recuperar os acontecimentos substanciais do processo de implementação e analisá-los, mesmo que esse registro histórico não tenha sido estritamente planejado sob os parâmetros da ciência de implementação. Portanto, independentemente da qualidade de um planejamento, há elementos que inevitavelmente escaparão ao seu controle. Isso pode complicar a retenção de informações, no entanto, a narrativa pode ser restaurada por meio de entrevistas que estabeleçam um diálogo transparente com os participantes envolvidos na execução do projeto.

O documento agrega referências cruciais, servindo como norteadora para a inclusão de novos atores sociais, como administradores, sanitaristas, pesquisadores, etc. no domínio da ciência da implementação. Nesse sentido, o material apresentado é de grande importância, podendo ser um guia valioso para a orientação de projetos futuros, seja na saúde coletiva, na educação, na assistência social ou em outros setores fundamentais para a consolidação de políticas públicas. Acrescenta-se a isso,

o fato de estar disponível em português, o que aumenta sua acessibilidade e relevância para os falantes dessa língua.

Esse estudo abordou os determinantes, as estratégias e os resultados do processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos no CIPOI – Unicamp e da RASEV na articulação da rede. Se oferece nos resultados descrições precisas de atores, ações, doses, fase e desfecho na implementação. Isso pode contribuir para que, com base nessa análise da inovação, os grupos breves psicanalíticos sejam generalizados e escalonados para outros serviços que compõem a rede no território como nos CAPS, nos CRAS, nos CREAS, nas UBS, etc., de acordo com as demandas e as necessidades dos usuários e dos profissionais, não apenas em Campinas-SP mas em todo Brasil. Igualmente, o apoio matricial, parte substancial dessa tecnologia psicossocial, pode ser aplicada em reuniões, oficinas, capacitações, supervisões e outros espaços de discussão e planejamento com os trabalhadores e os gestores da rede, contribuindo com a análise e a intervenção nas questões institucionais, grupais e subjetivas associadas à violência que emergem no cotidiano do trabalho.

Atualmente, a tecnologia psicossocial para pessoas expostas à violência, por meio do NAPEV e da RASEV, consolidou parcerias, referências, contrarreferências e fluxos de encaminhamento entre os serviços da rede, facilitando o acesso, o acolhimento, o acompanhamento e a continuidade do cuidado dos usuários. Mas, uma sugestão para ações futuras, é que essas ações de prevenção, promoção e proteção da saúde mental aos expostos à violência sejam realizadas território, articulando-se com os movimentos sociais, as organizações comunitárias, as lideranças locais, os conselhos de direitos, as mídias etc.

É importante reconhecer que várias estratégias ajudaram no processo de implementação da tecnologia psicossocial para pessoas que sofreram violência, mas há a necessidade de criar e aplicar novas ferramentas para melhorar o acompanhamento da qualidade do serviço e possibilitar estimativas mais próximas da realidade dos atendimentos. Infelizmente, existem poucas ferramentas da ciência de implementação que foram traduzidas e adaptadas para o Brasil. No entanto, o esforço para isso seria essencial para aprimorar as estratégias de implementação.

Considerando o exposto, seria importante, adicionar ao projeto o que Powell e seus colegas (**Erro! Indicador não definido.**) chamaram de o desenvolvimento e a

organização de sistemas de monitoramento de qualidade, a obtenção e o uso do feedback de pacientes, consumidores e familiares, para medir a qualidade do cuidado prestado. Recomenda-se adicionar ao monitoramento da implementação da tecnologia psicossocial técnicas de armazenamento de dados e especialistas em dados, para organizar informações que possam apoiar a análise contínua dos obstáculos e facilitadores, dos fatores, das estratégias e dos resultados (**Erro! Indicador não definido.**).

REFERÊNCIAS

1. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, Kirchner JE (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. Implementation science. 2015; 10(21). Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1
2. Misse M. Crime e violência no brasil contemporâneo. Estudos de Sociologia do Crime e da Violência Urbana. 2006.
3. Sousa MLR. Violência (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.
4. Patias ND, Dell'Aglio DD. Prevalencia de exposición a violencia directa e indirecta: Un estudio con adolescentes de colegios públicos. Acta Colombiana de Psicología. 2017; 20(1):112–22.
5. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240004191
6. Brasil MS. Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Regulation. 2005.
7. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(suppl):1163–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=pt&tlng=pt
8. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

9. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, ciência, saúde – Manguinhos. nov. 1997/fev. 1998; 4(3): 513-31. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-218636
10. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. Available from: https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf
11. Arendt H. Origens do Totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo e totalitarismo Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
12. Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21. Originalmente publicado em 1929.
13. Freud S. Totem e tabu e outros trabalhos Civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Vol. 13. Originalmente publicado em 1913.
14. Freud S. Por que a guerra? Rio de Janeiro: Imago; 1996. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 23. Originalmente publicado em 1933.
15. Bonamigo IS. Violências e contemporaneidade. Revista Katálysis. 2008; 11(2):204–13.
16. Pellegrino H. Pacto edípico e pacto social (da gramática do desejo à sem-vergonhice brasílica). Folha São Paulo. 1983; 1–8.
17. Freud S. Obras Completas Vol. 15 - Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920 - 1923). 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2008. Available from: http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf
18. Birman J. O mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Psychê. 2007; p. 185–9.
19. Chaui M. Sobre a violência. Belo Horizonte: Autentica; 2021.
20. Costa JF. Violência e psicanálise. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
21. Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de

subjetivação. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2019.

22. Souza MLR. Violência. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
23. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. 2001; 1(2):91–102.
24. Oliveira ALM, Guidolin AP, Pellanda A, Sobral BLB, Amore CS, Gramkow C, et al. Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; 2018.
25. Brasil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal e dá outras providências. Brasília; 2016. p. 5–9.
26. Brasil. Decreto n. 10.003, de 4 de setembro de 2019. Altera o Decreto n. 9.579, de 22 de novembro de 2018, para dispor sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília; 2019. p. 7–9.
27. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-148
28. World health statistics annual 1996. Geneva: World Health Organization; 1998.
29. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. National Vital Statistics Reports. 2001; 49:1-87.
30. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. Tropical Medicine and International Health. 1999; 4:433-441.
31. Campbell NC *et al*. Review of 1198 cases of penetrating trauma. British Journal of Surgery. 1997; 84:1737-1740.
32. Phillips R. The economic cost of homicide to a South African city [Dissertation]. Cape Town: University of Cape Town; 1999.
33. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992-1996. South African Medical Journal. 1999; 89:407-410.
34. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. Medicine, Science and Law. 1997; 37:69-75.

35. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. West African Medical Journal. 1998; 17:236-268.
36. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1995; 29:666-670.
37. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965-94. Injury Prevention. 1998; 4:111-115.
38. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. Australian Journal of Public Health. 1995; 19:149-154.
39. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. International Journal for Consumer and Product Safety. 1999; 6:33-42.
40. Gofin R *et al*. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. Journal of Adolescent Health. 2000; 27:434-442.
41. Brasil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm
42. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO, 2015.
43. Arcoverde L. Brasil registra 722 feminicídios no 1º semestre de 2023, maior número registrado desde 2019 em série histórica. G1. 13 nov. 2023; Política.
44. Silva B. SP vê aumento de 33,7% em feminicídios no 1º semestre de 2023; Brasil tem 722 casos. CNN Brasil. 13 nov. 2023.
45. Machismo estrutural e falta de políticas continuam fazendo da violência de gênero uma realidade. UFJF Notícias. 25 nov. 2022; Campus e comunidade.

46. Serrão JF. Violência política de gênero é consequência do machismo estrutural, aponta analista. Revista Cenarium. 20 nov. 2023.
47. Alecio MR. O machismo estrutural e suas consequências para a sociedade. Jusbrasil. Jan. 2021.
48. Vieira AA, Ienke LRG, Miranda BW, Santiago BR, Pinto RIM. Desdobramentos do machismo estrutural na sociedade e manifestações de violência: uma análise dos relatos de usuárias atendidas pelo Serviço Social do NUMAPE/UEPG Londrina. IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. 2022.
49. Vigano SMM, LAFFIN MHLF. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. História. 2019; 38:e2019054.
50. Carneiro S. Mulheres em movimento. Estudos Avançados. 2003; 17(49):117–33.
51. Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. Psicologia: Ciência e Profissão. 2010; 30(3):556–71.
52. D'Andrea MAP. A exclusão das mulheres do contrato social: o direito como ferramenta de opressão. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2023.
53. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. Child abuse: medical diagnosis and management. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 467-516.
54. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. Child abuse: medical diagnosis and management, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 517-543.
55. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. Child Abuse & Neglect. 2000; 24:1543-1555.
56. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. Child Abuse & Neglect. 1993; 17:233-247.
57. Meadow R. Unnatural sudden infant death. Archives of Disease in Childhood. 1999; 80:7-14.

58. Koss MP et al. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
59. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. Violence and Victims. 1994; 9:63-77.
60. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. Social Science and Medicine. 2000; 51:1595-1610.
61. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners. Wellington: New Zealand Department of Justice and AGB McNair; 1995.
62. Granados SM. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. Nuevo León: Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población; 1996.
63. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
64. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Juristat Service Bulletin. 1994; 14:1-22.
65. O'Conner M. Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin: Women's Aid; 1995.
66. Nelson E, Zimmerman C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Phnom Penh: Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence; 1996.
67. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. Journal of Interpersonal Violence. 1997; 12:99-125.

68. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. The Gerontologist. 1988; 28:51-57.
69. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1992; 4:5-58.
70. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1992; 4:1-18.
71. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. British Medical Journal. 1992; 305:998-999.
72. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society. 1998; 46:885-888.
73. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. Social Science and Medicine (in press).
74. The international crime victim survey in countries in transition: national reports. Rome: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute; 1998.
75. Victims of crime in the developing world. Rome: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute; 1998.
76. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. Archives of Sexual Behavior. 1999; 28:265- 269.
77. Hakimi M et al. Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java. Yogyakarta: Gadjah Mada University; 2001.
78. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north London. London, Middlesex University, 1993.
79. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. Reproductive Health Matters. 1998; 6:57-65.
80. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. Domination et violences envers la femme dans le couple. Lausanne: Payot-Editions; 1997.
81. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. Violence Against Women. 1995; 1:6-31.

82. Morrison A et al. The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua. Washington: Inter-American Development Bank; 1997.
83. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and nonmarital rape. International Review of Victimology. 1998; 5:257-276.
84. Puerto Rico: encuesto de salud reproductiva 1995-1996. San Juan: University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
85. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population based study in a primary healthcare district. Scandinavian Journal of Public Health. 1999; 27:247-253.
86. Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland. Helsinki: Statistics Finland; 1998.
87. Haj Yahia MM. The incidence of wife abuse and battering and some demographic crorelates revealed in two national surveys in Palestinian society. Ramallah: Besir Centre for Research and Development; 1998.
88. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. Reproductive Health Matters. 1998; 6:66-75.
89. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999. Population Reports, Series L, n. 11.
90. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. International Family Planning Perspectives. 2000; 26:118-123.
91. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. Journal of the American Medical Association. 1999; 282:1967-1972.
92. Migration Information Programme. Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe. Geneva: International Organization for Migration; 1995.
93. Chauzy JP. Kyrgyz Republic: trafficking. Geneva: International Organization for Migration; 20 January 2001 (Press briefing notes).

94. Dinan K. Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan. New York: Human Rights Watch; 2000.
95. Richard AO. International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime. Washington: Center for the Study of Intelligence; 1999.
96. Brown L. Sex slaves: the trafficking of women in Asia. London: Virago Press; 2001.
97. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). International Psychogeriatrics. 1997; 9:291-307.
98. Lester D, Yang B. Suicide and homicide in the 20th century. Commack: Nova Science; 1998.
99. Girard C. Age, gender and suicide. American Sociological Review. 1993; 58:553-574.
100. Gururaj G et al. Suicide prevention: emerging from darkness. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2001.
101. Lester D. Patterns of suicide and homicide in the world. Commack, NY, Nova Science, 1996.
102. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. Medicine, Science and the Law. 1995; 35:319-326.
103. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide and LifeThreatening Behavior. 1995; 25:36-57.
104. Sivard RL. World military and social expenditures, 14th ed. Washington: World Priorities; 1991.
105. Sivard RL. World military and social expenditures, 16th ed. Washington: World Priorities; 1996.
106. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. British Medical Journal. 2000; 321:166-168.
107. Rummel RJ. Death by government: genocide and mass murder since 1900. New Brunswick/London: Transaction Publications; 1994.

108. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. War and public health. Oxford: Oxford University Press; 1997. p. 186-196.
109. Leaning J. Introduction. In: Leaning J et al., eds. Humanitarian crises: the medical and public health response. Cambridge: Harvard University Press; 1999. p. 1-11.
110. Ball P, Kobrak P, Spirer H. State violence in Guatemala, 1960-1996: a quantitative reflection Washington: American Academy for the Advancement of Science; 1999.
111. Roberts L et al. Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys. New York: International Rescue Committee; 2001.
112. International classification of diseases, ninth revision. Geneva: World Health Organization; 1978.
113. Turshen M, Twagiramariya C, eds. What women do in wartime: gender and conflict in Africa. London: Zed Books; 1998.
114. Stiglmayer A, ed. Mass rape: the war against women in Bosnia-Herzegovina. Lincoln: University of Nebraska Press; 1994.
115. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2007Oct;41(5):797–807. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014
116. Schraiber LB, d'Oliveira AFP, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2002Aug;36(4):470–7. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013
117. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2020 Jun; 25(6):2247–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602247&tlng=pt

118. World Health Organization. World report on violence and health. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2002.
119. Geneva Declaration Secretariat. Global burden of armed violence. Geneva; 2008.
120. Arguelhes DW, Pargendler M. Custos colaterais da violência no Brasil: rumo a um direito moldado pela insegurança?. Revista de Direito. 2013 Jan; 9(1). Available from: https://doi.org/10.1590/S1808-24322013000100010.
121. Kahn T. Os custos da violência: quanto se gasta ou deixa de ganhar por causa do crime no Estado de São Paulo. Revista São Paulo em Perspectiva. 1999 Oct; 13(4). Available from: https://doi.org/10.1590/S0102-88391999000400005.
122. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian com- parisons. Accident Analysis & Prevention. 1997; 29:329-41.
123. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. Chronic Disease Center.1999; 20:89-95.
124. Greaves L. Selected Estimates of the costs of violence against women. London/ Ontario: Centre for Research on Violence against Women and Children; 1995.
125. Departamento Nacional de Planeación. La Paz: el desafío para el desarrollo. Bogota: Tercer Mundo Editores; 1998.
126. Cruz JM, Romano LE. La violencia en El Salvador en los noventa: Magnitud, costos y factores posibilitadores. Washington: Inter-American Development Bank, Office of the Senior Economist; 1997.
127. IESA. La violencia en Venzuela: Dimensionamiento y políticas de control. Washington: Inter-American Development Bank, Office of the Senior Economist; 1997.
128. Londoño JL. Epidemiología económica de la violencia urbana. Trabajo presentado a la Asamblea del Banco Interamericano de Desarrollo, Cartagena de Indias, 14 de marzo de 1998.
129. Buvinic M, Morrison A. Violence as an obstacle to development. Washington: Inter-American Development Bank; 1999. p. 1-8.

130. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Revista de Saúde Pública. 2007 jun.; 41(3). Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021.
131. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(4). Avalaible from: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011.
132. Violência e saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007.
133. Day, VP et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2003 [citado 19 jan. 2023]; 25(suppl 1):9-21. Available from: https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003.
134. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4(1):7-23.
135. World Bank. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington: World Bank; 1993.
136. Lozano R. The Health Impact of Domestic Violence: Mexico City. In: Morrison, Biehl, eds. Too close to home: domestic violence in the Americas. Washington: Inter-American Development Bank; 1999.
137. Hennington EA, Meneghel SN. Violências: o olhar da saúde coletiva. Cadernos IHU Idéias. 2006; 4(51).
138. Sacramento LT, Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. Aletheia. 2006 Dez [citado 19 jan. 2023]; 24:95-104. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009&lng=pt
139. Barrucho L. Brasil: o novo epicentro da pandemia de coronavírus? BBC News Brasil. 20 mai. 2020.
140. Brasil. Painel Coronavírus. 22 jan. 2023. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/

141. Rosa A, Tadeu V. Brasil encerra 2021 com 412.880 mortes no ano por Covid-19. CNN Brasil. 01 jan. 2022.
142. Reuters. Epicentro do vírus, Brasil tem percentual de positivos 6 vezes acima do almejado. CNN Brasil. 12 mar. 2021.
143. Silva, DPM. A OMS, organismos internacionais e o Brasil. Confluências: Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito. 2020; 22(2):7-27. Disponível em: https://doi.org/10.22409/conflu.v22i2.43124
144. Centers for Disease Control and Prevention - 2020. Novel Coronavirus; 2019. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html
145. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde; 20520. Available from: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/plano-contingencia-coronavirus-preliminar.pdf.
146. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neil N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir, A et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery. 2020; 76:71-76. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034.
147. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. International Journal of Biological Sciences. 2020; 16(10):1732-1738. Available from: https://www.ijbs.com/v16p1732.htm.
148. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 78. Geneva: WHO; 2020. Available from: http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2
149. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the

evidence. The Lancet. 2020; 395(102227):912-920. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

150. Mahase E. Coronavirus: COVID-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality. The BMJ. 2020; 368:m641. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.m641
151. Peeri NC, Shrestha N, Rhaman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest mental health threats: what lessons have we learned? International Journal of Epidemiology. 2020; 0(0):1-10. Available from: https://doi.org/10/1093/ije/dyaa033
152. Douglas PK, Douglas DB, Douglas KM. Preparing for pandemic influenza ant its aftermath: mental health issues considered. International Journal of Emergency Mental Health. 2009; 11(3):137-144. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437844
153. Park S, Park YC. Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. Psychiatry Investigation. 2020; 17(2):85-86. Available from: https://doi.org/10.30773/pi.2020.0058
154. Stevenson E, Barrios L, Cordell R, Deloizier D, Gorman S, Koenig LJ et al. Pandemic influenza planning: addressing the needs of children. American Journal of Public Health. 2009; 99(2):255-260. Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2009.159970
155. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAS, Nunes JAVO, Saraiva JS, Souza RI et al. The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). Psychiatry Research. 2020; 287:e112915. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915
156. Ozili P, Arun T. Spillover of COVID-19: impact on the global economy. SSRN Preprints; 2020. Available from: https://doi.org/10.2139/ssrn.3562570
157. Ho C, Chee C, Ho R. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. Annals Academy Medical of Singapure.

2020; 49(3):1-3. Available from: http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043_HoCSH_2.pdf

158. Bajardi P, Poletto C, Ramasco JJ, Tizzoni M, Colizza V, Vespignani A. Human mobility networks, travel restrictions, and the global spread of 2009 H1N1 Pandemic. Plos One. 2011; 6(1):e16591. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016591
159. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19: second update Stockholm: ECDC; 2020. Available from: http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf
160. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(5):1729. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729
161. Pancani L, Marinucci M, Aureli N, Riva P. Forced social isolation and mental health: a study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. PsyArXiv Preprints; 2020. Available from: https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj
162. Limcaoco RSG, Mateos EM, Fernandez JM, Roncero C. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic: preliminary results. MedRxivPreprint; 2020. Available from: https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992
163. Lung FW, Lu YC, Chang YY et al. Mental Symptoms in Different Health Professionals During the SARS Attack: A Follow-up Study. Psychiatry Q. 2009; 80:107–16. Available from: https://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5
164. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia. 2020; 37:e200074. Available from: https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074

165. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19) Geneva: WHO; 2020. Available from: http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

166. Raude J, Debin M, Souty C, Guerrisi C, Turbelin C, Falchi A et al. Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection? PsyArXiv Preprints; 2020. Available from: https://doi.org/10.31234/osf.io/364qj

167. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio P, Capraro V, Cichocka A, Cikara M et al. Using social and behavioral science to support COVID-19 pandemic response. PsyArXiv Preprints; 2020. Available from: https://doi.org/10.31234/osf.io/y38m9

168. Weissman GE, Crane-Droesch A, Chivers C, ThaiBinh L, Hanish A, Levy MZ et al. Locally informed simulation to predict hospital capacity needs during the COVID-19 pandemic [Ahead of print]. Annals of Internal Medicine. 2020. Available from: https://doi.org/10.7326/M20-1260

169. Coronavirus Resource Center. Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) Baltimore: Johns Hopkins University; 2020. Available from: http://coronavirus.jhu.edu/map.html

170. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? The Lancet. 2020; 395: 1225-28. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9

171. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The Lancet. 2020; 7:300-2. Available from: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0

172. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. The Lancet. 2020; 395, 945-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X

173. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet. 2020; 7:e19. Available from: https://doi.org/01016/S2215-0366(20)30079-1

174. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently. The Lancet. 2020; 7(3), 228-9. Available from: https://doi.org/10/1016/S2215-0366(20)30046-8

175. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General Psychiatric. 2020; 33(2):e100213. Available from: https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

176. Menezes LMBR. O corpo doente: covid-19 e a crise do contrato social. Voluntas: Revista Internacional de Filosofia. 2020 Jul 3; 11:e9. Available from: https://periodicos.ufsm.br/voluntas/article/view/43726

177. Editorial OC. Vírus desnuda a fragilidade do contrato social. Times. 2022 Apr 3; 6–8.

178. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. Ciências e Saúde Coletiva. 2020; 25:2423–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&tlng=pt

179. Jubilut LL, Santos CS, Puccinelli SMM. COVID-19 como desastre a partir da perspectiva do Direito Humanitário. Revista de Direito. 2021 Oct 15; 13(03):01–28. Available from: https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/12630

180. Jubilut LL, Annoni D, Casagrand MM, Lopes RO, Yaghsisian AM, Kosiak ACC, et al. Direitos Humanos e COVID-19 – impactos em direitos e para grupos vulneráveis. São Paulo: Universidade Católica de Santos; 2020.

181. Pearson I, Butler N, Yelgezekova Z, Nihlén Å, Yordi Aguirre I, Quigg Z et al. Emerging responses implemented to prevent and respond to violence against women and children in WHO European member states during the COVID-19 pandemic: a scoping review of online media reports. BMJ Open. 2021 Apr 7;11 (4):e045872. Available from: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-045872

182. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al.

Covid-19 pandemic: Reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. Ciência e Saúde Coletiva. 2020; 25(9):3431–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903431&tlng=pt

183. Massó Guijarro E. Infancia y pandemia: crónica de una ausencia anunciada. Salud Colectiva. 2021 Apr 16; 17:e3303. Available from: http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3303
184. Ball CG. The Canadian-specific impact of COVID-19 on severe injuries from intentional violence, unintentional trauma and suicide-related causes. Canadian Journal of Surgery. 2021 Apr; 64(2):E228–9. Available from: http://www.canjsurg.ca/lookup/doi/10.1503/cjs.006321
185. Awungafac G, Mugamba S, Nalugoda F, Sjöland CF, Kigozi G, Rautiainen S, et al. Household food insecurity and its association with self-reported male perpetration of intimate partner violence: a survey of two districts in central and western Uganda. BMJ Open. 2021 Mar; 11(3):e045427. Available from: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-045427
186. Alonzo D, Popescu M, Zubaroglu Ioannides P. Impacto na saúde mental da pandemia de Covid-19 em pais em comunidades de alto risco e baixa renda. International Journal of Social Psychiatry. 2021. Available from: https://doi.org/10.1177/0020764021991896
187. Rothe J, Buse J, Uhlmann A, Bluschke A, Roessner V. Mudanças nas emoções e preocupações durante a pandemia de Covid-19: uma pesquisa online com crianças e adultos com e sem problemas de saúde mental. Psiquiatria Infantil e Adolescente Saúde Mental. 2021; 15(1):11. Available from: https://doi.org/10.1186/s13034-021-00363-9
188. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG et al. Examinando os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental familiar no Canadá: resultados de um estudo transversal nacional. BMJ Aberto. 2021. Available from: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871

189. Calvano C, Engelke L, Di Bella J, Kindermann J, Renneberg B, Winter SM. Famílias na pandemia de COVID-19: estresse dos pais, saúde mental dos pais e ocorrência de experiências adversas na infância - resultados de uma pesquisa representativa na Alemanha. European Child & Adolescent Psychiatry. 2021. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0

190. Thorell LB, Skoglund C, Peña AG et al. Experiências parentais de educação domiciliar durante a pandemia de COVID-19: diferenças entre sete países europeus e entre crianças com e sem problemas de saúde mental. European Child & Adolescent Psychiatry. 2021. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-020-01706-1

191. Machlin L, Gruhn MA, Miller AB et al. Preditores de violência familiar na Carolina do Norte após as ordens iniciais de permanência em casa do COVID-19. Abuso de crianças Negl. 2021. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105376

192. Fong V, Iarocci, G. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. Journal of Pediatric Psychology. 2020; 45(10):1124–1143. Available from: https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092

193. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. A tempestade perfeita: risco oculto de maus-tratos infantis durante a pandemia de Covid-19. Maltrato Infantil2021; 26(2):139–151. Available from: https://doi.org/10.1177/1077559520982066

194. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, Fasolo M. Estresse parental durante o surto de COVID-19: fatores de risco socioeconômicos e ambientais e implicações para a regulação emocional das crianças. Fam Processo. 2020. Available from: https://doi.org/10.1111/famp.12601

195. Wolf JP, Freisthler B, Chadwick C. Estresse, uso de álcool e paternidade punitiva durante a pandemia de COVID-19. Abuso de crianças Negl. 2021; 117:105090. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105090

196. Yamaoka Y, Hosozawa M, Sampei M et al. Comportamento parental abusivo e positivo no Japão durante a pandemia de COVID-19 sob o estado de

emergência. Abuso de crianças Negl. 2021; 120:105212. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105212

197. Hails KA, Petts RA, Hostutler CA et al. Aflição do COVID-19, parentalidade negativa e problemas de comportamento infantil: o papel moderador das experiências adversas da infância dos pais. Abuso de crianças Negl. 2021. Available from: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105450
198. Stewart SL, Vasudeva AS, Van Dyke JN, Poss JW. Necessidades de saúde mental infantil e juvenil e utilização de serviços durante a COVID-19. Traumatologia. 2022; 28(3):311–324. Available from: https://doi.org/10.1037/trm0000345
199. Calvano C, Engelke L, Holl-Etten AK et al. Almost 2 years into the COVID-19 pandemic: an update on parental stress, parent mental health, and the occurrence of child maltreatment. European Child & Adolescent Psychiatry. 2023. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-023-02147-2
200. Winter SM, Dittrich K, Dörr P et al. Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2022; 63(9):1027–1045.
201. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14(4):245–258. Available from: https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8
202. Jaffee SR. Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. Annual Review of Clinical Psychology. 2017; 13(1):525–551.
203. Ferrara AM, Kaye MP, Abram-Erby G., Gernon S, Perkins DF. Implementação dos visitantes domiciliares do Exército da programação militar de prevenção à violência familiar no contexto da pandemia de COVID-19. Casal e Psicologia Familiar: Pesquisa e Prática. 2022; 11(1):60-73. Available from: https://doi.org/10.1037/cfp0000193

204. Rao S. A natural disaster and intimate partner violence: evidence over time. Social Science & Medicine. 2020; 247:112804.
205. Thurston AM, Stöckl H, Ranganathan M. Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. BMJ Global Health. 2021; 6:e004377.
206. Schneider D, Harknett K, McLanahan S. Intimate partner violence in the great recession. Demography. 2016; 53:471–505.
207. Ojeahere MI, Kumswa SK, Adiukwu F et al. Intimate partner violence and its mental health implications amid COVID-19 lockdown: findings among Nigerian couples. **JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE.** 2021; 8862605211015213.
208. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M et al. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. Journal of Affective Disorders. 2020; 277:810–3.
209. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 78:S5–14.
210. Kiss L, Schraiber LB, Heise L et al. Gender based violence and socioeconomic inequalities; does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? Social Science & Medicine. 2012; 74:1172–9.
211. McCarthy KJ, Mehta R, Haberland NA. Gender, power and violence: a systematic review of measures and their association with male perpetration of IPV. PLoS One. 2018; 13:e0307091.
212. Bui HN, Morash M. Social capital, human capital, and reaching out for help with domestic violence: a case study of women in a Vietnamese-American community. Criminal Justice Studies. 2007; 20:375–90.
213. El-Nimr NA, Mamdouh HM, Ramadan A et al. Intimate partner violence among Arab women before and during the COVID-19 lockdown. Journal of the Egyptian Public Health Association. 2021; 96:15.
214. Parrott DJ, Halmos MB, Stappenbeck CA, Moino, K. Agressão do parceiro íntimo durante a pandemia de COVID-19: associações com estresse e consumo

excessivo de álcool. Psychology of Violence. 2022; 12(2):95–103. Available from: https://doi.org/10.1037/vio0000395

215. Davis M, Gilbar O, Padilla-Medina D. Intimate partnerviolence victimization and perpetration among US Adults duringCOVID-19: A Brief Report.medRxiv. 2020. Available from: https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125914
216. Sanz-Barbero B, Estévez-Garcia F, La Parra-Casado D, Lopez-Ossorio JJ, Vives-Cases C. Intimate partner violence complaints during COVID-19 lockdown in Spain: a cross-sectional and a case-control study. European Journal of Public Health. 2023; 33(3):536–542. Available from: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad014
217. Iverson K, Litwack S, Pineles S et al. Predictors of intimate partner violence revictimization: the relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. Journal of Traumatic Stress. 2013; 26:102–10.
218. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: nota técnica. 16 de abril de 2020 (acessado em: 28 de agosto de 2023). Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf
219. Cristoferi C, Fonte G. In Italy, support groups fear lockdown is silencing domestic abuse victims. Reuters. April 4, 2020 (cited 28 ago. 2023). Available from: https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-italy-violence-idUSKBN21M0PM
220. Taub A. A new covid-19 crisis: domestic abuse rises worldwise. The New York Times. April 6, 2020.
221. The Guardian. In quarantine with an abuser: surge in domestic violence reports linked to coronavirus. April 3, 2020.
222. Owen L. Coronavirus: five ways virus upheaval is hitting woman in Asia. BBC News, Asia. March 8, 2020.
223. Sagot M. The critical path of women affected by family violence in Latin America: case studies from 10 countries. Violence Against Women. 2005; 11:1292–318.

224. Usher K, Bhullar N, Durkin J et al. Family violence and COVID-19: increased vulnerability and reduced options for support. International Journal of Mental Health Nursing. 2020; 29:549–52.

225. Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P et al. A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. American Journal of Community Psychology. 2005; 36:71–84.

226. Espanha. Ministerio de Igualdad. Portal estadístico. In: Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género. 2021 (cited 10 jun. 2021). Available from: http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/

227. Stanziola JD, Araúz NM. Rigidez en las reglas del juego: respuesta con enfoque de género ante el covid-19 en América Latina y el Caribe. Polis: Revista Latinoamericana. 2023; 22(64). Avalilable from: Reyeshttps://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/1712

228. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda del desarrollo sostenible. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Enfrentar la violencia contra las mujeres y las niñas durante y después de la pandemia de COVID-19 requiere financiamiento, respuesta, prevención y recopilación de datos. Santiago; 2016. Available from: https://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible

229. Castaneda A, Ileana E, Diaz-Bernal Z. Desigualdad social y género. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 (cited 18 fev. 2023); 46(4):e1991. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400018&lng=es&nrm=iso

230. Kabeer N. Gender-aware policy and planning: a social-relations perspective. In: Macdonald M, ed. Gender planning in development agencies. meeting the challenge. Oxfam: Oxford; 1994.

231. Tello F. Institucionalidad de género y mecanismos de igualdad. España: UIM, Secretaría General Iberoamericana y ONU Mujeres.

232. Addressing violence against women and girls during and after the COVID-19 pandemic requires financing, responses, prevention and data compilation. 2020 Nov. Available from: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5c5ba2fd-e13a-4f6c-81ce-c9b051fac087/content
233. Acayaba C, Reis T. Mais de 500 mulheres são vítimas de agressão física a cada hora no Brasil, aponta Datafolha. G1. 2017 08 março. Disponível em: https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/mais-de-500-mulheres-sao-vitimas-de-agressao-fisica-a-cada-hora-no-brasil-aponta-datafolha.ghtml
234. Paulo PP. Uma em cada quatro mulheres foi vítima de algum tipo de violência na pandemia no Brasil, aponta pesquisa. G1. 2021 07 junho. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/06/07/1-em-cada-4-mulheres-foi-vitima-de-algum-tipo-de-violencia-na-pandemia-no-brasil-diz-datafolha.ghtml
235. Paulo PP, Acayaba C. Violência contra mulheres praticada por vizinhos cresce; uma em cada cinco relata agressão, diz Datafolha. G1. 2019 26 fevereiro. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/02/26/violencia-contra-mulheres-praticada-por-vizinhos-cresce-uma-em-cada-cinco-relata-agressao-diz-datafolha.ghtml
236. Barreira CM, Fonseca JAG. Violência doméstica na pandemia: dados pandêmicos #1 Politize. 2022 28 abril. Disponível em: https://www.politize.com.br/violencia-domestica-pandemia/
237. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: nota técnica. 2. ed. 29 de maio de 2020 (acessado em 28 de agosto de 2023). Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf
238. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: nota técnica. 3. ed. 24 de julho de 2020 (acessado em 28 de agosto de 2023). Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v3.pdf

239. Pesquisa Nacional de Vitimização. Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça, 2013.
240. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra mulheres em 2021. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf
241. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-1o-semestre-de-2022/
242. Bianchini A, Bazzo M, Chakian S. Crimes contra mulheres. 4 ed. São Paulo: JusPodivm; 2022.
243. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2022. 2022. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15
244. Zigoni C. Nota técnica: análise do orçamento das políticas públicas para as mulheres – 2019 a 2021. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2022/03/8-de-Marco_Orcamento.docx.pdf
245. Brasil. Decreto nº 10.906, de 20 de dezembro de 2021. Institui o Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio. Brasília; 2021. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2021/decreto/d10906.htm#:~:text=D10906&text=Institui%20o%20Plano%20Nacional%20de%20Enfrentamento%20ao%20Feminic%C3%ADdio.&text=Disposi%C3%A7%C3%B5es%20gerais,Art.,a%C3%A7%C3%B5es%20governamentais%20integradas%20e%20intersetoriais.
246. Brasil. Lei n° 14.330, de 4 de maio de 2022. Altera a Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018, para incluir o Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra a Mulher como instrumento de implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS). Brasília; 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14330.htm

247. Brasil. Lei n° 14.316, de 29 de março de 2022. Altera as Leis nºs 13.756, de 12 de dezembro de 2018, e 13.675, de 11 de junho de 2018, para destinar recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP) para ações de enfrentamento da violência contra a mulher. Brasília; 2022. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14316-29-marco-2022-92428-norma-pl.html

248. Brasil. Lei n° 14.232, de 28 de outubro de 2021. Institui a Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINFO). Brasília; 2021. Disponível em: https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.232-de-28-de-outubrode-2021-355729305

249. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciência e Saúde Coletiva. 2006; 11(suppl):1211–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500011&lng=pt&tlng=pt

250. Njaine K, Assis SG, Constantino P. Impactos da Violência na Saúde. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

251. Benetti SPC, Pizetta A, Schwartz CB, Hass RA, Melo VL. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. Psico-USF. 2010; 15(3):321–32.

252. Benetti SPC, Gama C, Vitolo M, Silva MB, D'Ávila A, Zavaschi ML. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. Psico. 2006; 37(3):279–86. Available from: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/14.pdf

253. Benetti SPC, Ramires VRR, Schneider AC, Rodrigues APG, Tremarin D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Cadernos de Saúde Pública. 2007 Jun; 23(6):1273–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600003&lng=pt&tlng=pt

254. Haynie DL, Petts RJ, Maimon D, Piquero AR. Exposure to Violence in Adolescence and Precocious Role Exits. Journal of Youth and Adolescence.

2009 Mar 17; 38(3):269–86. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s10964-008-9343-2

255. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(3):773–84.
256. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: homicídios e juventude no Brasil. 1st ed. Brasília; 2014.
257. Williams LCDA, D'Affonseca SM, Correia TA, Albuquerque PP. Efeitos a Longo Prazo de Vitimização na Escola. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2011; 4(2):187–99.
258. Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(1):119–25.
259. Silva ACLG, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: Uma revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014; 35(4):278–83.
260. Moraes Bandeira C, Hutz CS. Bullying: Prevalence, implications and gender differences. Psicologia Escolar e Educação. 2012; 16(1):35–44.
261. Fantinato AC, Cia F. Habilidades Sociais Educativas, Relacionamento Conjugal e Comportamento Infantil na Visão Paterna: Um Estudo Correlacional. Psico. 2015 Mar 17; 46(1):120. Available from: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17330
262. Maldonado DPA, Williams LCA. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. Psicologia em Estudo. 2005 Dec; 10(3):353–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

263. Sani AI, Cunha DMM. Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal TT - Parenting practices of womwn victims and not victims of domestic violence. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2011; 27(4):429–37.
264. Ho MY, Cheung FM. The Differential Effects of Forms and Settings of Exposure to Violence on Adolescents' Adjustment. Journal of Interpersonal Violence. 2010 Jul 14; 25(7):1309–37. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260509340548
265. Mrug S, Windle M. Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010 Mar 10; 51(8):953–61. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2010.02222.x
266. Almeida AA, Miranda OB, Lourenço LM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. Gerais. 2013; 6(2):298–311.
267. Membe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de execeção, política da morte. Pclbart PP, Chandcs RM, editors. São Paulo: n-1 edições; 2018.
268. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2017 Jun 6; 229–38. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895
269. Zizek S. Violência: seis reflexões laterais. 1st ed. Pereira T de MS, editor. São Paulo: Boitempo; 2014.
270. Han B-C. Sociedade do cansaço. Giachini TEP, editor. Petrópolis: Vozes; 2015.
271. Dunker CIL. A lógica do condomínio ou: o síndico e seus descontentes. Leitura Flutuante Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise. 2011.
272. Safatle V, Junior NS, Dunker C. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. 1st ed. São Paulo: Autentica; 2021.
273. Dunker C. O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode salvar vidas. Vol. 8, Planeta do Brasil. São Paulo: Planeta do Brasil; 2019.
274. Misse M. Violência: o que foi que aconteceu? Jornal do SINTURF. 2002; 17:529. Available from:

https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/ViolÃancia o que foi que aconteceu.pdf

275. World Health Organization. INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
276. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partiner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
277. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ. 2001; 323(7313):625–628. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625
278. Hegarty K, Glasziou P. Tackling domestic violence: is increasing referral enough? The Lancet. 2011 October 13. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61386-X/fulltext#articleInformation
279. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color. In: Fineman, MA, Mykitiuk R, eds. The public nature of private violence. Nova York: Routledge; 1994. p. 93-118.
280. Bilge S. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. Diogène. 2009; 1(225):70-88.
281. Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo Social. 2014 (Acessado em 18 de junho de 2023]; 26(1):61-73. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005
282. Tolentino Silva M, Freire Galvão T. Revisões sistemáticas de intervenções complexas em saúde pública: o exemplo da cultura de segurança do paciente. Boletim do Instituto de Saúde. 2016; 17(1):57–64. Disponível em: https://doi.org/10.52753/bis.2016.v17.35366
283. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised

controlled trial. Lancet. 2011; 378(9805):1788–1795. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3

284. Sohal AH, Feder G, Barbosa E et al. Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in primary care: protocol for a mixed method evaluation of the implementation of a complex intervention. BMC Public Health. 2018; 18:971. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-018-5865-z
285. Hooker L, Small R, Humphreys C et al. Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. Implementation Sci. 2015; 10:39. Available from:
286. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. The Cochrane database of systematic reviews. 2004(3):CD004335. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004335.pub2
287. World Health Organization. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44350
288. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. Brasília; 2023. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf
289. Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence – a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 3-21.
290. Foshee VA, Reyes ML, Wyckoff S. Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse. In: O'Leary D, Woodin E, eds. Psychological and physical aggression in couples: causes and interventions. Washington: American Psychological Association; 2009. p. 165-190.
291. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Bulletin of the World Health Organization. 2009; 87(5):353–361.

292. Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J. The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. Child Abuse & Neglect. 1995; 19:141–153.

293. Gibson LE, Leitemberg H. Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? Child Abuse & Neglect. 2000; 24:1115–1125.

294. Foshee VA et al. What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators. Journal of Adolescent Health. 2008; 42(6):596–604.

295. Smith PH, White JW, Holland LJ. A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. American Journal of Public Health. 2003; 93(7):1104–1109.

296. Wolfe DA et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine. 2009; 163(8):692–699.

297. Hooks B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. Rev Bras Ciênc Polít [Internet]. 2015 Jan; (16):193–210. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-335220151608

298. Rodrigues CS, Prado MAM. Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o Estado brasileiro. Psicologia e Sociedade [Internet]. 2010 Sep; 22(3):445–56. Available from: https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300005

299. Silva SBG. Feminismo Negro no Brasil: história, pautas e conquistas. Politize! 15 set. 2023.

300. Ignacio J. O que é interseccionalidade? Politize! 27 jun. 2023.

301. Stelzer J, Kyrillos GM. Inclusão da Interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos. Rev Direito Práx [Internet]. 2021 Jan; 12(1):237–62. Available from: https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/44747

302. Rios RR, Silva R da. Discriminação múltipla e discriminação interseccional: aportes do feminismo negro e do direito da antidiscriminação. Revista Brasileira

de Ciência Política [Internet]. 2015 Jan; (16):11–37. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-335220151602

303. Santiago F, Faria ALG. Feminismo negro e pensamento interseccional: contribuições para as pesquisas das culturas infantis. Educação & Sociedade. 2021; 42:e239933. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ES.239933
304. Moraes EL, Silva LIC. Feminismo negro e a interseccionalidade de gênero, raça e classe. Cadernos de Estudos Sociais e Políticos. 2017; 7(13). Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/32989
305. Leal HM. A interseccionalidade como base do feminismo negro. Caderno de Ética e Filosofia Política [Internet]. 21 de dezembro de 2021 [citado 24 de janeiro de 2024]; 39(2):21-32. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/193639
306. Jesus MAC, Acioli S, Silva MFB, Santos RGS. A interseccionalidade como categoria analítica na saúde com foco na enfermagem na Atenção Primária em Saúde: uma revisão integrativa de literatura. Contribuciones A Las Ciencias Sociales. 2023; 16(10):18773–18793. Disponível em: https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-004
307. Souza MF, Mariano SA, Ferreira LP. Tecendo fios entre interseccionalidade, agência e capacidades na teoria sociológica. Civitas: Revista de Ciências Sociais. 2021; 21(3):423-433. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/742/74269835008/html/
308. Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo social [Internet]. 2014 Jan; 26(1):61–73. Available from: https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005
309. Oliveira F, Bastos JL, Moretti-Pires RO. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2021; 37(11):e00042320. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00042320
310. Barbosa JPM, Lima RCD, Santos GBM, Lanna SD, Andrade MAC. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de

covid-19: diálogos e possibilidades. Saúde e sociedade [Internet]. 2021; 30(2):e200367. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200367

311. Pereira BCJ. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. Civitas: Revista de Ciências Sociais [Internet]. 2021 Sep; 21(3):445–54. Available from: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551
312. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO-ISPCAN; 2006.
313. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and services guidance (NICE clinical guideline 45). London: National Institute for Health and Clinical Exellence; February 2007.
314. Rojas G et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. Lancet. 2007; 370:1629-1637.
315. Meltzer H et al. Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders. Office for National Statistics. HMSO: London; 2003.
316. Skowron E, Reinemann DHS. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2005; 42(1):52–71. Available from: https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.52
317. Wolfe DA et al. The effects of children's exposure to domestic violence: a metaanalysis and critique. Clinical Child and Family Psychology Review. 2003; 6(3):171–187.
318. Lösel F, Beelmann A. Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. Annals of the American Academy of Political and Social Science. 2003; 587:84–109.
319. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. The Future of Children. 2009; 19(2):169–194.
320. Baldry AC. What about bullying? An experimental field study to understand students' attitudes towards bullying and victimization in Italian middle schools. British Journal of Educational Psychology. 2004; 74(Pt4):583-98. Available from:

www.ingentaconnect.com/search/article?title=bullying&title_type=tka&year_from=1997&year_to=2004&database=1&pageSize=20&index=44

321. Smith PK, Talamelli L, Cowie H, Naylor P, Chauhan P. Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. British Journal of Educational Psychology. 2004 Dec (cited 2005 September 9); 74:565-581. Available from: www.ingentaconnect.com/content/bpsoc/bjep/2004/00000074/00000004/art00005
322. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization.
323. Basile KC, Espelage D, Rivers I, McMahon PM, Simon T. The theoretical and empirical links between bullying behavior and male sexual violence perpetration. Aggression and Violent Behavior. 2009 (cited 2002 February 9); 14:336–347. Available from: 10.1016/j.avb.2009.06.001
324. Foshee VA et al. An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. American Journal of Public Health. 1998; 88(1):45–50.
325. Foshee VA et al. The Safe Dates program: 1-year follow-up results. American Journal of Public Health. 2000; 90(10):1619–1622.
326. Foshee VA et al. Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. American Journal of Public Health. 2004; 94(4):619–624.
327. Foshee VA et al. Assessing the effects of the dating violence prevention program “Safe Dates” using random coefficient regression modeling. Prevention Science. 2005; 6: 245–258.
328. Foshee VA et al. The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. American Journal of Preventive Medicine. 1996; 12(5):39–47.
329. Whitaker DJ et al. A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. Aggression and Violent Behavior. 2006; 11:151–166.

330. Adi Y et al. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: universal approaches (non-violence related outcomes). London, National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
331. Dusenbury L et al. Nine critical elements of promising violence prevention programs. Journal of School Health. 1997; 67:409–414.
332. Hahn RA et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2007; 33(2):S114–S129.
333. Morrison S et al. An evidence-based review of sexual assault preventive intervention programs. Department of Justice; 2004. Available at: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/207262.pdf
334. Anderson LA, Whiston SC. Sexual assault education programs: a meta-analytic examination of their effectiveness. Psychology of Women Quarterly. 2005; 29:374–388.
335. Schewe PA. Interventions to prevent sexual violence. In: Doll L et al., eds. Handbook of injury and violence prevention. New York: Springer; 2007. p.183–201
336. Fisher GJ. College student attitudes toward forcible date rape: changes after taking a human sexuality course. Journal of Sex Education and Therapy. 1986; 12:42–46.
337. Breitenbecher KH, Gidycz CA. Empirical evaluation of a program designed to reduce the risk of multiple sexual victimization. Journal of Interpersonal Violence. 1998; 13:472–488.
338. Breitenbecher KH, Scarce M. An evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program focusing on psychological barriers to resistance. Journal of Interpersonal Violence. 2001; 16:387–407.
339. Organização Mundial de Saúde. Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2012. p.55.

340. Lankester T. Setting up community health programmes: a practical manual for use in developing countries. London, Macmillan Press; 1992.
341. Morley L. All you need is love: feminist pedagogy for empowerment and emotional labour in the academy. International Journal of Inclusive Education. 1998; 2(1):15-27. Available from: DOI: 10.1080/1360311980020102
342. Welbourn A. Stepping Stones – list of surveys and reports to 2006 and some quotes from Stepping Stones users around the world. Some brief notes prepared for the UNAIDS pre-Think Tank Meeting on Evaluation Strategies for Prevention Interventions, Geneva; 2009. Available from: www.steppingstonesfeedback.org/resources/22/Welbourn_Quotes_UNAIDS_Presentation_2009.pdf
343. Jewkes R et al. Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. British Medical Journal. 2008; 337:383–387.
344. Paine K et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. African Journal of Aids Research. 2002; 1(1):39–40.
345. Bilukha O et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 2005; 28:11–39.
346. Eckenrode J. What works in nurse home visiting programs. In: Alexander G, Curtis PA, Kluger MP, eds. What works in child welfare. Washington: Child Welfare League of America; 2000. p. 35–43.
347. Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2010; 164(1):16–23.
348. Douglas M. Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 1998; 22:714–719.

349. Room R et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki/Geneva: Finnish Foundation for Alcohol Studies and World Health Organization, 2003.

350. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. Alcohol Research and Health. 2002; 26(I):22–34.

351. Markowitz S. The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. Southern Economic Journal. 2000; 67:279–303.

352. Stuart GL et al. Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. Journal of Interpersonal Violence. 2003; 18:1113–1131.

353. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. The Lancet. 2009; 373(9682):2234–2246.

354. Duailibi S et al. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. American Journal of Public Health. 2007; 97:2276–2280.

355. Anderson KL. Theorizing gender in intimate partner violence Research. Sex Roles. 2005; 52(11/12):853–865.

356. Mitra A, Singh P. Human Capital Attainment and Gender Empowerment: The Kerala Paradox*. Social Science Quarterly. 2007; 88(5):1227-1242. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2007.00500.x

357. Ilika AL. Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. African Journal of Reproductive Health. 2005, 9:77–88.

358. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. Social science & medicine. 2004; 59 (2004):2373-2385. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2004.04.001

359. Go VF et al. Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. Culture, Health and Sexuality. 2003; 5:393–408.

360. Adegoke TG, Oladeji D. Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. European Journal of Scientific Research. 2008; 20:265–273.

361. Liu M, Chan C. Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. Violence Against Women. 1999; 5:1469–1492.

362. Champion HL, Durant RH. Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. Minerva Pediatrics. 2001; 53:189–197.

363. Fox AM et al. In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. Violence Against Women. 2007; 13:583–602.

364. Petersen I, Bhana A, McKay M. Sexual violence and youth in South Africa: the need for communitybased prevention interventions. Child Abuse and Neglect. 2005; 29:1233–1248.

365. Hussain R, Khan A. Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. Health Care for Women International. 2008; 29:468–483.

366. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkwist A. The Nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. Reproductive Health Matters. 1997; 5(10):82–92.

367. Fabiano P et al. Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach. Journal of American College Health. 2003; 52:105–112.

368. Bruce S. The "A Man" campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault. The report on social norms. Working paper number 5. Little Falls (NJ): PaperClip Communications; 2002.

369. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Social Science and Medicine. 2005; 61(11):2434–2445.

370. Whitaker DJ, Baker CK, Arias I. Interventions to prevent intimate partner violence. In: Doll L et al., eds. Handbook of injury and violence prevention. New York: Springer; 2007. p. 203–223.
371. Katz J. The Macho paradox: why some men hurt women and how all men can help. Napierville: Sourcebooks; 2006.
372. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing genderbased inequity in health: evidence from programme interventions. Geneva: World Health Organization; 2007.
373. Solórzano I, Abaunza H, Molina C. Evaluación de impacto de la campaña contra las mujeres un desastre que los hombres si podemos evitar. Managua: Cantera; 2000.
374. Welsh P. Hacia una masculinidad sin violencia en las relaciones de pareja. Managua: CANTERA; 1997.
375. Corrêa OBR. Os Avatares da Transmissão Psíquica Geracional. 1st ed. São Paulo: Escuta; 2001.
376. Kaes R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: A transmissão do psiquismo entre gerações. São Paulo: Unimarco; 1998. p. 5–19.
377. Moro MR. Os ingredientes da parentalidade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2005 Jun; 8(2):258–73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000200258&lng=pt&tlng=pt
378. Durban J. Home, homelessness and nowhere-ness in early infancy. Journal of Child Psychotherapy. 2017 May 4; 43(2):175–91. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0075417X.2017.1327550
379. Broide J. Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias TT - Adolescence and violence: creating clinical devises on the convulsed territory of the city outskirts TT - Adolescencia y violencia: la creación de d. Revista Psicologia Política. 2010; 10(19):95–106. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

380. Onocko-Campos R. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018 Dec; 22(67):1091–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401091&tlng=pt
381. Miranda L, Campos RO. Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana. Estudos de Psicologia. 2012 Dec; 29(4):519–29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000400007&lng=pt&tlng=pt
382. Mello TCA, Brito RS. Efetividade do toque terapêutico no alívio de sintomatologia do paciente. Saúde (Santa Maria). 2015 Dec 18; 41(2). Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/14472
383. Fontoni MR. O Futuro da Psicanálise: uma busca por evidências? Winnicott e-Prints. 2015; 10(2). Available from: http://revistas.dwwe.com.br/index.php/We-Prints/article/view/174
384. Santeiro TV, Beatriz Silverio F, Waldemar Jose F. Clínica de Grupos de Inspiração Psicanalítica: teoria, prática e pesquisa. Londrina; 2021.
385. Castanho PCG. A psychoanalytical model for thinking and doing groups in various types of organizations. 2012. 339 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2012.
386. Parloff MB. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. American Journal of Psychiatry. 1982 Jun; 139(6):718–27. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.139.6.718
387. Onocko Campos R. Settings Winnicottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira? No prelo.

388. Dossiê Winnicott e o entendimento do humano na Psicanálise. Revista Cult. 2018 ago.; 21.
389. Loparic Z. Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise. Natureza Humana. 2001; 3(1):1–55.
390. Marino AS. A psicanálise nas políticas sociais públicas. Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica. 2020; 23(2):2–11. Available from: https://doi.org/10.1590/1809-44142020002002
391. Fernandes VA. Contribuições da ética da psicanálise à política pública de saúde. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2013.
392. Miller JA. Megera Modernidade. In: Miller JA. O sobrinho de Lacan. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
393. Lacan J. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010. O Seminário 2.
394. Lacan, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: Lacan, J. Escritos Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
395. Nicolau RF, Calazans R. O Mestre e o Psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2016; 16(4):1119-1137. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16nspe/n16a04.pdf
396. Hoyer, C. A função paterna na instituição: do individual ao coletivo. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.
397. Romanini M, Roso A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. Psicologia USP. 2012 Jul 5; 23(2):343–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200006&lng=pt&tlng=pt
398. Oliveira GP, Terzis A. Fertilização in vitro e o mito de Prometeu: estudo psicanalítico. Revista Pensamento Plural. 2011; 5(2):6.
399. Lacan J. Ato de fundação. Outros escritos (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

400. Figueiredo AC. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2002.

401. Kupfer MCM. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. Psicologia USP. 2000; 11(1): 85–105. Available from: https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100006

402. Forlenza Neto O. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. Revista Brasileira de Psicanálise. 2008 mar.; 42(1):82-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100009&lng=pt&nrm=iso

403. Brandt JA. Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. Revista SPAGESP. 2009 jun.; 10(1):40-45. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702009000100007&lng=pt&nrm=iso

404. Mendes APNF, Pereira C. Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos da violência sexual. Psicologia em Estudo. 2012; 17(1):121-130.

405. Kernberg O. A situação atual da psicanálise. Boletim de novidade Pulsional. Centro de Psicanálise. Libraria Pulsional. 1994 mar.; 59(VII).

406. Mezan R. Problemas de uma história da psicanálise. In: Birman J, org. Percurso na história da psicanálise. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre; 1988. p. 15-41.

407. Bercherie P. Géofraphie du Champ Psychanalytique. Paris: Navarin Editeur; 1988.

408. Alberti S. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: Albet S, Elia L., org. Clínica e Pesquisa em Psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2000. p. 37-55.

409. Landi EC, Chatelard DS. O lugar do analista e a ética do desejo. Tempo Psicanalítico. 2015 (acessado em 14 de agosto de 2023); 47(2):156-170. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200011&lng=pt&tlng=pt.

410. Rinaldi DL. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(2):315–323. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013
411. Devera D. Supervisão clínico-institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras. Assis; 2022. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/216439/devera_d_dr_assis_sub.pdf?sequence=5&isAllowed=y
412. Guerra AMC, Vieira e Souza P. Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. Psicología para América Latina. 2006 fev.;5. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100007&lng=pt&nrm=iso
413. Moretto MLT. O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si". 2006. 251p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2006.
414. Mendonça MCA. As intervenções nas residências terapêuticas: o que a psicanálise tem a dizer sobre essa clínica? Revista Estudos de Psicanálise. 2007 jul.; 30. Disponível em: http://www.cbp.org.br/rev3014.htm
415. Broide J. A Psicoterapia psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: a rua enquanto instituição das populações marginalizadas. Psicologia, Ciência e Profissão. 1992; 12(2):24–33. Available from: https://doi.org/10.1590/S1414-98931992000200005
416. Brito MMM. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. Psicologia, Ciência e Profissão. 2006 Jun; 26(2):320–7. Available from: https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200013

417. Guerra AMC. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. Psychê. 2005 (acessado em 19 de julho de 2023); 9(15): 139-154. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&tlng=pt.

418. Dias TBM, Chaves WC, Neto FK. Psicanálise e Assistência Social: O Sujeito entre a Demanda e o Desejo. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2017 (acessado em 19 de julho de 2023); 17(1): 238-258. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000100014&lng=pt&tlng=pt.

419. Barreto R, Ceccarelli PR. (2018). Considerações psicanalíticas sobre preconceito racial: um estudo de caso. Estudos de Psicanálise. 2018 (acessado em 19 de julho de 2023); (50):145-154. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000200016&lng=pt&tlng=pt

420. Lima VM. Psicanálise e homofobia: o infamiliar na sexuação. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2021; 24(2):397–420. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p397.9

421. Ferreira ES, Danziato LJB. A violência psicológica na mulher sob a luz da psicanálise: um estudo de caso. Cadernos de Psicanálise. 2019 (Acessado em 19 de julho de 2023); 41(40):149-168. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000100010&lng=pt&tlng=pt.

422. Muszkat S. Desamparo e violência de gênero: uma formulação. Ide. 2008 (acessado em 19 de julho de 2023); 31(47):125-132. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062008000200023&lng=pt&tlng=pt.

423. Caffé M. Psicanálise e violência social de gênero. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2022; 25(3):578–596. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n3p578.5

424. Cabral AFeGA, Sieiro AA. A lei do tráfico na horda brasileira: o Nome-do-Pai na criminalidade. Cadernos de Psicanálise. 2020 (acessado em 19 de julho de 2023); 42(43):35-56. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000200002&lng=pt&tlng=pt

425. Gomes MM, Aguiar F. Sobre sujeito do direito e sujeito da psicanálise. Cadernos de Psicanálise. 2018 (acessado em 19 de julho de 2023; 40(39):191-212. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000200010&lng=pt&tlng=pt

426. Kaës R et al. A instituição e as instituições (1987). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.

427. Baremblitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1998.

428. Bleger J. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires: Paidós; 1999.

429. Bleger J. Grupos operativos en la enseñanza en Temas de Psicología (Entrevista y Grupos). Buenos Aires: Nueva Visión; 1999.

430. Kaës R. Le travail psychanalytique dans les groups 2: les vois de l'élaboration. Paris: Dunod; 1982.

431. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008 [acesso em 14 de março de 2016]; 337:a1655. Disponível em: http://www.bmj.com/content/bmj/337/bmj.a1655.full.pdf

432. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. 2019; 19(1): 339. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y

433. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Um método para análise e co-gestão coletivos. 2000; 236.

434. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. Implementation Science. 2006; 1.

435. Fixsen DL, Blase KA, Van Dyke MK. Implementation practice & science. Chapel Hill: Active Implementation Research Network; 2019.

436. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? Psychiatry Research. 2020; 283:112376. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025

437. Bauer MS et al. An introduction to implementation science for the nonspecialist. BMC Psychology. 2015; 3(1):32. Available from: http:// dx.doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9

438. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implementation Science. 2015; 10:53. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0

439. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: a partial guide. WHO; 2013.

440. Stetler CB, Mittman BS, Francis J. Overview of the VA Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) and QUERI theme articles: QUERI Series. Implementation Science. 2008 Feb.; 3.

441. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM et al. Effectiveness implementation Hybrid Designs Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. Medical Care. 2012 Mar.; 50(3):217-226.

442. Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implement Science. 2013; 8:117.

443. Chambers DA, Norton WE. The adaptome: Advancing the science of intervention adaptation. American Journal of Preventive Medicine. 2016; 51:S124–S131. Available from: 10.1016/j.amepre.2016.05.011

444. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why Don’t We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness

Transition. American Journal of Public Health. 2003;93:1261–1267. Available from: 10.2105/AJPH.93.8.1261

445. Green LW. Public health asks of systems science: To advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? American Journal of Public Health. 2006; 96:406–409. Available from: 10.2105/AJPH.2005.066035
446. Wiltsey Stirman S, Miller CJ, Toder K, Calloway A. Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. Implementation Science. 2013; 8:65. Available from: 10.1186/1748-5908-8-65
447. Landes SJ, McBain SA, Curran GM. An introduction to effectiveness-implementation hybrid designs. Psychiatry Research. 2019 Oct; 280:112513. Available from: doi: 10.1016/j.psychres.2019.112513
448. Damschroder LJ. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research, Psychiatry Research. 2020; 283. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036
449. Silva AA, Onocko Campos RT. Revisão narrativa: modelos, estruturas e teorias do campo das pesquisas de implementação. Manuscrito não publicado.
450. Beidas RS, Paciotti B, Barg F, Branas AR, Brown JC, Glanz K et al. A hybrid effectiveness-implementation trial of an evidence-based exercise intervention for breast cancer survivors. JNCI Monographs. 2014; 338–345.
451. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 303(19):1921–1928. Available from: https://doi.org/10.1001/jama.2010.608
452. Brownson RC, Jacobs JA, Tabak RG, Hoehner CM, Stamatakis KA. Designing for dissemination among public health researchers: findings from a national survey in the United States. American Journal of Public Health. 2013; 103(9):1693–1699. Available from: https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301165

453. Baloh J, Curran GM, Timko C, Grant KM, Cucciare MA. Al-Anon Intensive Referral (AIR): a qualitative formative evaluation for implementation. Journal of Substance Abuse Treatment. 2022; 132. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108520.

454. Aarons GA, Sklar M, Mustanski B et al. "Scaling-out" evidence-based interventions to new populations or new health care delivery systems. Implementation Science. 2017; 12:111. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-017-0640-6

455. Cully JA, Armento ME, Mott J, Nadorff MR, Naik AD, Stanley, MA et al. Brief cognitive behavioral therapy in primary care: a hybrid type 2 patient-randomized effectiveness-implementation design. Implementation Science. 2012; IS(7):64. Available from: https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-64

456. Miller CJ, Smith SN, Pugatch M. Experimental and quasi-experimental designs in implementation research. Psychiatry Research. 2020; 283. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.027

457. Pitpitan EV, Semple SJ, Aarons GA, Palinkas LA, Chavarin CV, Mendoza DV et al. Factors associated with program effectiveness in the implementation of a sexual risk reduction intervention for female sex workers across Mexico: Results from a randomized trial. Plos One. 2018; 13:e0201954. Available from: 10.1371/journal.pone.0201954

458. Patterson TL, Semple SJ, Chavarin CV, Mendoza DV, Santos LE, Chaffin M et al. Implementation of an efficacious intervention for high risk women in Mexico: protocol for a multi-site randomized trial with a parallel study of organizational factors. Implement Science. 2012; 7:105.

459. Cully JA, Breland JY, Robertson S, Utech AE, Hundt N, Kunik ME et al. Behavioral health coaching for rural veterans with diabetes and depression: a patient randomized effectiveness implementation trial. BMC Health Services Research. 2014; 14:191.

460. Garner BR, Gotham HJ, Tueller SJ, Ball EL, Kaiser D, Stilen P et al. (2017). Testing the effectiveness of a motivational interviewing-based brief intervention

for substance use as an adjunct to usual care in community-based AIDS service organizations: study protocol for a multisite randomized controlled trial. Addiction Science & Clinical Practice. 2017; 12(1):31. Available from: https://doi.org/10.1186/s13722-017-0095-8

461. Garner BR, Zehner M, Roosa MR, Martino S, Gotham HJ, Ball EL, Stilen P et al. Testing the implementation and sustainment facilitation (ISF) strategy as an effective adjunct to the Addiction Technology Transfer Center (ATTC) strategy: study protocol for a cluster randomized trial. Addiction Science & Clinical Practice. 2017; 12(1):32. Available from: https://doi.org/10.1186/s13722-017-0096-7
462. Spoelstra SL, Schueller M, Sikorskii A. Testing an implementation strategy bundle on adoption and sustainability of evidence to optimize physical function in community-dwelling disabled and older adults in a Medicaid waiver: a multi-site pragmatic hybrid type III protocol. Implementation Science. 2019; 14:60.
463. Williams NJ, Beidas RS. Annual Research Review: The state of implementation science in child psychology and psychiatry: A review and suggestions to advance the field. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019; 60:430–450. Available from: 10.1111/jcpp.12960
464. Pintello D. Commentary: A pathway forward for implementation science in the search to accelerate the delivery of effective mental health treatment and services for youth: reflections on Williams and Beidas (2019). The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019; 60:451–454. Available from: 10.1111/jcpp.13037
465. Lewis CC, Klasnja P, Powell BJ, Lyon AR, Tuzzio L, Jones S et al. From classification to causality: Advancing understanding of mechanisms of change in implementation science. Frontiers in Public Health Services and Systems Research. 2018; 6:136. Available from: 10.3389/fpubh.2018.00136
466. Proctor EK, Chamber DA. Training in dissemination and implementation research: a field-wide perspective. Translational Behavioral Medicine. 2017; 7(3):624–635. Available from: https://doi.org/10.1007/s13142-016-0406-8

467. Curran GM. Implementation science made too simple: a teaching tool. Implementation Science Communications. 2020; 1:27. Available from: https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z

468. Lourencetti ALS, Saidel MGB, Treichel CA dos S, Presotto RF, Silva MC, Santos DS et al. Uso de Audit and Feedback: lições de uma pesquisa de implementação. Acta Paulista de Enfermagem. 2023; 36:eAPESPE02627. Available from: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE02627

469. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, Onocko-Campos RT. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. Saúde em Debate. 2019; 43(spe2):35–47. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S203

470. Luiz CCA, Silva AA, Leite VEP, Chavez LJE, Jandoso B, Colaco RF et al. Exposição à violência: desafios e recomendações para a articulação de redes na Atenção Primária à Saúde. In: Guedes F, Campos GWS, Terra LSV, Viana MMO, org. Nas entranhas da atenção primária à saúde: formação e prática. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2021. v. 19. p. 175-192.

471. Silva AA, Luiz CCA, Lopes GPD, Leal EM, Onocko Campos RT. Grupos focais hermenêuticos: resultados da pré-implementação de um núcleo de assistência psicanalítica para pessoas expostas a violência (NAPEV). 2021; 4. Disponível em: https://proceedings.science/cbppgs-2021/autores/alice-andrade-silva?lang=pt-br

472. Silva AA, Luiz CCA, Onocko-Campos RT, Leal EM, Lopes GPD, Dainezi JA. Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. Vínculo. 2021; 18(1):42-52. Disponível em: https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p73-91

473 Research Team-Center for Clinical Management Research. (2022). *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*, recuperado em 31 de outubro de 2022 em https://cfirguide.org/

474. Cole AM, Esplin A, Baldwin L. Adaptation of an Evidence-Based Colorectal Cancer Screening Program Using the Consolidated Framework for

Implementation Research. Preventing Chronic Disease. 2015; 12:150300. Available from: http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150300external icon

475. Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). Implementation Science. 2013; 8:51. Available from: https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51
476. Hunter SB, Han B, Slaughter ME et al. Associations between implementation characteristics and evidence-based practice sustainment: a study of the Adolescent Community Reinforcement Approach. Implementation Science. 2015; 10:173. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-015-0364-4
477. Lewis CC, Weiner BJ, Stanick C et al. Advancing implementation science through measure development and evaluation: a study protocol. Implementation Science. 2015; 10:102. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-015-0287-0
478. Kirk MA, Kelley C, Yankey N et al. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. Implementation Science. 2015; 11:72. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z
479. Ross J, Stevenson F, Lau R et al. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). Implementation Science. 2016; 11:146. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7
480. Clinton-McHarg T, Yoong SL, Tzelepis F et al. Psychometric properties of implementation measures for public health and community settings and mapping of constructs against the Consolidated Framework for Implementation Research: a systematic review. Implementation Science. 2016; 11:148. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-016-0512-5
481. McGovern MP, Saunders EC, Kim E. Substance abuse treatment implementation research. Journal of Substance Abuse Treatment. 2013; 44(1):1–3. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.09.006
482. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback.

Implementation Sci. 2022; 17:75. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

483. Brouwers MC, De Vito C, Bahirathan L, Carol A, Carroll JC, Cotterchio M, Dobbins M, Lent B, Levitt C, Lewis N, McGregor SE, Paszat L, Rand C, Wathen N. What implementation efforts increase cancer screening rates? a systematic review. Implement Sci. 2011; 6: 1-17. Available from: 10.1186/1748-5908-6-1
484. Michie S, Fixsen DL, Grimshaw JM, Eccles MP: Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. Implement Sci. 2009; 4: 1-6. 10.1186/1748-5908-4-1
485. Proctor, E.K., Powell, B.J. & McMillen, J.C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. Implementation Sci. 2013; 8(139). Available from: https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139
486. Davies P, Walker AE, Grimshaw JM: A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. Implement Sci. 2010; 5: 1-6. 10.1186/1748-5908-5-1
487. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE: A taxonomia da técnica de mudança de comportamento (v1) de 93 técnicas hierarquicamente agrupadas: construindo um consenso internacional para o relato de comportamento mudar as intervenções. Ann Behav Med. 2013; 46: 81-95. Available from:10.1007/s12160-013-9486-6.
488. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, Glass JE, York JL. A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health. Medical Care Research and Review. 2012; 69(2):123. Available from: https://doi.org/10.1177/1077558711430690
489. Glisson C, Hemmelgarn A, Green P, Dukes D, Atkinson S, Williams NJ. Randomized trial of the availability, responsiveness, and continuity (ARC) organizational intervention with community-based mental health programs and clinicians serving youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012; 51:780-787.

Available from: 10.1016/j.jaac.2012.05.010.

490. Glisson C, Hemmelgarn A, Green P, Williams NJ: Randomized trial of the availability, responsiveness and continuity (ARC) organizational intervention for improving youth outcomes in community mental health programs. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52:493-500. Available from: 10.1016/j.jaac.2013.02.005.
491. Glisson C, Schoenwald S, Hemmelgarn A, Green P, Dukes D, Armstrong KS, Chapman JE: Randomized trial of MST and ARC in a two-level evidence-based treatment implementation strategy. J Consult Clin Psychol. 2010; 78:537-550.
492. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. Implementation Sci. 2013; (8):139. Available from: https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139
493. Aarons GA, Palinkas LA. Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. Mental Health Services Research. 2007; 34:411–419. doi: 10.1007/s10488-007-0121-3
494. Karlsson A, Bendtsen P. Acceptability of a computerized alcohol screening and advice routine in an emergency department setting—a patient perspective. Addictive Behaviors. 2005; 30:767–776. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.08.022
495. Aarons GA. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The evidence-based practice attitude scale (EBPAS) Mental Health Service Research. 2004; 6(2):61–74. doi: 10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65
496. Haug NA, Shopshire M, Tajima B, Gruber V, Guydish J. Adoption of evidence-based practices among substance abuse treatment providers. Journal of Drug Education. 2008; 38(2):181–192. doi: 10.2190/DE.38.2.f
497. Henggeler SW, Chapman JE, Rowland MD, Halliday-Boykinds CA, Randall J, Shackelford J et al. Statewide adoption and initial implementation of contingency management for substance-abusing adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008; 76(4):556–567. doi: 10.1037/0022-006X.76.4.556

498. Klein KJ, Sorra JS. The challenge of innovation implementation. (Special topic forum on the management of innovation) Academy of Management Review. 1996; 21(4):1055–1081. doi: 10.2307/259164
499. Karsh BT. Beyond usability: Designing effective technology implementation systems to promote patient safety. Quality and Safety in Health Care. 2004; 13:388–394. doi: 10.1136/qshc.2004.010322
500. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. Health Education Research. 2003; 18(2):237–256. doi: 10.1093/her/18.2.237
501. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. Journal of Public Health Management and Practice. 2008; 14(2):117–123.
502. Proctor EK, Landsverk J, Aaron, G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Administration and policy in mental health. 2009; 36(1):24-34.
503. Mihalic S. The importance of implementation fidelity. Emotional and Behavioral Disorders in Youth. 2004; 4:83–86.
504. Schoenwald SK, Letourneau EJ, Halliday-Boykins CA. Predicting therapist adherence to a transported family-based treatment for youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2005; 34:658–670. doi: 10.1207/s15374424jccp3404_8
505. Dane AV, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? Clinical Psychology Review. 1998; 18:23–45. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00043-3
506. Stiles PG, Boothroyd RA, Snyder K, Zong X. Service penetration by persons with severe mental illness: How should it be measured? Journal of Behavioral Health Services & Research. 2002; 29(2):198. doi: 10.1007/BF02287706
507. Glasgow RE. The RE-AIM model for planning, evaluation and reporting on implementation and dissemination research. Paper presented at the NIH

Conference on Building the Science of Dissemination and Implementation in the Service of Public Health: Bethesda, MD; 2007.

508. Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. Evaluation Program Planning. 2004; 27:135–149. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.01.002
509. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the triple p-positive parenting program system approach. Aggression and Violent Behavior. 2006; 11(2):176–193. doi: 10.1016/j.avb.2005.07.005
510. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. American Journal of Public Health. 1999; 89:1322–1327. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1322
511. Goodman RM, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. Health Education Quarterly. 1993; 20(2):161–179.
512. Rojas-Andrade R, Leiva-Bahamondes L, Vargas AMB, Squicciarini-Navarro AM. (2017). Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: Un análisis multinivel. Psychosocial Intervention. 2017; 26(3):147–154. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.002
513. Rojas-Andrade R, Bahamondes LL. Is Implementation fidelity important? a systematic review on school-based mental health programs. Contemporary School Psychology. 2019; 23:339–350. Available from: https://doi.org/10.1007/s40688-018-0175-0
514. Means AR, Kemp CG, Gwayi-Chore MC, Gimbel S, Soi C, Sherr K et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in LMIC countries: a systematic review. Implementation Science. 2020; 15(1):1–19. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0

515. Franco SMS. Latinos 'versus' Anglo-Saxões: projeções identitárias nos relatos de viagem de hispano-americanos pelos Estados Unidos no século XIX. Almanack. 2017; (16):39–79. Available from: https://doi.org/10.1590/2236-463320171602
516. Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25(5):1587–1598. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019
517. Ruano AL, Rodríguez D, Rossi PG et al. Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. International Journal for Equity in Health. 2021; 20 (94). Available from: https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1
518. Vasquez EE, Perez-Brumer A, Parker RG. Social inequities and contemporary struggles for collective health in Latin America. Global Public Health. 2019; 14(6):777-790. Available from: 10.1080/17441692.2019.1601752
519. Borde E, Hernández M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. Global Public Health. 2019; 14(6):847-862. Available from: 10.1080/17441692.2018.1551913
520. Michaelis H, Vasconcelos CM. (2023). Implementar. In: Dicionário moderno de língua portuguesa. 2023. Available from: https://michaelis.uol.com.br/modernoportugues/busca/portugues-brasileiro/implementar/
521. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: a practical guide. World Health Organization; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf
522. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. The Lancet. 2018; 392(10160):2214–2228. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0

523. Faria CAP. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no brasil? Revista Debates. 2012; 6(2):13–36. Available from: https://doi.org/10.22456/1982-5269.26227

524. Ollaik LG, Medeiros JJ. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Revista de Administração Pública. 2011; 45(6):1943–1967. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000600015

525. Morgan G. Imagens da organização. Barueri: Atlas; 2006.

526. Habermas J. Política cientifizada y opinión pública. In: Redondo M, Garrido M, eds. Ciencia y técnica como ideología. Tecnos Editora; 1994. p. 131-158.

527. Northridge ME, Metcalf SS. Enhancing implementation science by applying the best principles of systems science. Health Research Policy and Systems. 2016; 14(1):1–8. Available from: https://doi.org/10.1186/s12961-016-0146-8

528. Pacheco RA, Onocko-Campos R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018; 28(2):1–19. Available from: https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280212

529. Sabatier P. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. Journal of Public Policy. 1986; 1:21–48. Available from: https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1750

530. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and Policy in Mental Health. 2011; 38(2):65–76. Available from: https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

531. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. 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. 2009; 36(1):24–34. Available from: https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4

532. Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? Journal of Social Policy. 1993; 22:213-233.
533. Rojas-Andrade R, Leiva-Bahamondes L, Vargas AMB, Squicciarini-Navarro AM. (2017). Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: Un análisis multinivel. Psychosocial Intervention. 2017; 26(3):147–154. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.002
534. Rojas-Andrade R, Bahamondes LL. Is Implementation fidelity important? a systematic review on school-based mental health programs. Contemporary School Psychology. 2019; 23:339–350. Available from: https://doi.org/10.1007/s40688-018-0175-0
535. Means AR, Kemp CG, Gwayi-Chore MC, Gimbel S, Soi C, Sherr K et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in LMIC countries: a systematic review. Implementation Science. 2020; 15(1):1–19. Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0
536. Franco SMS. Latinos 'versus' Anglo-Saxões: projeções identitárias nos relatos de viagem de hispano-americanos pelos Estados Unidos no século XIX. Almanack. 2017; (16):39–79. Available from: https://doi.org/10.1590/2236-463320171602
537. Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25(5):1587–1598. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019
538. Ruano AL, Rodríguez D, Rossi PG et al. Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. International Journal for Equity in Health. 2021; 20 (94). Available from: https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1

539. Vasquez EE, Perez-Brumer A, Parker RG. Social inequities and contemporary struggles for collective health in Latin America. Global Public Health. 2019; 14(6):777-790. Available from: 10.1080/17441692.2019.1601752

540. Borde E, Hernández M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. Global Public Health. 2019; 14(6):847-862. Available from: 10.1080/17441692.2018.1551913

541. Michaelis H, Vasconcelos CM. (2023). Implementar. In: Dicionário moderno de língua portuguesa. 2023. Available from: https://michaelis.uol.com.br/modernoportugues/busca/portugues-brasileiro/implementar/

542. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: a practical guide. World Health Organization; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf

543. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. The Lancet. 2018; 392(10160):2214–2228. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0

544. Habermas J. Política cientifizada y opinión pública. In: Redondo M, Garrido M, eds. Ciencia y técnica como ideología. Tecnos Editora; 1994. p. 131-158.

545. Northridge ME, Metcalf SS. Enhancing implementation science by applying the best principles of systems science. Health Research Policy and Systems. 2016; 14(1):1–8. Available from: https://doi.org/10.1186/s12961-016-0146-8

546. Pacheco RA, Onocko-Campos R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018; 28(2):1–19. Available from: https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280212

547. Faria CAP. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no brasil? Revista Debates. 2012; 6(2):13–36. Available from: https://doi.org/10.22456/1982-5269.26227

548. Ollaik LG, Medeiros JJ. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Revista de Administração Pública. 2011; 45(6):1943–1967. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000600015

549. Scott R, Poliak M, Vrbka J, Nica E. COVID-19 Response and recovery in smart sustainable city governance and management: data-driven internet of things systems and machine learning-based analytics. Geopolitics, History, and International Relations. 2020; 2: 16-22.

550. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Revista Brasileira De Epidemiologia. 2020; 23: e200033. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720200033

551. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Caderno de Saúde Pública. 2021; 37(3): e00042620.

552. Onocko-Campos R, Emerich BF, Ricci EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019; 23: e170813. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170813

553. Onocko-Campos R. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. Saúde em Debate. 2003; 27(64): 123-130. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2003reflexoessobreoconceito.pdf

554. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. Trab. educ. saúde [Internet]. 7º de junho de 2022 [citado 10º de novembro de 2023]; 18(1). Disponível em: https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/717

555. Morais APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(3): 1163–1172. https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019

APÊNDICE 1. Amostra documental utilizada na análise do processo de implementação dos grupos breves psicanalíticos

Para acessar, copie e cole o link abaixo no seu navegador:
https://unicampbr-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/a191259_m_unicamp_br/ETlcOG-bDV5ChaHKdc1GCXMBFgEW_SKq9u4k2Gcey9yTlA?e=66fMhx

APÊNDICE 2. Análise dos dados – Determinantes, Estratégias e Resultados de Implementação.

Para acessar, copie e cole o link abaixo no seu navegador:
https://unicampbr-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/a191259_m_unicamp_br/Eedcx8ahxclOph7rv9V1ftwBvj_h-gW0Z43kpXbRjXcIeQ?e=PGWWQK

ANEXO 1. Parecer Consubstanciado do CEP

UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário.

Pesquisador: Rosana Teresa OnockoCampos

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 07227019.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO ETECNOLOGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.496.491

Apresentação do Projeto:

Resumo: Considerando a importância dos dispositivos especializados no cuidado das repercussões psicossociais associadas à exposição à violência, propomos uma pesquisa de implementação de umambulatório de assistência psicossocial voltado às pessoas em situação de violência no distrito norte de Campinas/SP. Um estudo qualitativo junto aos usuários e trabalhadores dos serviços de atenção primária e assistência social subsidiará o desenho do ambulatório para ampliar a oferta de cuidado à população. Visa- se a qualificação da articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas; a qualificação da assistência oferecida pelos serviços da atenção primária à saúde e da assistência social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos, etc.); e a construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento dos sintomas associados à exposição à violência (componente quase experimental). Trata-se de um estudo de metodologia mista, orientada pelas diretrizes das pesquisas de implementação. Propomos uma análise multidimensional do processo de implementação do programa, integrando fatores sociais, contextuais e individuais na análise dos resultados obtidos. Na fasede pré-implementação será feito o levantamento de dados secundários, a aproximação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com os Serviços de Acolhimento Institucional a Crianças e Adolescentes da Assistência Social da região Norte; grupos focais e oficinas de consenso para

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

desenho do ambulatório; adoção e instalação do SISREG 3.4. Na fase de implementação serão realizados a capacitação da rede de assistência à vítimas de violência; a aplicação de testes já validados para a população brasileira e grupos terapêuticos de base psicanalítica; apoio matricial para articulação da rede assistencial. Na fase de pósimplementação haverá a avaliação quase experimental e a reavaliação de dados secundários. Existe ainda um componente transversal de comunicação em todas as etapas da implementação. Esperamos a ampliação dos atendimentos à população exposta à violência no distrito norte,a articulação do trabalho entre a rede de Saúde e Assistência social com o Hospital Universitário da Unicamp, propiciando experiências de eficácia na integração e regulação do cuidado, desenvolvimento de tecnologias de intervenção psicossocial com evidência de efetividade e adequação à sociedade e cultura brasileira; desenvolvimento de um plano de comunicação intra e extrassetorial sobre a temática da violência que contribua para a prevenção e vinculação precoce das vítimas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral desta proposta é realizar uma pesquisa de implementação, no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de um ambulatório de assistência psicossocial às pessoas em situação de exposição à violência do distrito Norte do Município de Campinas- S.P.

Objetivo Secundário:

- Implementar um serviço ambulatorial de assistência psicossocial às pessoas em situação de exposição à violência no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas;
- Desenhar as características do ambulatório a partir de estudo qualitativo com os principais stakeholders (usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social);
- Qualificar a articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas;
- Qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social pormeio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos, etc.);
- Construir evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo pode apresentar riscos indiretos e de baixo grau, como por exemplo, pode trazer algum constrangimento ou incômodo decorrente da exposição de opiniões e experiências de vida. Entretanto, essas consequências não serão danosas para a saúde/integridade dos

participantes, e conta com uma equipe de psicólogos e terapeutas ocupacionais especializados para darem apoio a fim de superá-las. Apesar dos riscos serem mínimos, o participante terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente em consequência da participação na pesquisa. Além disso, todos os participantes têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. A equipe de pesquisadores se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Algum incômodo poderá surgir pelo tempo de duração de cada atividade. O participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos; mudar o dia da aplicação; ou até mesmo, suspender sua participação. Haverá ressarcimento financeiro caso haja algum custo financeiro para o participante

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa poderá favorecer a redução dos índices de violência urbana, a redução dos sintomas associados aos transtornos relacionados à exposição à violência e propiciar o rompimento dos ciclos de violência transgeracional. Além disso, favorecerá a qualificação dos serviços de saúde e assistência social no cuidado à população exposta às situações de violência em suas diversas facetas: urbana, familiar, sexual, física, dentre outras

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Equipe de pesquisa:
Alice Andrade Silva
Bruna Maiara Melo de Paula
Bruna Jandoso
Carolina Con Andrades
Luiz Carolina Ferreira Medeiros
Erotildes Maria Leal
Giovana Pellatti D. Lopes
Inayá Ananias Weijenborg
Juliana Americo Dainezi Santos
Leonardo Dias Teixeira
Rafael Freitas Colaco
Rosana Teresa Onocko Campos
Sergio Roberto De Lucca
Vanessa Eda Paz Leite

Esta versão é resposta ao parecer consubstanciado CEP n.o 4.367.783 de 28 de outubro de 2020.
Foram solicitadas as seguintes adequações:
Esclarecer como está o andamento do projeto original
RESPOSTA: A Etapa I (Pré-implementação) do projeto foi desenvolvida com sucesso e os dados estão em análise, com previsão de publicação de artigos para 2021/2022. O plano para avaliação do desfecho clínico da intervenção permanece o mesmo do projeto original.
PENDÊNCIA RESOLVIDA.
Esclarecer como será a aplicação dos testes para os participantes já avaliados, uma vez que o início do projeto foi em 2019.
RESPOSTA: Não há “aplicação de testes para participantes já avaliados”, uma vez que não houve início da Etapa II (Implementação com componente experimental) do projeto em 2019. A aplicação dos testes incluídos na Emenda 3 do projeto podem ampliar a capacidade de mensuração dos desfechos clínicos e ocorrerá de acordo com o procedimento indicado nas páginas 24 e 25 do projeto original.
PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Nesta versão foram anexados os seguintes documentos:
1- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1628901_E3.pdf
2- Cronograma_adaptado.pdf
3- PD_20_12_2020.pdf com o projeto detalhado

Recomendações:
A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.
De acordo com carta circular da CONEP intitulada “ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)” publicada em 09/05/2020, referente ao item II. “Orientações para Pesquisadores”:
- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de

pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Emenda considerada aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:
- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não

previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_162890 1_E3.pdf	20/12/2020 17:52:50		Aceito
Cronograma	Cronograma_adaptado.pdf	20/12/2020	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 4.496.491

Investigador	PD_20_12_2020.pdf	20/12/2020 17:39:53	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	20/12/2020 17:39:08	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Emenda_10_09_20.pdf	10/10/2020 20:08:45	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	10/09/2020 15:27:27	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriz_IB.pdf	04/12/2019 23:32:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Pesq.pdf	04/12/2019 23:29:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_R_GF.pdf	24/08/2019 00:16:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_14_GF.pdf	24/08/2019 00:16:48	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_11_GF.pdf	24/08/2019 00:16:28	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_8_GF.pdf	24/08/2019 00:14:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	trab.pdf	23/04/2019 18:13:40	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	USUA_FAMIL.pdf	23/04/2019 18:13:33	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gestor.pdf	23/04/2019 18:13:25	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assent_7.pdf	23/04/2019 18:13:14	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Responsaveis.pdf	22/04/2019 23:10:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis.pdf	22/04/2019 23:10:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos deAssentimento / Justificativa deAusência	TCLE_15.pdf	22/04/2019 23:10:16	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa deAusência	TCLE_11.pdf	22/04/2019 23:09:58	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Cronograma	Crono.pdf	25/03/2019 21:39:44	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Sau.pdf	06/02/2019 10:56:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ass.pdf	06/02/2019 10:56:28	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HC.pdf	06/02/2019 10:52:24	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/12/2018 00:43:07	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 12 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2. Declaração da Revista Vínculo

N E S M E
núcleo de estudos em saúde mental
e psicanálise das configurações vinculares

VÍNCULO - REVISTA DO NESME
ISSN - 1806-2490

Rua Itacolomi, 601 cj. 66
01239-020 - Higienopolis - S.Paulo - SP
publicacoes@nesme.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a inclusão do artigo, "*Implementação de um Ambulatório Psicossocial para Pessoas Expostas a Situação de Violência em um Hospital Universitário*" de autoria de *Alice Andrade Silva; Carolina Con Andrades Luiz; Rosana Teresa Onocko-Campos; Erotildes Maria Leal; Giovana Pellatti D Lopes e Juliana Américo Dainezi*, publicado em 2021 na Vínculo – Revista do NESME, 18 n.1, como parte da tese de doutorado "Estudo Do Processo De Implementação De Uma Tecnologia De Intervenção Psicossocial: A Adequação À Sociedade E À Cultura Brasileira De Grupos De Terapia Psicanalítica Breve Para Pessoas Expostas À Violência", de autoria de Alice Andrade Silva.

Atenciosamente,

Tânia Aldrighi Flake
Editora – Vínculo

Leila Regina da Silva Teixeira
Editora Júnior – Vínculo