



INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**TRANSLAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO NO
CAMPO DA SAÚDE MENTAL: O LUGAR DOS PROCESSOS DE
FORMAÇÃO**

ELZIMAR EVANGELISTA PEIXOTO PINTO

RIO DE JANEIRO

2023

ELZIMAR EVANGELISTA PEIXOTO PINTO

**TRANSLAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL: O LUGAR DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict) para obtenção do grau de Doutor em Informação e Comunicação em Saúde.

Orientadora: Dra. Maria Cristina Soares
Guimarães

RIO DE JANEIRO

2023

Peixoto-Pinto, Elzimar Evangelista .

TRANSLAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO NO
CAMPO DA SAÚDE MENTAL: O LUGAR DOS PROCESSOS DE
FORMAÇÃO / Elzimar

Evangelista Peixoto-Pinto. - Rio de Janeiro, 2023.

175 f.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e
Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em
Saúde, 2023.

Orientadora: Maria Cristina Soares Guimarães.

Bibliografia: f. 146-160

1. Translação do Conhecimento. 2. Ciência da Implementação. 3.
Formação em Saúde. 4. Saúde Mental. 5. Projeto Caminhos do Cuidado. I.
Título.

Elzimar Evangelista Peixoto Pinto

**TRANSLAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL: O LUGAR DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO**

Aprovado em 23 de maio de 2023.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Soares Guimarães
Orientadora e Presidente da Banca

Prof^a. Dr^a. Cícera Henrique da Silva

Prof^a. Dr^a. Kátia Lerner

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Badaró Moreira

Prof^a. Dr^a. Pilar Rodriguez Belmont

Prof^a. Dr^a Rosane Abdala Lins (suplente)

Prof. Dr. Alexandre Teixeira Trino (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Obrigada Marco Túlio, Gabriel e Beatriz por terem apoiado meu sonho. Sempre estarei aqui para também apoiar o sonho de vocês. Amo muito vocês!

Obrigada aos parceiros da vida, de longas datas, grandes projetos, muitos sonhos e muitos risos. Maristela, você é o melhor exemplo das parcerias da vida.

Obrigada Pilar por ter me incentivado a seguir no doutorado, me lembro exatamente do dia em que você falou baixinho, “você tem que ir para o doutorado, essa é a hora”.

Muito obrigada Maria Cristina Soares Guimarães pela parceria e compreensão nessa caminhada do doutorado, marcada por um mundo em ebulição. Seu cuidado e respeito ao meu tempo, as mudanças que ocorreram na minha vida profissional e pessoal foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço a vida pelos bons encontros que sempre me proporcionou.

Seguirei por aqui aberta a tudo mais que pode vir!

A vida me ensinou a nunca desistir

Nem ganhar, nem perder

Mas procurar evoluir.

(Charlie Brown Junior)

PEIXOTO-PINTO, Elzimar Evangelista. **Translação e implementação do Conhecimento no campo da saúde Mental: o lugar dos processos de formação.** 2023. 175 f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023. ¹

RESUMO

Este trabalho se debruça sobre o campo da Translação do Conhecimento (TC) e os desafios de implementação de inovações complexas no campo da saúde mental, a partir de ações de formação. É um estudo descritivo e exploratório que parte do reconhecimento de que as evidências científicas no campo da saúde levam muitos anos para serem implementadas, o que pode representar mortes evitáveis, além de fragilizar o cuidado. Esta realidade é, reconhecidamente, mais evidente no campo da saúde mental, em função de preconceitos e estigmas historicamente determinados, em especial, quanto ao uso de álcool e outras drogas. O aumento da prevalência dos transtornos mentais, a sinalização do cuidado de base territorial e a Redução de Danos como estratégia de cuidado, fazem parte de um contexto que aponta para a necessidade de investigar os processos de TC no campo da saúde mental quando relacionados à formação dos profissionais de saúde. Esse trabalho faz essa discussão a partir do Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental (Crack, álcool e outras drogas), uma ação formativa pioneira no campo da saúde mental, proposta pelo Ministério da Saúde, realizada durante os anos 2013 a 2015 que formou 237.262 Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares e Técnicos em enfermagem em todo o país. A análise dirigida da literatura se somou à pesquisa documental e entrevistas com atores-chave que participaram da organização e implementação do Projeto para que, juntas, fossem discutidas à luz do framework, consolidated Framework for Implentation Research (CFIR). A análise do material aponta que a ação formativa, Projeto Caminhos do Cuidado, se pautou pelas evidências científicas, encontrou um contexto político bastante favorável, experimentou uma feliz confluência entre sua equipe, utilizou um modelo pedagógico participativo e dialógico, desenvolveu tecnologia que permitiu a capilarização das atividades e participação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, fatores que contribuíram para atingir as metas do projeto. Entretanto, mesmo com o reconhecido êxito da ação formativa, identificou-se a complexidade do processo de TC no campo da saúde mental,

¹ Trabalho vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict), Linha: Informação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Eixo: Translação do Conhecimento.

o que reforça os desafios envolvidos na busca pela integralidade do cuidado. A TC deve ser entendida como um processo que envolve vários atores e níveis de gestão os quais, por vezes, têm lógicas e tempos de ação diferentes. Quando não propriamente articulados e engajados, corre-se o risco de captura pela lógica que individualiza, culpabiliza e desresponsabiliza àqueles teoricamente comprometidos com a integralidade do cuidado.

Palavras-Chave: Translação do Conhecimento. Ciência da Implementação. Formação em Saúde. Saúde Mental. Projeto Caminhos do Cuidado.

PEIXOTO-PINTO, Elzimar Evangelista. **Translating and implementing knowledge in the field of Mental Health: the place of training processes.** 2023. 175 f. Thesis (Doctorate in Health Information and Communication) - Institute of Health Communication and Scientific and Technological Information, Fundação Oswaldo Cruz, *Rio de Janeiro*, 2023.

ABSTRACT

This work focuses on the field of Knowledge Translation (KT) and the challenges of implementing complex innovations in the field of mental health, based on training actions. It is a descriptive and exploratory study that brings in its core acknowledgment that scientific evidence in the health field takes many years to be implemented, which may represent avoidable deaths, not to mention weakening care. This reality is admittedly more evident in the mental health field, due to historically determined prejudices and stigmas, specially regarding the use of alcohol and other drugs. The increase in the prevalence of mental disorders, the signaling of territorial-based care and Harm Reduction as a care strategy are part of a context that points to the need to investigate the processes of HT in the mental health field when related to the training of health professionals. This thesis makes this discussion from the Pathways of Care Project - Training in Mental Health (Crack, alcohol and other drugs), a pioneering formative action in the field of mental health, proposed by the Ministry of Health, held during the years 2013 to 2015 that trained 237,262 Community Health Agents and Nursing Assistants and Technicians throughout the country. The directed literature analysis was added to the document research and interviews with key actors who participated in the organization and implementation of the Project so that, together, they could be discussed in the light of the consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). The analysis of the material shows that the formative action, Pathways of Care Project, which was guided by scientific evidence, found a very favorable political context, experienced a fortunate confluence among its team, used a participative and dialogic pedagogical model, developed technology that allowed the capillarization of the activities and participation of the Technical Schools of the Unified Health System, factors that contributed to reach the project's goals. Yet, even with the recognized success of the training action, the complexity of the TC process in the mental health field was identified, which reinforces the challenges involved in the search for comprehensive care. TC must be understood as a process that involves various actors and levels of management, which sometimes have different logics and times of action. When not properly articulated and engaged, it runs is the

risk of being captured by the logic that individualizes, blames, and disempowers those theoretically committed to the integrality of care.

Key-words: Knowledge Translation. Implementation Science. Health Training. Mental Health.
“Pathways of Care” Project.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - KTA <i>Framework</i>	466
Figura 2 – CFIR Framework	488
Figura 3 - Logomarca Projeto <i>Caminhos do Cuidado</i>	97
Figura 4 – Primeira versão do organograma	1077
Figura 5 – Nova versão do organograma	1088

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ATEnf	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem
AVALIACAMINHOS	Avaliação Institucional Educativa do Caminhos do Cuidado
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFIR	<i>Consolidated Framework for Research</i>
CI	Ciência da Implementação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CICAD	Comissão de Controle de Abuso de Drogas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFEN	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EBPs	Práticas Baseadas em Evidências
EPS	Educação Permanente em Saúde
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhados
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
KTA	<i>Knowledge to Action</i>
MhGAP	<i>World Health Organization's mental health Gap Action Programme</i>
MI-mhGAP	Manual de Intervenção do Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental
MNS	Pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas
OEA	Organização dos Estados Americanos

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PI	Pesquisa de Implementação
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional de Drogas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SGTES	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Translação do Conhecimento
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	24
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	24
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1 SOCIEDADE E CIÊNCIA, CIÊNCIA E SOCIEDADE: UMA RELAÇÃO DE INTERDEPENDÊNCIA	25
3.3.1 Paradigma da “ciência normal” e da “ciência pós-normal”	29
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4 RESGATANDO A CONSTRUÇÃO DOS CAMPOS DE CONHECIMENTO	38
4.1 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO E CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO	38
4.2 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E O CUIDADO NO TERRITÓRIO	51
4.2.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil	59
4.3 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	67
5 FORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: TRANSLAÇÃO DE CONHECIMENTO E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO	75
6 PROJETO DE FORMAÇÃO CAMINHOS DO CUIDADO – A POLÍTICA DO AFETO EM CONTRAPOSIÇÃO A POLÍTICA DO MEDO	84
6.1 O PROJETO <i>CAMINHOS DO CUIDADO</i> - FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	89
6.1.1 A concepção e o modelo pedagógico	91
6.2 ANÁLISE DOS DETERMINANTES DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO A PARTIR DO <i>FRAMEWORK</i> CFIR.....	116
6.3 O AVALIACAMINHOS E O QUE PODEMOS SABER SOBRE A ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO.....	129
6.3.1 A metodologia do AvaliaCaminhos	131
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	161
ANEXOS	165

APRESENTAÇÃO

É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração
(Gonzaguinha)

Minha trajetória profissional e as reflexões que me acompanharam durante os quase 25 anos de trabalho na saúde pública me aproximaram das temáticas que exploro nesse trabalho. Escrevê-lo foi uma mistura de descobertas, ressignificações, surpresas, reflexões sobre experiências até então incompreendidas e um sentimento de satisfação pela oportunidade de “organizar” essas vivências, incluindo novos elementos e me mantendo firme em meu projeto de vida – aprender sempre, dando os passos possíveis a cada momento.

Os passos possíveis na trajetória do doutorado foram marcados, inevitavelmente, pela pandemia. Planos precisaram ser revistos, adequações foram realizadas, o tempo de dedicação ao doutorado precisou ser muito mais restrito, tendo em vista a suspensão parcial da licença para o doutorado por conta das inúmeras demandas dos serviços de saúde. Acrescenta-se às demandas do trabalho a energia envolvida no cuidado aos familiares, em especial pais e filhos, que precisaram de ajuda para encontrar formas de elaborar a distância, o isolamento, a ausência dos amigos e a angústia para lidar com uma incerteza monstruosa. E, ainda, a minha própria elaboração de todo esse período, que ainda está em curso e, com certeza, se faz presente nesta escrita.

Bem, reconhecendo que a pandemia da covid-19 deixou marcas as quais o tempo tratará de ajudar a elaborar, retomo um pouco da minha vida profissional, que contribuiu para minha chegada ao doutorado e ao campo de estudo. Formada em Psicologia, iniciei minha vida profissional trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde, e atuando em uma Escola Técnica do SUS (ETSUS) e na docência nos últimos 15 anos. As temáticas que envolvem cuidado, saúde mental, ação educativa, educação permanente em saúde, formação dos profissionais de saúde e avaliação de processos educativos estiveram e estão presentes em minha prática profissional. Agora, posso incluir nesse rol o campo da Translação do Conhecimento e da Ciência da Implementação.

O desafio de navegar em três campos de conhecimento – Saúde Mental, Formação e Translação do Conhecimento, além de “conversar” com minha história profissional, parece-me

bastante atual. Diante de um contexto de aumento significativo dos quadros de sofrimento mental, que antecedem a pandemia, mas foram intensificados por ela; da lacuna de cuidados em saúde mental, em especial na atenção primária, tendo como referência evidências científicas atuais, e da necessidade de formar profissionais para a prática de um cuidado integral que considere a saúde mental como parte integrante e indissociável da saúde, torna-se premente articular esses campos a partir da análise de uma experiência recente, o Projeto *Caminhos do Cuidado*.

Tendo em vista sua importância e ineditismo para o campo da saúde mental, e de minha participação enquanto coordenação estadual e participante da equipe de avaliação, é um projeto muito gratificante. Sinto-me fechando um ciclo, o ciclo do Caminhos do Cuidado, e tudo o que a vivência desse projeto me ensinou, e abrindo outro ciclo, marcado por outras inquietações e perguntas sobre o campo da educação, da saúde mental e do cuidado possível nesses tempos que ainda me são um pouco “estranhos”.

Retorna-me à memória um encontro, ocorrido em 2015, no Rio de Janeiro, em que, por circunstâncias que desconheço, foi discutida a impossibilidade de se manterem as coordenações estaduais e representantes das ETSUS no processo de avaliação do Caminhos do Cuidado. Lembro-me da sensação de frustração, do sentimento de “eles não podem fazer isso, eu preciso entender o que aconteceu nesse processo.” Essa impossibilidade de participação no processo avaliativo foi posteriormente revista, mas, somente agora, sinto-me capaz de entender um pouco mais os fatores que tornam uma formação mais ou menos potente. Talvez ‘entendendo’ não seja um bom termo, pois me sinto capaz de elaborar novas perguntas sobre os fatores envolvidos nos processos educativos.

Sinto-me privilegiada por ter a oportunidade de me inclinar sobre uma temática tão atual e desafiadora, e espero que esta tese possa contribuir com o campo da saúde pública. Trata-se, na verdade, de uma retribuição pelos 25 anos de desafios, avanços, vibrações e aprendizados que fizeram minha vida pulsar.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças fazem parte do movimento do mundo, da sociedade e dos indivíduos. Elas podem ocorrer de forma gradual, em um processo contínuo de superposição/agregação de novas experiências, conhecimentos e práticas. Também podem se efetivar de forma intensa, provocando rupturas, apontando outros cenários e, na sequência, exigindo novas organizações, novas experiências, novos conhecimentos e novas práticas.

Acredita-se que estamos vivendo um momento de mudanças intensas no campo da informação, da comunicação, da saúde e da construção do conhecimento, no qual as práticas acumuladas a partir de um determinado referencial não têm conseguido apontar com clareza e segurança para o futuro. Assim, o conhecimento acumulado de forma disciplinar não é suficiente para lidar com a complexidade, variabilidade, interligações e desenvolvimento de competências necessárias para atuar nesse novo contexto.

Um cenário como esse inclui um mundo conectado, amparado em relações/encontros das mais diversas ordens, formando uma rede contínua de interferências mútuas, na qual o controle, a ordem ou o planejado nem sempre são possíveis. O conhecimento precisa, então, ser multidimensional, necessita se articular ao meio social, considerando-se os desafios do novo contexto. Precisa também reconhecer a incapacidade de separar causa e efeito, ou o individual e o social, compreendendo que a autonomia se dá a partir de uma rede de escolhas possíveis (MORIN, 2005).

Enfim, é nesse mundo, marcado por uma pandemia, por crises climáticas e pela realidade virtual, que se amplia o sentimento de imprevisibilidade e de vulnerabilidade de todos, com consequências importantes no campo da saúde mental e, por que não, no campo do adoecimento mental. Adoecimento que cresce de forma importante, seja relacionado à ansiedade, à depressão, ao estresse pós-traumático, ao suicídio, ao uso abusivo de álcool ou de outras drogas. Nesse contexto, exige-se pensar a saúde de forma integrada à saúde mental, preparando-se os sistemas de saúde e os profissionais que ali estão para ressignificar o cuidado e o autocuidado. Um cuidado que deixe de estar vinculado à ideia de cura e passe a incluir o sujeito, suas escolhas, suas preferências, suas decisões de vida. Nesse sentido, um cuidado que acolha o encontro com o outro, com todas as possíveis diferenças, ou seja, um cuidado pautado por uma ética como a proposta pela lógica da Redução de Danos.

Qualificar o profissional para essa prática de cuidado não é algo corriqueiro, coloca a relação entre os campos da saúde e da educação como peças-chave neste tabuleiro, sinalizando

a importância da formação de profissionais capazes de atender às novas demandas dos sistemas de saúde. Conforme Frenk *et al.* (2010), os problemas com a formação dos profissionais que atuam nessa área são sistêmicos, abrangendo a ausência ou inadequação do desenvolvimento de competências capazes de atender às necessidades dos pacientes e da população no trabalho em equipe, intentando uma contextualização mais ampla do processo de saúde para a organização de um cuidado longitudinal, e para uma liderança colaborativa.

Parte desse problema talvez seja efeito de uma formação distante das necessidades do trabalho, voltadas para a aquisição de competências técnicas, e muito pouco para as competências do trabalho em equipe, das práticas colaborativas, da identificação de necessidades do território e das tecnologias que envolvem o encontro com o outro. No Brasil, a publicação, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) teve como objetivo assinalar, de forma contundente, que a oferta de capacitações, organizadas de forma vertical, sem considerar as necessidades regionais e sem mudanças na gestão e organização dos serviços de saúde, produzem poucas modificações na prática dos trabalhadores (PEIXOTO-PINTO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, é urgente rever essa prática das ofertas de formação em saúde, assim como é urgente pensar o cuidado de forma integral, rompendo com uma lógica tradicional que separa o corpo da mente, o social do individual, e o profissional do pessoal, para que o sistema de saúde e seus profissionais estejam aptos a exercer o cuidado em um mundo complexo.

Entretanto, mudanças dessa envergadura requerem amplo engajamento de diferentes atores, incluindo gestores das instituições de ensino e docentes, gestores do campo da saúde, e líderes políticos e sociais. Enfrentar as iniquidades na saúde e o desenvolvimento das competências profissionais exige direcionar o olhar para a lacuna entre a produção de evidências científicas e sua prática no campo da saúde, notadamente entre o saber e o fazer. Dessa forma, é sobre esse movimento “[...] de fazer chegar à prática aquilo que já se conhece pelos resultados da pesquisa” (GUIMARÃES, 2010, p. 53), que ultrapassa o compartilhamento da informação em suas várias estratégias e segue buscando fatores envolvidos na efetiva implementação de um novo conhecimento, de novos comportamentos e práticas, que se faz urgente a pesquisa sobre a Translação do Conhecimento (TC).

Neste trabalho, TC segue o paradigma inicialmente apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, um paradigma para enfrentar muitos dos desafios relacionados à lacuna do saber-fazer. Esse conceito é aqui definido como “a síntese, o intercâmbio e a aplicação de conhecimentos pelos intervenientes relevantes para acelerar os

benefícios da inovação global e local no reforço dos sistemas de saúde e na melhoria da saúde das pessoas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021, n.p., tradução nossa²).

Em anos recentes, particularmente nas duas últimas décadas, as investigações no campo da Ciência da Implementação, uma subespecialidade do campo da Translação do Conhecimento, vêm, de forma crescente, ressaltando a importância de pesquisas de implementação no campo da saúde. Trata-se de algo que ocorre como um passo além da TC, para os fatores limitantes do uso de evidências científicas na prática cotidiana da saúde, principalmente na atenção primária (SAMPSON et al., 2016).

O que um breve olhar sobre a literatura do tema ainda não permitiu identificar, de forma clara, é como se daria a inserção dos espaços de elaboração da força de trabalho em saúde em um esforço como este. Não constitui novidade saber que a formação dos profissionais da saúde é sempre apontada como uma dimensão fundamental, principalmente no âmbito da pesquisa de implementação. Entretanto, ainda que se possa considerar os processos formativos como parte fundamental da sustentabilidade das ações de implementação, contribuindo para o *scale-up* das estratégias, pouco é discutido sobre como fazê-lo.

É nesta lacuna de conhecimento que esse trabalho buscou avançar, articulando as evidências científicas do campo da saúde mental, as estratégias para incorporar e implementar o conhecimento na prática diária, entendendo que as ofertas de formação no campo da saúde podem e devem ser um espaço potente para transladar o conhecimento, respeitando o objetivo, planejamento e plano de sustentabilidade.

Para tanto, utilizou uma experiência recente de ação educativa voltada para o campo da saúde mental, o Projeto *Caminhos do Cuidado*, que envolveu um grande contingente de trabalhadores da saúde, incluindo orientadores de aprendizagem, tutores e alunos/profissionais de nível médio, e que, sem dúvida, foi inédita quanto à temática e aos aspectos quantitativos. A escolha por realizar um estudo de caso a partir desse projeto revela a importância de uma formação voltada para a saúde que considere a saúde mental como integrante do cuidado integral, que aposte no encontro com o outro no seu território, onde efetivamente as mudanças de prática podem ocorrer, onde observamos se houve translação do conhecimento.

Sendo assim, o trabalho está organizado em seis capítulos. Iniciando-se com a introdução, na qual são apresentados o tema, sua contextualização e um esforço para “seduzi-los” à leitura. Uma leitura por vezes árdua, diante de temas/termos sobre os quais não há

² No original: “*The synthesis, exchange, and application of knowledge by relevant stakeholders to accelerate the benefits of global and local innovation in strengthening health systems and improving people’s health*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

consenso e, em outros momentos, mais suave, em que o encanto dos encontros e do cuidado se faz presente.

O segundo e o terceiro capítulos apresentam, respectivamente, os objetivos gerais e específicos e o percurso metodológico realizado para atingir os objetivos propostos. O terceiro capítulo apresenta, ainda, uma breve discussão sobre os paradigmas da ciência e seus métodos, bem como a descrição do caminho metodológico que aponta para as estratégias de busca em bases de dados referenciais e repositórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros organismos internacionais. A pesquisa documental, as entrevistas semiestruturadas realizadas e a metodologia para sua análise se encontram também nesse capítulo.

No quarto capítulo, busca-se o resgate do campo de conhecimento da Translação do Conhecimento, da saúde mental e da formação em saúde, temas que se articulam durante todo este trabalho. Ele está dividido em três tópicos. Inicialmente, é apresentado o campo da Translação do Conhecimento e da Ciência da Implementação, destacando-se quando e como surgiram os avanços e desafios. Busca-se demonstrar como a ênfase na TC vem crescendo nas últimas décadas, com o objetivo de reduzir o fosso entre evidências, práticas e políticas. Nesse sentido, agências de fomento de diversos países, em especial Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido, assumiram compromissos públicos que apontam para o esforço de fazer chegar o mais rápido possível até a população os benefícios dos avanços científicos (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

Sabe-se que as novas evidências científicas no campo da saúde, mesmo com eficácia clínica comprovada, não são suficientes para garantir sua adoção rotineira, ou seja, os resultados somente serão produzidos caso sejam adotados pelos serviços e profissionais de saúde, em razão da complexidade de adoção desse processo. Isso ocorre em razão do terreno da incorporação de uma inovação não ser simples, pois envolve uma tensão entre a fidelidade às evidências científicas e à necessidade de adaptabilidade dos profissionais, o que precisa ser visto como ajuste lógico e natural da evidência científica aos diversos cenários e ao próprio processo evolutivo e de desenvolvimento (GREEN et al., 2014).

Segundo Damschroder *et al.* (2009), até dois terços dos projetos referentes à implementação de inovações no campo da saúde falham, o que exige reconhecer que as barreiras à implementação podem ser de vários níveis, desde aquelas relacionadas aos pacientes e profissionais da saúde, até às organizações, ao mercado ou à política. Trata-se de algo que aponta, necessariamente, para a importância de se estudar a Ciência da Implementação, a qual se utiliza de modelos e estruturas operacionais (*framework*) que ajudam a mapear os diversos

aspectos contextuais possibilitadores de causar interferência na implementação de uma dada inovação. Stanhope, Tuchman e Sinclair (2011, p. 370) nos lembram, a esse respeito, que

os cenários do mundo real não são placas em branco prontas para absorver estas novas práticas, mas têm estruturas e fornecedores que são moldados à volta e, por vezes, investidos em práticas antigas. Como resultado, a implementação envolve fatores em nível individual, de agência, e estrutura.³

Em consonância com esta percepção, Sampson *et al.* (2016) sinalizam quatro etapas da pesquisa de translação, a saber: a disseminação inicial da descoberta, a chegada aos usuários do conhecimento, a implementação na prática clínica e, por último, o modo pelo qual as descobertas se configuram no mundo real, como são aplicadas a um contexto específico. Os autores destacam que existe uma fragilidade na geração de evidências de implementação, reforçando a importância de que seja compartilhado não apenas a informação sobre o ‘como fazer’, mas também sobre os elementos contextuais da implementação de uma nova descoberta. Neste sentido, a implementação envolveria um passo a mais no processo de translação.

O tópico seguinte, ainda no quarto capítulo, descreve sobre o campo da Saúde Mental, apresentando um pouco do histórico do tratamento oferecido àqueles que apresentavam transtornos mentais, passando pelo trágico período de internação em grandes hospitais psiquiátricos, de luta pelo tratamento em liberdade, até que se chegasse a um contexto contemporâneo, no qual as diretrizes apontam para o cuidado em saúde mental de base comunitária e territorial, vinculado à Atenção Primária.

O reconhecimento de que a saúde mental não está desvinculada da física e que é necessário pensá-las a partir de uma abordagem integral, enfatizando os vínculos entre os aspectos físicos e psicossociais foi registrado na frase “não há saúde sem saúde mental”, a qual se encontra presente no relatório da 66ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para retratar, mesmo que de forma breve, esse processo de mudança na prática de cuidado e a dificuldade de se implementar algumas dessas evidências científicas, foram apresentadas a importância de algumas conferências de saúde e de saúde mental, documentos/relatórios frutos dessas Conferências e Plano de Saúde Mental, definidos pela

³ No original: *Real world settings are not blank slates ready to absorb these new practices but have structures and providers that are shaped around and sometimes, vested in old practices. As a result, implementation involves factors at the individual, agency, and structural level.*

OMS. Todos esses retratam a preocupação dos organismos internacionais com o acesso a serviços de cuidado em saúde mental, em especial por seu caráter desigual e não equânime.

Para tentar enfrentar essa difícil situação, surge, atrelado ao movimento de saúde global, o Movimento de Saúde Mental Global, que rompe com a lógica de que intervenções em saúde mental sejam sofisticadas e só possam ser realizadas por profissionais de saúde especializados. Trata-se, claramente, de uma tentativa de identificar intervenções possíveis de serem realizadas em todos os países, independentemente de sua situação econômica.

Esse movimento sintetizou suas orientações sinalizando que os tratamentos em ambientes de saúde não especializados são eficazes, que os cuidados prestados por profissionais de saúde não especializados também são eficazes. Isso significa que os profissionais da Atenção Primária podem ser formados com o propósito de oferecer intervenções psicológicas e farmacológicas para alguns transtornos mentais, o que seria efetivado pelo compartilhamento de tarefas. Tais procedimentos se dariam com a supervisão de especialistas, caracterizando um cuidado muito mais próximo da comunidade. Destaca-se, quanto a isso, que a abordagem precisa ocorrer a partir do trabalho das equipes multiprofissionais e das ações intersetoriais (PRINCE et al., 2014; COHEN; PATEL; MINAS, 2014; GUREJE; STEIN, 2014).

Se o cuidado em saúde mental já era uma preocupação em função da dificuldade de acesso, o que podemos esperar depois do contexto pós-pandêmico em que vivemos? O aumento dos casos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático é uma realidade. Em vista disso, faz-se necessário, mais do que nunca, cuidar da saúde mental de forma colaborativa, priorizando o monitoramento de taxas de ansiedade, depressão, automutilação e suicídio; os planos de enfrentamento utilizados por profissionais na linha de frente; o mapeamento das estratégias de cuidado e a realização de pesquisas multidisciplinares em saúde mental para verificar os efeitos da pandemia na saúde mental de indivíduos e populações (HOLMES *et al.*, 2020).

Por fim, o capítulo quatro conta ainda com um tópico específico sobre o campo da formação em saúde, que se propôs a discutir o desafio da formação de profissionais de saúde, particularmente no campo da saúde mental, reconhecendo, conforme as diretrizes dos organismos internacionais, que o cuidado em saúde mental não precisa ser realizado exclusivamente por especialistas. Obrigatoriamente, isso nos coloca diante de um grande contingente de profissionais de saúde que pouco conhecem sobre saúde mental.

Entre os desafios da formação da força de trabalho em saúde, encontra-se a formação dos profissionais de nível médio, sob o qual algumas ações de formação foram realizadas ao longo das últimas décadas, sempre com o desafio de aproximá-los da prática diária de seu

trabalho. Neste contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se apresenta como um marco importante na aproximação das ofertas de formação/capacitação às necessidades do dia a dia do trabalho. “Educação no trabalho e para o trabalho” foi uma importante marca/slogan dessa política (BRASIL, 2003).

O tópico ainda apresenta os movimentos de formação de profissionais de nível médio realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das últimas décadas, até os anos de 2014 e de 2015, quando houve a realização do Projeto *Caminhos do Cuidado* – Curso de Formação em Saúde Mental (Crack, álcool e outras drogas), que ofertou mais de 290 mil vagas de formação para trabalhadores de nível médio no país.

O capítulo cinco apresenta/articula pesquisas que se debruçaram sobre a Translação do Conhecimento, a Ciência da Implementação e ofertas de formação em saúde voltadas para o campo da saúde mental. Retoma brevemente o campo da saúde mental e das ofertas de formação em saúde, destacando-os como um contexto importante para compreender a TC e a implementação das evidências em saúde mental. Descreve trabalhos científicos que apontam desafios e estratégias de implementação utilizados para planejar e avaliar a implementação no campo da saúde mental e da oferta de ações de formação nesse campo.

Entretanto, é correto informar ao leitor que não foram encontrados muitos artigos publicados, o que confirma a existência de uma lacuna importante sobre o papel das ações de formação em saúde mental com o objetivo de implementação das evidências científicas desse campo. O consenso entre o material encontrado é que as ações de formação devem e podem fazer parte do planejamento, mas sozinhas não têm força para sustentar a implementação de uma inovação no campo da saúde. A expectativa é que esse trabalho possa contribuir contra esta lacuna.

O sexto capítulo descreve sobre uma oferta de formação, o Projeto *Caminhos do Cuidado*, realizada em todo o país de setembro de 2013 a agosto de 2015, que alcançou a meta de formar 237.262 profissionais de saúde de nível médio em saúde mental – crack, álcool e outras drogas. Descreve o contexto político e social que firmou a demanda por um curso de formação nesta temática e dimensão, sua concepção, o modelo pedagógico, a construção do material, a logística para sua realização, tudo isto respeitando as realidades regionais, a partir da análise documental e da realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos na concepção, planejamento e execução do projeto.

No mesmo capítulo, o projeto em questão é analisado a partir do uso de uma estrutura operacional (*framework*), o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR),

que permite identificar barreiras e desafios envolvidos na implementação do projeto. Importante ressaltar que o CFIR se propõe a explicitar e orientar implementações complexas, como as do campo da saúde, em especial aquelas que envolvem mudanças comportamentais e os desafios para que sejam sustentáveis.

Ainda no capítulo seis, compondo um conjunto de várias entradas e olhares possíveis sobre o Projeto, buscou-se recuperar análises realizadas pelo Programa de Avaliação Institucional Educativa – AvaliaCaminhos, que se juntam às reflexões dos entrevistados quanto aos possíveis efeitos da formação no dia a dia dos serviços de saúde.

Por fim, o que pude aprender e apreender desse estudo, a partir de meu lugar institucional, enquanto trabalhadora de uma ETSUS e de minha participação no projeto Caminhos do Cuidado, está sistematizado nas considerações finais, objetivando contribuir com futuras ações de formação no campo da saúde mental, que tenham como objetivo implementar um cuidado ético e acolhedor a todas as formas de sofrimento mental.

Diante de uma lacuna de conhecimento, esse trabalho se propôs a jogar luz ao papel central que as ações de formação têm na Translação do Conhecimento e, para tanto, importante se faz analisar o processo de implementação dessas ações. Buscando contribuir com o preenchimento dessas lacunas, esse trabalho debruçou-se sobre uma ação formativa de reconhecido êxito (particularmente na perspectiva quantitativa) no âmbito do SUS, procurando indagar as barreiras e facilidades encontradas, destacando as dimensões da Translação do Conhecimento e da implementação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar as dimensões de Translação de Conhecimento e pesquisa de implementação inscritas no âmbito do **Projeto Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental (Crack, álcool e outras drogas)**.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mapear e descrever, a partir da literatura científica disponível, a inserção da formação da força de trabalho em saúde no âmbito das estratégias de translação de conhecimento e dos modelos de pesquisa de implementação no campo da saúde mental;
2. Caracterizar e descrever o Projeto *Caminhos do Cuidado* na perspectiva de sua concepção, metas, estrutura de organização, modelo pedagógico e de implementação adotados à luz das dimensões identificadas no objetivo anterior;
3. Identificar e explorar, junto a atores-chave que participaram da concepção e implementação do projeto, possíveis orientações e/ou expectativas que vinculem o processo de formação dos profissionais à implementação dos conhecimentos/conteúdos na prática cotidiana do cuidado em saúde mental;
4. Sistematizar algumas reflexões que possam contribuir com futuros projetos de implementação no campo da saúde mental.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Uma teoria não é o conhecimento; permite o conhecimento.
 Uma teoria não é a chegada. É a possibilidade de uma partida.
 Uma teoria não é uma solução; é a possibilidade de
 tratar um problema. Por outras palavras, uma teoria
 só realiza o seu papel cognitivo, só ganha vida
 com o pleno emprego da atividade mental do sujeito.
 É esta intervenção do sujeito que dá ao termo
 método o seu papel indispensável.
 (Edgar Morin)

Este capítulo tem por objetivo abordar sobre o método científico e a concepção de ciência que sustenta a abordagem metodológica utilizada, descrevendo os procedimentos metodológicos, abordagem e instrumentos, assim como busca explicitar a maneira como se deu o tratamento dos dados, com vistas à realização da análise do material. Entende-se que todo método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem, de ler a sociedade e de entender a ciência e, por isso, é preciso, desde já, deixar claro o paradigma de ciência que orienta este trabalho.

3.1 SOCIEDADE E CIÊNCIA, CIÊNCIA E SOCIEDADE: UMA RELAÇÃO DE INTERDEPENDÊNCIA

Falar de ciência é falar sobre a sociedade, enquanto falar sobre a sociedade, na sua relação com a ciência, é falar sobre como a ciência responde à organização social de cada momento histórico. A partir deste princípio, algumas questões se colocam: como se construiu o lugar da ciência? Quais episódios interferiram para que a ciência ocupasse um lugar de destaque na nossa sociedade? Teria a ciência respondido às demandas sociais de cada período histórico? Estaria a ciência “viva” no dia a dia das pessoas? Poderíamos falar de ciência boa e de ciência má? Muitas são as perguntas e as formas de ler e de entender o modo segundo o qual ocorre o processo de construção da ciência, afinal, muitos são os lugares de onde parte o olhar do pesquisador.

Parte-se do reconhecimento de que a neutralidade da ciência está descartada, sendo impossível pensá-la desconectada da organização de nossa sociedade, da realidade do mundo acadêmico e das demandas do mercado econômico. É preciso reconhecer que a ciência é produto e produtora das estruturas societárias, portanto, comporta uma complexidade que lhe é intrínseca e que está em seu cerne (MOREL, 1979).

Como produto e agente do contexto social, a ciência é marcada por alguns fatos históricos que contribuíram com seu processo de formação. Pode-se, inicialmente, registrar a invenção da prensa móvel por Gutenberg, que mudou a forma de pensar o conhecimento e de transmiti-lo a partir de sua aplicação na imprensa tipográfica, desde 1440. A partir de então, a transmissão oral do conhecimento perde sua relevância de forma progressiva, iniciando-se um novo ciclo, no qual o domínio da leitura e da escrita define quem sabe e quem não sabe e quem tem domínio do conhecimento, o que provocou uma importante divisão social. A igreja reduz sua supremacia sobre a circulação do conhecimento, uma diversidade de registros, conhecimentos e produções intelectuais passam a circular pela Europa, interferindo na dinâmica social (BURKE, 2003a).

Por volta do século XVI, outro contexto histórico traz relevância para pensarmos a ciência, trata-se da Era dos Descobrimentos ou das Grandes Navegações. A partir das descobertas de outros continentes e das trocas entre as culturas, torna-se ainda mais necessária a transmissão dos conhecimentos populares e práticos, das experiências trazidas do novo mundo, das técnicas de navegação – fato que favoreceu a necessidade de encontros para compartilhar conhecimentos em lugares não formais, como portos, mercados e cafés. Ou seja, o lugar de compartilhamento de saber, até então restrito às universidades, passa a ocorrer em outros espaços, mais abertos para a inovação, para o diálogo, para a exploração e para a produção de artefatos necessários para seguir os movimentos de descobertas de novas terras e de “domínio” da natureza. Esses espaços, que estavam fora das universidades foram chamados de *academias* e receberam crescente apoio da realeza (BURKE, 2003a).

Este movimento de abertura de espaços potentes de conhecimento rompeu com o modelo tradicional das universidades e caracterizou o que foi denominado de uma “nova filosofia” ou uma “filosofia mecânica”. O que marca este novo campo de estudo é a ênfase na natureza, na incorporação dos conhecimentos sobre plantas medicinais (conhecimentos dos alquimistas), incorporando conhecimentos alternativos ao saber estabelecido. Nas palavras de Burke (2003a, p. 53), “[...] parece que para o indivíduo marginal é mais fácil produzir novas ideias brilhantes. Por outro lado, para pôr essas ideias em prática é preciso fundar instituições” e ao fundá-las, num movimento cíclico, essas “instituições mais cedo ou mais tarde se cristalizam e se tornam obstáculos para inovações adicionais”.

Neste período de intensa produção de novos conhecimentos, no qual o acesso aos registros e às experiências se dava quase somente a partir do contato direto entre as pessoas, é compreensível o surgimento da expressão “geografia do conhecimento”, numa referência à

localização das sedes do conhecimento, cada vez mais diversas. Dentre elas, a universidade, o mosteiro, o laboratório, a biblioteca e os cafés, bem como a rota das cidades pelas quais partiam e chegavam as expedições para os novos continentes. Percebe-se, assim, um modelo de disseminação do conhecimento, tendo como referência as cidades centrais, a partir das quais o conhecimento seguia em direção à periferia, entendida como sendo cidades – até os países do hemisfério sul – fora do eixo central.

O processamento do conhecimento ocorria a partir de um movimento que incluía “compilar, checar, editar, traduzir, comentar, criticar, sintetizar ou, como se dizia na época, ‘resumir e metodizar’” (BURKE, 2003a, p. 72). Este modelo de fluxo de conhecimento (centro para a periferia), favoreceu ainda sua centralização e a desqualificação do conhecimento produzido na periferia. As fronteiras entre centro e periferia, nas palavras de Burke (2003b, p. 249), “são mais subjetivas do que objetivas. Mesmo assim, a localização da periferia, junto com o sentimento de estar localizado numa periferia, tem consequências culturais importantes”.

Ainda no século XVIII, os espaços para investigações e pesquisas crescem e se constituem em organizações de fomento à pesquisa, com o objetivo de manter constante o estoque de novos conhecimentos. Os espaços de pesquisa ocorrem em um movimento crescente, até que se estabelece o lugar do pesquisador profissional ou do cientista profissional no século XIX. A partir de então, o pesquisador assume um lugar importante no processo de confiabilidade da própria ciência. Suas escolhas, sua prática, suas pesquisas, seus dados, suas publicações não são ingênuas, mas refletem um movimento em busca de credibilidade, o que lhe garante maior investimento de capital, gerando maior produção, e, conseqüentemente, maior investimento, fazendo girar um ciclo de credibilidade (LATOURET; WOOLGAR, 1997; BURKE, 2003a; FREIRE, 2006).

Reforçando o lugar político do pesquisador, Freire (2006, p. 50), retomando Latour, afirma que “a única maneira de compreender a realidade dos estudos científicos é acompanhar os cientistas em ação, já que a ciência está fundada sobre uma prática, e não sobre ideias”. Seguindo os grandes eventos históricos, temos a II Guerra Mundial, que contribuiu para um reposicionamento do lugar da ciência, ao considerar o valor prático do conhecimento. Entre os anos de 1946 até início dos anos 60, tem-se um período marcado pelo conceito de autonomia da ciência, uma ciência básica ou “pura” – voltada para os problemas reais, separada da sociedade, pautada nos princípios da objetividade, da neutralidade, da universalidade e da independência. Vale destacar que, neste período, muitos cientistas se viram perplexos com o uso de suas pesquisas para fins bélicos e do risco de seus nomes estarem vinculados à guerra.

Sendo assim, advogar por um conceito de ciência pautado na “[...] busca da verdade através da razão e da experimentação” (VELHO, 2011, p. 136) e na formação de pesquisadores treinados para utilizar o método científico era bastante conveniente. A ciência, nesse período, ocupou o lugar de motor do progresso, garantindo o domínio e a incorporação do conhecimento tecnológico, de forma linear, pela sociedade (STORER, 1975; VELHO, 2011).

Após os anos de 1960, inicia-se uma sequência de vários movimentos sociais que começam a questionar o papel e a autonomia da ciência, apontando-a como ocupante de um lugar de solução, mas também de causadora de problemas sistêmicos, à medida que ela interfere no meio ambiente, nos valores e na organização social. Esse questionamento da neutralidade da ciência produziu “[...] uma visão de que, ainda que o conteúdo da ciência seja livre de influências sociais, seu foco, sua direção e seu uso podem e devem ser controlados” (VELHO, 2011, p. 140). Esse contexto social permitiu o nascimento de um novo campo de estudos, chamado de Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia.

Entre as décadas de 1980 e de 1990, embalados pelo processo da globalização, vários pesquisadores trabalharam fora do sistema acadêmico, o que gerou uma desconfiança da própria comunidade científica quanto ao compromisso do pesquisador com as normas de integridade da ciência. Aliada a estes questionamentos, outros pesquisadores apontaram a ausência de uma sociologia do conhecimento científico e reconheceram a ciência como uma construção social, que ocorre na relação entre diversos agentes e em diferentes espaços. Há um consenso de que os dados de produção acadêmica (publicações e citações) não podem ser o instrumento para medir o resultado dos investimentos em pesquisa. Faz-se necessário, então, estimar impactos sociais e econômicos, ampliando a participação de leigos (VELHO, 2011).

Na sequência destes questionamentos, a partir dos anos 2000, observa-se um movimento de reconhecimento da existência de diversas formas de conhecimento, numa relação predominantemente interdisciplinar, que se dá em processos sistêmicos, nos locais mais variados, em uma clara constatação de que é preciso avaliar os impactos sociais da ciência. Por isso, é preciso ampliar a participação de representantes de diferentes comunidades, respeitando aspectos culturais e diversidade de recursos. Reconhece-se que “[...] a ciência é culturalmente situada e construída, e incorpora conhecimentos locais, abrindo espaço para estilos nacionais de produção, ao lado dos universais” (VELHO, 2011, p. 146). Essa concepção sinaliza para um novo paradigma, para novos valores e regras, para uma nova matriz disciplinar (VELHO, 2011).

3.1.1 Paradigma da “ciência normal” e da “ciência pós-normal”

O termo paradigma foi forjado por Thomas Kuhn, inicialmente, no contexto da comunidade científica e pode ser definido como um consenso entre membros de uma comunidade, ou seja, podemos entender paradigma como uma matriz disciplinar, um consenso que orienta toda a comunidade científica, não sendo possível, por isso, a “posse de um paradigma por um indivíduo isolado” (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p. 93). Por sua vez, a comunidade científica tem o poder de retroalimentar o paradigma, na medida em que tem os meios para a socialização, o treinamento e a manutenção do consenso científico em vigor, já que é a “criadora, legitimadora e reprodutora dessa linguagem” (HOCHMAN, 1994, p. 204).

A adequação a um consenso irrefutável, ou seja, a um paradigma, dá origem a uma investigação denominada de ciência normal, numa alusão a uma “atividade altamente convergente baseada num consenso alcançado através de educação científica e reforçada pela posterior vida profissional” (KUHN, 1977, p. 227 *apud* OLIVA, 1994, p. 83).

Entretanto, não há garantia de o consenso científico se manter quando ele não responde às perguntas e aos problemas de determinado momento histórico. Caso isso ocorra, ele entra em crise e permite a emergência de uma nova teoria, um novo consenso, uma nova tradição na prática científica, ou seja, um novo paradigma (HOCHMAN, 1994; OLIVA, 1994).

Morin (2005, p. 73) aponta que “o que diferencia uma teoria científica de uma doutrina é que a teoria é ‘biodegradável’, ela aceita a regra do jogo e sua morte eventual”, ou seja, a ciência se garante pela incerteza, por uma “explicação” que é temporária. O conhecimento científico traz em si a ideia de “falibilismo” e de “falseabilidade” (MORIN, 2005).

Ao reconhecer e retomar o termo “paradigma”, Morin (2005) aponta para uma redefinição deste, destacando os conceitos de “seleção das categorias-chave da inteligibilidade” e de “determinação das operações lógicas-chave”. Estes conceitos retratam a noção de que os indivíduos “conhecem, pensam e agem conforme os paradigmas culturalmente inscritos neles” (BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p. 100) e o fazem porque tal paradigma interfere na seleção e na associação/organização das ideias, determinando as operações lógicas principais. Um paradigma, portanto, “orienta, governa, controla a organização dos raciocínios individuais e dos sistemas de ideias que lhe obedecem” (MORIN, 2005 *apud* BOEIRA; KOSLOWSKI, 2009, p. 100). Não se limitando ao saber científico, o paradigma está presente em todo o conhecimento, em todo o pensamento.

Morin (2005) discute a existência de dois grandes paradigmas na nossa sociedade que, segundo ele, estão em confronto. O primeiro é o paradigma dominante na ciência moderna, pautado na universalidade, na causalidade linear, na redução aos princípios da ordem. O segundo paradigma, o da complexidade, tem entre seus princípios a ideia sistêmica, a noção hologramática, o princípio de auto-eco-organização.

O paradigma da complexidade parte da concepção de que existem complexidades e não uma complexidade, ou seja, tudo acontece ao mesmo tempo e com interações múltiplas. Sendo assim, faz-se necessário que comecemos a pensar a partir da irredutibilidade do acaso e da desordem, da transgressão à abstração universalista, da inclusão da singularidade, localidade e temporalidade, do reconhecimento da complexidade da organização/auto-organização, seja no nível organizacional, social ou biológico, da ideia de que a parte está no todo, assim como o todo está nas partes, do princípio da recursividade e, por fim, do exercício contínuo para encontrar o caminho de um pensamento dialógico (MORIN, 2005).

Funtowicz e Ravetz (1997) caminham na mesma direção ao analisar que a ciência precisa mudar, precisa rever seu lugar num contexto cada vez mais complexo, no qual não cabem velhas “verdades”, como a de neutralidade de conhecimento seguro e de controle eficiente, por exemplo. Os pesquisadores propõem um “método novo, baseado no reconhecimento da incerteza, da complexidade e da qualidade” (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997, p. 220).

A este método, os autores chamaram de “ciência pós-normal”, numa alusão à ciência normal, definida a partir de um paradigma reducionista e linear, em que a prática científica se assemelhava a um quebra-cabeça. O método proposto aponta para a criação de “comunidades ampliadas dos pares” em oposição à comunidade de especialistas - entendendo que, em nome do método científico e do lugar de poder ocupado pela *expertise* científica, houve uma sobreposição a todas as outras formas de conhecimento.

Pode-se entender que a ciência pré-normal, que acontecia com a colaboração de leigos, alquimistas, navegadores e agricultores foi paulatinamente suplantada pela ciência normal, paradigma reducionista e linear, que se debruçou sobre a natureza, buscando compreendê-la e dominá-la no espaço do laboratório, estabelecendo, dessa forma, o método científico.

Neste cenário, o leigo foi excluído e o saber dos especialistas ganhou enorme destaque, interferindo nas decisões políticas. À medida que a sociedade se transformou, inclusive pela força da ciência, problemas mais complexos – de dimensões globais – foram postos à mesa. Em tal situação, a ciência normal não consegue responder, sendo necessário um olhar múltiplo,

atento à interpelação entre todos os fatores: chegamos, assim, ao cerne da ciência pós-normal (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997).

A ciência pós-normal “não substitui as formas tradicionais da ciência, nem contesta o conhecimento científico ou a *expertise* diplomada postulada em seus contextos legítimos” (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997, p. 227). Entretanto, ela sinaliza, de forma límpida, que para responder às necessidades complexas do mundo atual, tais como as questões que envolvem o meio ambiente, o movimento antivacina, questões de bioética, os avanços da Inteligência Artificial, eventos com repercussão em escala local e global, é necessário incluir a “comunidade ampliada de pares”, bem como haver um olhar que não se limite ao método científico tradicional.

Nas palavras de Funtowicz e Ravetz (1997, p. 229),

na ciência pós-normal, enfraquecemos o ideal lógico de predição científica e nos satisfazemos com a meta mais pragmática de “previsão de políticas”. Com relação ao conhecimento adquirido, podemos aprimorar a noção tradicional de “explicação científica”, convertendo-a em “compreensão societária” bem mais ampla. Os novos desafios e a prática emergente da ciência pós-normal podem, assim, engendrar novos ideais para a própria ciência.

Santos (1988) também aponta a necessidade de se propor outro paradigma, destacando que o paradigma dominante não é suficiente para responder às necessidades da sociedade que ele próprio ajudou a construir. Esse novo paradigma, nomeado por ele de paradigma emergente, aponta que é impossível manter a separação entre ciências da natureza e ciências sociais, entre vivo e animado, entre mente e matéria. Destaca que o conhecimento é total, na medida em que é local, e deve responder às necessidades e confluências de um espaço-tempo local, o que permite uma pluralidade de métodos e escrita científica.

O paradigma emergente também reconhece que a separação entre sujeito e objeto é questionável, afirmando ser possível que “[...] o caráter autobiográfico e auto referenciável da ciência [seja] plenamente assumida” (SANTOS, 1988, p. 68). Por fim, o autor reconhece que o conhecimento do senso comum tem um caráter libertador e pode ser ampliado se colocado em diálogo com o conhecimento científico. Nas palavras de Souza (1988, p. 70), “a ciência pós-moderna, ao sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida”.

Este trabalho parte e se orienta a partir do paradigma emergente ou pós-normal, reconhece que ler o mundo real, as experiências, exige lidar com a variabilidade, com a

complexidade. Considera que a compreensão de sujeito e objeto não são excludentes, e sim complementares.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo como referência o paradigma da ciência pós-moderna, produziu-se um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que se caracteriza fundamentalmente pela obtenção de dados mediante interação do pesquisador com a situação e o objeto de estudo, na qual a subjetividade sai de um lugar coadjuvante para ser compreendida como protagonista no processo de pesquisa (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2016). Nesse sentido, é bom que se reconheça de pronto que a autora também participou, em nível estadual, da estratégia formativa Caminhos do Cuidado, a qual é objeto de análise.

Ao balizar e afirmar o rigor da análise, buscamos em Morin (2002) a noção de objetividade. Para o autor, todo conhecimento envolve um sistema complexo constituído de objetivação e subjetivação, de forma que o conhecimento científico é produzido a partir desta interação. Assim, o sujeito pesquisador 'perturba' o objeto, do mesmo modo que o objeto 'perturba' a percepção do observador.

Dessa forma, consideramos que a pesquisa é influenciada pela subjetividade do pesquisador, suas ideias, trajetórias, seus valores e crenças e concordamos com Dalbello-Araújo (2008, p. 111) ao mencionar que “o pesquisador se afeta e é afetado pelas relações de pesquisa que estabelece”. Nesse sentido, a autora adverte que, desde a formulação do problema de pesquisa e, mais ainda, na fase do trabalho em campo, é essencial que as convicções do pesquisador não se sobreponham ao inusitado. Para garantir o rigor, Alves-Mazzoti (1998) aponta que, ao submeter a pesquisa a constantes análises críticas dos pares, a objetividade tende a ser alcançada.

Este trabalho se configura como uma pesquisa exploratória que se caracteriza como aquela que busca proporcionar “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p. 45). Ainda que o tema da formação ou qualificação dos profissionais de saúde seja bastante debatido, a intenção de lançar o olhar para uma experiência concreta, com vistas a dela extrair dimensões úteis para a translação do conhecimento em outras ofertas de formação no campo da saúde mental, confirma o caráter de ineditismo desse trabalho.

Também se compreende que esta pesquisa tem contornos que poderiam qualificá-la como um estudo de caso, como bem conceituou André (2008) na área de avaliação educacional e que foi frequentemente utilizado em análises educacionais postuladas por Lucke e André (2009). Esses autores preconizam que tais estudos exploram os dados em termos de suas relações com o contexto em que foram produzidos e sugerem que o pesquisador esteja atento aos significados que os sujeitos envolvidos lhes atribuem (ANDRÉ, 2008).

Este estudo se debruçou sobre uma bem-sucedida estratégia de formação em saúde mental, ocorrida entre outubro de 2013 e agosto de 2015, no âmbito nacional do SUS, o Projeto *Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental (Crack, álcool e outras drogas)*, procurando explicitar suas dimensões de Translação de Conhecimento, e suas possíveis dimensões de implementação, compondo o ciclo saber-fazer. Assim sendo, adquire caráter descritivo-analítico e retrospectivo, e cumpre também as premissas de um estudo de caso postas por Yin (2015), que ressalta que tais estudos devem ter foco em fenômenos complexos, contemporâneos e inseridos em contextos da vida real.

Para a consecução dos objetivos, delineamos a pesquisa em quatro etapas de procedimentos: na primeira etapa da pesquisa, realizou-se uma imersão na literatura; a segunda consistiu na pesquisa documental; a terceira é baseada nos depoimentos dos entrevistados; e, na quarta etapa, a ação educativa foi submetida e analisada por meio de um *framework* de análise de implementação, qual seja, o *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*.

Inicialmente, foi realizada uma revisão, nos moldes de revisão narrativa, a qual se deu visando mapear os principais conceitos que sustentam a pesquisa, e permitiu descrever, de forma mais clara, as interseções entre Translação de Conhecimento e Ciência da Implementação (CI), bem como contextualizar o campo da saúde mental quanto aos aspectos históricos e suas diretrizes atuais e a formação da força de trabalho da saúde, em especial a formação de nível médio, no Brasil. Para isto, foram realizadas buscas, não sistematizadas, tanto em bases de dados referenciais, como *PubMed*, *WoS*, *Scopus*, assim como nos espaços virtuais/repositórios da OMS e das organizações internacionais, tais como *Pan American Health Organization* e o próprio CFIR, que sistematiza as atualizações do referido *framework*.

Observou-se que tais organizações vêm investindo e orientando, metodologicamente e de forma crescente, como estruturar projetos de pesquisa que abarquem a Translação de Conhecimento e estratégias de implementação. Dessa forma, pudemos explorar a literatura e pontuar alguns textos seminiais e publicações da OMS que formam um cerne de autores e

metodologias que vêm sendo usadas, tanto no desenho das propostas quanto na avaliação de projetos/ações/iniciativas já realizadas. Assinalamos que tal revisão foi basal para fundamentar as etapas posteriores, e a síntese destas abordagens, dimensões, modelos e orientações, considerados nos processos de TC e CI para a formação de profissionais, estão cotejadas e são expostas no capítulo 4. Entretanto, vale destacar que não foi objeto desse trabalho uma busca exaustiva, mas um recorte teórico-conceitual avaliado como oportuno e adequado à investigação proposta.

No capítulo cinco, investigam-se experiências que tratassem da aplicação/análise da TC e CI relacionados às ações educativas no campo da saúde mental, de fato, um olhar bem mais específico, em que o conjunto de produções encontrado foi bem menor.

Uma segunda etapa foi fundamentada com base em pesquisa documental. A análise de documentos visa o tratamento daqueles documentos ainda não examinados e sistematizados (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015) e, por isso, possibilita a compreensão de fatos, mentalidades e práticas dentro de um contexto histórico e social (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Comumente, são classificados como documentos, leis, relatórios, atas de reunião, memorandos, jornais, arquivos escolares, dentre outros, que representam uma fonte natural de informação de um determinado contexto.

Notamos que o projeto *Caminhos do Cuidado*, mesmo tendo seu êxito reconhecido (particularmente na perspectiva quantitativa), ainda carece de um corpo de investigação que permita analisá-lo de forma mais contundente. A dissertação de mestrado intitulada “Caminhos do Cuidado: uma análise da formação do currículo em saúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem”, publicada em 2017 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, foi a única produção acadêmica identificada e, por essa razão, a busca dos dados foi realizada pelo levantamento de relatórios e documentos similares, que puderam ser acessados no site Observatório do Cuidado⁴ e no Repositório Institucional da Fiocruz - ARCA. Tais documentos serviram de base para uma descrição da gênese do projeto, do contexto histórico de sua criação, suas interlocuções institucionais, a forma de organização e o modelo de gestão. Especial atenção foi dada ao papel desempenhado pelas Escolas Técnicas do SUS quanto à capilaridade da execução do projeto e ao modelo pedagógico empregado, sua implementação, bem como os resultados alcançados.

⁴ Fonte: www.observatoriodocuidado.org.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa EPSJV-Fiocruz sob o número 5.348.609.

A fim de complementar a informação e como aprofundamento de análise por parte de importantes participantes do projeto em tela, um terceiro passo foi dado, no qual foram realizadas cinco entrevistas com atores-chave envolvidos na concepção, organização e implementação do *Caminhos do Cuidado*, em diversas posições institucionais. Esses atores foram eleitos a partir dos relatórios técnicos disponíveis no citado Observatório do Cuidado e indicados por seus pares, tendo em vista os lugares institucionais que ocupavam na Coordenação de Saúde Mental, no Departamento de Atenção Básica, na Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde e em Instituições de Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS, pois estavam envolvidos na concepção e na execução do projeto.

A técnica de entrevista tem como caráter principal a interação entrevistador-entrevistado, não possibilitada por outras formas de coleta de dados. Ela permite aprofundar e fazer esclarecimentos ou correções sobre as questões pesquisadas. Contudo, esta possibilidade aumenta ao passo que há liberdade na condução da entrevista, dependente, portanto, da desenvoltura do entrevistador em fazer o entrevistado sentir-se seguro (LÜDKE; ANDRÉ, 2009). Por este motivo, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada, uma vez que possibilita maior liberdade e interação (BAUER; GASKEL, 2009). Nessa modalidade, o entrevistador pode e deve decidir, durante a entrevista, quando e em que sequência fazer quais perguntas.

As entrevistas semiestruturadas têm sido utilizadas em larga escala nas pesquisas que lançam mão de abordagens qualitativas, nas quais o entendimento ou mesmo o significado atribuído aos conteúdos são matéria-prima e levados em conta na análise. Nas entrevistas com roteiro, porém semiestruturadas, o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal. Entretanto, Lakatos e Marconi (2003) advertem que, para que este diálogo flua, e ao mesmo tempo os temas em foco sejam profundamente tratados, são necessárias habilidade e perspicácia por parte do entrevistador.

Dessa forma, configurou-se como de extrema relevância um roteiro que respeitasse uma lógica de complexificação crescente das questões. Tal roteiro de entrevista (Apêndice A) foi elaborado com seis questões e, para sua elaboração, tivemos como eixo as diretrizes oriundas da síntese das dimensões de TC e CI. Ou seja, uma exploração do contexto sobre a temática saúde mental e uso de álcool e outras drogas, das políticas públicas em saúde mental e atenção básica e do ambiente externo; a descrição da concepção do curso, seus objetivos e a produção do material, seguidos pelas estratégias e desafios para implementação da ação educativa; e, por

fim, a avaliação e possibilidades de sustentabilidade da prática de cuidado que orientou a ação educativa.

Este roteiro foi primeiramente testado e, tendo em vista que não foram identificadas quaisquer questões supérfluas ou de difícil entendimento pelo entrevistado, seu conteúdo foi mantido no *corpus* da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas durante o período de setembro de 2022 a fevereiro de 2023, por meio da plataforma *Teams*. Ressalta-se que o engajamento dos sujeitos das entrevistas foi grande, ao ponto de também compartilharem registros pessoais, relatórios, memórias, fotos e outros materiais relativos às atividades coletivas realizadas durante o projeto. Tanto a riqueza das entrevistas quanto o material ofertado em muito contribuíram para a compreensão dos meandros do projeto em análise.

Assim, além da interação ter sido calcada na confiança e respeito, a flexibilidade na estruturação da entrevista também contribuiu bastante. É preciso registrar, outrossim, que a pesquisadora também participou do projeto analisado, o que, de certa forma, permitiu uma proximidade com os termos e eventos que foram citados durante as entrevistas. No entanto, em contrapartida, exigiu um árduo e contínuo exercício de distanciamento para “ler” as mensagens e compreensões dos entrevistados e o conteúdo dos documentos.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas em seus conteúdos, buscando identificar semelhanças, complementaridades e contradições em articulação com a pesquisa documental. As entrevistas foram inicialmente sendo organizadas pelas dimensões das perguntas, posteriormente foi realizado um agrupamento em que as respostas de cada pergunta, de todos os entrevistados, eram analisadas. Esse *corpus* foi essencial para a análise posterior, com a utilização do *framework* CFIR, que tem por objetivo levantar os fatores envolvidos nos processos de implementação complexos, dando clareza e consistência sobre como esses fatores atuam durante o processo de implementação.

Esse grande conjunto de dados possibilitou um rigoroso processo de exame, que se estabeleceu como síntese das etapas e procedimentos anteriores. Nesta análise, buscou-se explicitar a perspectiva teórico-conceitual da modelagem da ação formativa e os resultados alcançados, procurando identificar se a estratégia foi efetiva em sua implementação e as possíveis contribuições para a TC no campo da saúde mental.

Finalmente, intentou-se situar o *Caminhos do Cuidado* dentro das dimensões de TC e CI sintetizadas na etapa anterior. Essa descrição detalhada, bem como a articulação de seus fundamentos com as dimensões da TC e CI estão explicitadas no capítulo seis.

Tendo como referência o campo de conhecimento da TC e da CI, as produções que compartilharam experiências de ações educativas relacionadas ao campo da saúde mental e a análise do Caminhos do Cuidado, algumas reflexões a partir do exercício de análise realizado foram sistematizadas nas considerações finais do trabalho. Mesmo reconhecendo que o exercício reflexivo ocorreu a partir de um estudo de caso e que não há nada definitivo, faz-se importante destacar reflexões que podem contribuir para que a oferta de ações de formação direcionadas aos recursos humanos do campo da saúde possam reverberar em mudanças reais na prática do cuidado em saúde.

4 RESGATANDO A CONSTRUÇÃO DOS CAMPOS DE CONHECIMENTO

O campo de conhecimento da TC e CI são ainda recentes na literatura, datam do final do século passado e, por isso, ainda carecem de consenso. Debruçar-me sobre o campo teórico conceitual dessa temática permitiu entender o desafio de posicionar-se nesse campo, localizar as contribuições possíveis, fazer escolhas analíticas sobre as diversas dimensões, e não restringir a síntese.

Quanto ao campo da Saúde Mental e da Formação em saúde, há uma história longa no contexto nacional, que retrata movimentos disruptivos, orientações comuns, pontos de inflexão, avanços e retrocessos que requerem um aprofundamento no olhar. Reconhecer o caráter processual da vida e da organização do sistema de saúde e de educação, os efeitos micropolíticos que vão produzindo rupturas, transformações e, em alguns momentos históricos, mudanças de paradigmas, são importantes para localizar o tempo de um estudo.

4.1 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO E CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

As investigações sobre os condicionantes que promovem ou limitam a incorporação de novos conhecimentos em diferentes campos da prática, ao longo de diferentes períodos históricos e contextos locais, remontam ao século XIX, em especial aos estudos de Gustave Le Bon (1980) e Gabriel Tarde (2005) sobre o porquê de algumas inovações serem adotadas e outras, negligenciadas. Desde então, houve um esforço de diversos grupos, de diferentes países e áreas do conhecimento, para aprofundar os estudos sobre a lacuna entre o “saber” e o “fazer”, entre a “pesquisa” e a “prática”.

Em especial no campo da saúde, o volume de investimento tem sido bastante robusto, e, mesmo que pesquisas clínicas comprovem a eficácia da inovação, sua incorporação na prática dos profissionais, segundo alguns especialistas, pode levar mais de 17 anos, quando é adotada. Pesquisas apontam que apenas 50% das inovações clínicas chegam a ser de uso geral na prática da saúde. O retorno do investimento em pesquisas, o número de mortes evitáveis e a melhoria da qualidade de vida, caso as inovações fossem adotadas, fez com que crescessem os esforços para compreender os fatores envolvidos na adoção, ou não, de uma inovação (GREEN et al., 2014; BAUER et al., 2015; PHILLIPSON, 2016; BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020; BAUER; KIRCHNER, 2020).

Uma análise rápida talvez nos levasse a pensar que o ritmo acelerado das pesquisas no campo da saúde ultrapassasse nossa capacidade de absorvê-las. Bauer e Kirchner (2020), no entanto, ressaltam que os desafios da adoção de uma inovação podem ser encontrados em contextos muito anteriores, como o uso de frutas cítricas para tratamento do escorbuto, em 1747, e a utilização da penicilina na década de 1940, em contraste com a rápida adoção do tratamento de antirretrovirais para HIV/AIDS. A mesma análise pode ser aplicada no contexto atual, diante da baixa cobertura vacinal no Brasil e em outros países, por exemplo. Tal fato vai ao encontro da visão dos autores, que afirmam que a robustez da evidência científica é, com certeza, um dos fatores envolvidos na adoção da inovação, não necessariamente o mais importante.

A partir da década de 1990, pôde-se observar uma ampliação da pesquisa clínica, com a inclusão de fatores externos, priorizando a análise da relevância e da possibilidade de transferência da inovação, ou seja, passou-se a mapear, enfatizar e compreender os fatores contextuais, e não apenas a eficácia de uma nova conduta clínica (BAUER; KIRCHNER, 2020).

O reconhecimento de que era necessário se debruçar sobre os fatores envolvidos no processo de adoção de uma inovação fez com que organismos internacionais, financiadores, institutos e comissões de saúde de vários países estimulassem essa investigação, definindo estratégias para mapear os resultados e impactos das pesquisas, contribuindo, sobremaneira, para o nascimento de um novo campo de estudo (WALLIN, 2009; BAUER; KIRCHNER, 2020).

Um dos primeiros desafios desse novo campo é compreender termos e conceitos presentes na área. Conceitos tais como “difusão”, “disseminação”, “translação do conhecimento” e “implementação” povoam a literatura da área, todos dedicados, a partir de diferentes áreas do conhecimento, a discutir as dimensões relacionadas ao movimento do conhecimento da ciência para a prática e atenção em saúde (GRAHAM et al., 2006).

Um texto referência e seminal para a área foi publicado por Everett Rogers nos anos sessenta do século passado (1962) e apresenta uma teoria da difusão do conhecimento, desenvolvida a partir de observações e pesquisas do processo de propagação de inovação em sistemas agrários. Na obra, o autor afirma que a inovação pode ser uma ideia, uma prática, um produto ou mesmo um projeto, desenvolvido muito recentemente, ou percebido como novo. Ele destaca que a difusão – propagação natural de ideias e/ou sua disseminação –, esforço consciente para difundir novos conhecimentos, políticas e práticas de uma inovação, precisa ser pensada a partir de um contexto social, em que múltiplas variáveis estão presentes, incluindo o próprio

campo de conhecimento, a transferência da tecnologia e as decisões políticas (SAHIN, 2006; GREEN et al., 2014; BAUER; KIRCHNER, 2020).

No que diz respeito à definição de translação do conhecimento (TC), apesar de não haver consenso na literatura da área da saúde, bem como a tradução para o português apresentar um fator dificultador adicional, a definição mais comumente aceita é a que foi proposta pelo *Canadian Institute of Health Research* (CIHR), que a descreve como um processo dinâmico e interativo. Este inclui a troca, síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente adequados do conhecimento, objetivando a melhoria da saúde, além de serviços e produtos mais efetivos, o que, conseqüentemente, levaria ao fortalecimento do sistema de saúde (*CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH*, 2016; MARTINEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

Sendo assim, estamos reconhecendo a TC como um campo amplo de conhecimento que inclui as atividades de produção da pesquisa, a gestão dos resultados e sua disseminação, que envolve pesquisadores, usuários do conhecimento, as estratégias para colocar em prática essa inovação, sua finalidade, as necessidades e interesses das partes interessadas (*stakeholders*), que podem ser pacientes, profissionais de saúde, gestores públicos ou mesmo financiadores de pesquisa e pesquisadores (MARTINEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

O reconhecimento de que a incorporação de um novo conhecimento vai muito além da sua credibilidade, veracidade e comprovação científica fez com que um grande campo de estudos se abrisse, buscando entender o emaranhado, ou rede de conexões, que permite maior ou menor adesão a uma inovação. Saímos da ideia de transferência de conhecimento para o conceito de translação do conhecimento, incluindo nessa mudança de perspectiva a produção de um conhecimento conectado com as necessidades, em diálogo permanente com todas as partes interessadas, reconhecendo os diversos contextos e conjunturas políticas, os quais se espera que sejam manifestados eticamente. Reconhecendo que, na produção da ciência, assim como em outras áreas, não existe produção “desinteressada”, não há neutralidade, não há linearidade, pois evidenciar toda essa rede de conexões e interesses é fundamental para entender e propor a adoção de estratégias inovadoras, que tragam benefícios à saúde da população.

É nesse sentido que Barwick, Dubrowski e Petricca (2020) ressaltam a importância em se ampliar o conceito de TC proposto e amplamente aceito pelo CIHR. Na perspectiva apresentada pelos autores, a TC precisa incluir processos e estratégias que garantam o acesso à evidência científica, a compreensão dessas evidências e dos seus benefícios, chegando a como implementá-las. O acesso à evidência coloca-se como um passo inicial à implementação e,

nesse cenário, aproximamo-nos do lugar da formação. Vale destacar que, segundo os autores, os benefícios que os usuários do conhecimento são capazes de atingir podem ser da ordem da incorporação de um novo conceito, uma intervenção, uma nova tecnologia ou mesmo o aprimoramento de um conhecimento. Compreende-se, assim, que o objetivo principal da TC é acelerar a integração dos benefícios das evidências científicas, sendo que esses benefícios podem estar relacionados a conhecimentos, atitudes, comportamentos, práticas e políticas.

As vantagens de uma evidência científica dependem da forma como os resultados da evidência são capturados e pode-se categorizá-los em instrumental, conceitual e simbólico. Por *instrumental*, entende-se a aplicação dos resultados de pesquisa em ações concretas, ou seja, como essa inovação foi ou está sendo implementada. Os fatores que interferem nessa implementação são múltiplos e complexos, configurando uma subespecialidade do campo da TC – a Ciência da Implementação. O uso *conceitual* se refere ao conhecimento aprimorado, que pode influenciar as ações práticas, porém de forma indireta. O benefício *simbólico*, por sua vez, diz respeito ao uso das evidências de pesquisa para legitimar ou reforçar determinadas posições (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

A TC, portanto, envolve difusão e disseminação de informação; a gestão do conhecimento, entendido como processos, estratégias e sistemas que buscam aprimorar o armazenamento, gerenciamento, compartilhamento e fluxos do conhecimento; e a síntese ou aplicação deste conhecimento, por meio do uso de métodos e estratégias para implementar uma intervenção que provoque mudança de prática em contextos específicos, considerando sempre um sistema complexo e múltiplo, de interações constantes entre pesquisadores e usuários do conhecimento (ACKERLEY, 2017; BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

Importante destacar que uma evidência científica sempre descreve um “ideal”, um padrão, não representando necessariamente o contexto de vida cotidiana de cada população. Em outras palavras: uma evidência é global, mas precisa ser tecida no nível local para ser incorporada.

Uma evidência científica, quando é orientada para a incorporação na vida dos sujeitos reais e colocada em contexto de uso na prática profissional, encontra um cenário com múltiplas variáveis que não foram consideradas no momento de seu nascimento. Tem-se, assim, um amplo campo de investigação para entender fatores, situações, envolvimento dos profissionais, adaptações necessárias para o contexto local, além de fatores organizacionais que envolvem, entre outros, a abertura para mudanças (FORMAN *et al.*, 2013).

Barwick, Dubrowski e Petricca (2020) destacam que a evolução da TC pode ser dividida em quatro ondas sucessivas, com foco e nível de apoio político diferentes. A primeira onda, entre os anos de 1920 e 1960, marca a primeira iniciativa oficial para maximizar o impacto da ciência nas necessidades da sociedade, e tem como marco o trabalho seminal escrito por Everett Rogers, em 1962, citado anteriormente. Ali, o autor afirma que o processo de decidir, com o intuito de implementar uma inovação, depende fortemente dos membros do sistema social e envolve cinco etapas: o *conhecimento* – saber sobre a inovação, entender sua utilidade e como utilizá-la; a *persuasão* – aponta para uma atitude positiva ou negativa em relação à inovação, influenciada por seus pares e pelo reforço social, essa etapa é marcada pelo aspecto afetivo; a *decisão* por adotar ou não uma inovação pode ter relação com possuir uma base de teste; a etapa da *implementação* – é quando há o processo de usar uma ideia existente, um fator destacado pelo autor é a possibilidade de reinvenção da inovação; e, por fim, a *confirmação* – quando o indivíduo busca validação para sua decisão, na maioria das vezes buscando mensagens que confirmem a decisão (SAHIN, 2006).

Detalhando um pouco mais a teoria da difusão, Roger (1962) apresenta alguns elementos principais que influenciam a disseminação de uma ideia, sendo eles os seguintes: a própria inovação, os adotantes, os canais de comunicação, o tempo e um sistema social. A inovação será mais prontamente incorporada se for percebida como vantajosa – com avaliação sempre muito subjetiva, compatível com o sistema pré-existente, menor complexidade ou dificuldade para aprender, possibilidade de experimentar, potencial para reinvenção e os efeitos observados.

Em relação aos adotantes, que podem ser indivíduos ou mesmo organizações, Rogers (1962) destaca alguns traços de personalidade, assim como habilidades e motivação. Os canais de comunicação são fatores que interferem nesse processo social de inovação, as fontes da mensagem podem ser os indivíduos ou as instituições, caracterizando canais interpessoais – comunicação bidirecional e a comunicação de massa representada pelos canais de massa. A comunicação de massa tem a função de espalhar o conhecimento para um grande público, enquanto as comunicações interpessoais são geralmente mais eficazes na formação e mudanças de atitudes mais arraigadas. Ressaltando os aspectos interpessoais, Rogers afirma que a “difusão é um processo muito social que envolve relações interpessoais de comunicação” (ROGERS *apud* SAHIN, 2006, p. 19).

Na segunda onda, entre os anos de 1960 e 1980, a TC expandiu os estudos sobre eficácia e estratégias de disseminação e utilização de inovações, por meio do uso de materiais impressos,

conferências, filmes etc. A terceira onda, na década de 1990, caracterizou-se por uma grande ampliação dos estudos de TC, com parcerias estratégicas, agências de vários governos preocupados em transformar as evidências científicas em ação concreta. Num movimento crescente, os fatores envolvidos na TC começaram a ser reconhecidos e ampliados – começando pela disseminação, passando pelos critérios de utilização, pela participação dos usuários do conhecimento até o reconhecimento da importância de um plano integrado que envolvesse os gestores e a política pública. Já a quarta onda, classificada como tendências contemporâneas na TC, inicia-se nos anos 2000 e sinaliza a TC como uma prioridade internacional, com forte apelo de várias agências financiadoras de pesquisa e governamentais, com a criação de periódicos destinados ao tema e à emergência de um novo campo de conhecimento, a Ciência da Implementação (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

A Ciência da Implementação foi definida por Eccles e Mittman (2006, p. 2) como “o estudo científico de métodos para promover a aceitação sistemática dos resultados da investigação e outras práticas baseadas em provas na prática de rotina e, por conseguinte, para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde”⁵. Estamos, portanto, num campo de estudos científico que se debruça sobre os métodos que podem contribuir para a adoção sistemática de inovações no campo da saúde, seja em contextos clínicos, comunitários ou de política pública.

Bauer e Kirchner (2020) reforçam que a Ciência da Implementação tem como objetivo identificar os múltiplos fatores que afetam a adoção de uma inovação e o seu uso rotineiro, não se debruçando sobre o impacto dessa inovação no campo da saúde, apesar de acreditarem que uma inovação só deve ser implementada se houver fortes evidências do impacto positivo no campo da saúde. Estamos, dessa maneira, num campo voltado à investigação rigorosa, o qual se utiliza de métodos e estratégias que buscam descortinar barreiras e facilitadores envolvidos na adoção de uma inovação, destacando os diversos fatores contextuais – aspectos individuais, organizacionais e sociais –, as relações recíprocas entre esses fatores, e o desenvolvimento de estratégias capazes de superar as barreiras, aumentando, assim, a adoção da inovação. Ou seja, é sobre e a partir dessa rede intrincada, complexa e pulsante de múltiplas variáveis que emerge o campo da Ciência da Implementação (ECCLES; MITTMAN, 2006; SAHIN, 2006; WALLIN, 2009; BAUER; KIRCHNER, 2020).

⁵ No original: “[...] *the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings and other evidence-based practice into routine practice and, hence, to improve the quality and effectiveness of health services*”.

A CI tem como método uma observação cuidadosa de todo o processo que cerca a implementação. Deve, portanto, capturar as particularidades e as sutilezas envolvidas no processo e, assim, poderá utilizar vários métodos, tanto quantitativos quanto qualitativos (FORMAN *et al.*, 2013; BAUER *et al.*, 2015).

Ao se debruçar sobre estratégias de implementação e sobre as sutilezas desse processo, sempre local, abre-se um campo amplo de fatores sociais, institucionais e subjetivos que, em interação constante, facilitam ou dificultam o processo. Latour (2012) já afirmava que quem carrega o conhecimento são as pessoas, sendo que estas o fazem dependendo da forma como trazem em seus corpos as marcas/efeitos desses conhecimentos.

Nesta rede interconectada, que envolve a implementação de uma inovação, o engajamento de usuários tem recebido atenção importante. Sabe-se que, para além das preferências dos usuários quanto ao tipo de linguagem, formato de divulgação, canal de comunicação, qualidade de evidências e relevância de resultados, é necessário considerar a participação das partes interessadas (*stakeholders*) no planejamento das pesquisas, assim como nas estratégias para divulgação e implementação do conhecimento. Os fatores envolvidos no maior ou menor engajamento dos *stakeholders* ainda não estão claros, sabe-se que eles sofrem forte influência dos diferentes contextos locais e, neste sentido, torna-se necessário se debruçar sobre métodos, estratégias e estruturas conceituais que podem sinalizar algumas generalizações que, respeitando o contexto local, podem servir de orientadores para a implementação (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

Estamos, assim, num cenário em que macroquestões sociais e institucionais relacionam-se intimamente com o espaço micro/subjetivo. Um cenário em que não cabem divisões, separações, e sim, mapeamento de redes e de interferências e convergências mútuas.

Talvez, por isso, seja consenso entre estudiosos da TC que não existe uma estratégia universal e eficaz para todos os contextos: a implementação é complexa e multidimensional. Essas estratégias precisam ser adequadas às especificidades de cada contexto, aos objetivos específicos de cada novo conhecimento, inovação ou prática, bem como a todas suas possíveis interações (BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

A Pesquisa de Implementação (PI), por sua vez, pode ser definida como um campo de estudo científico que se debruça sobre os “[...] métodos para promover a absorção sistemática dos resultados da pesquisa e outras práticas baseadas em evidências na rotina diária” (ECCLES; MITTMAN, 2006, p. 1, tradução nossa). Esta tem como foco testar estratégias para aumentar a adoção e sustentabilidade da implementação, reconhecendo que modificações, adequações e

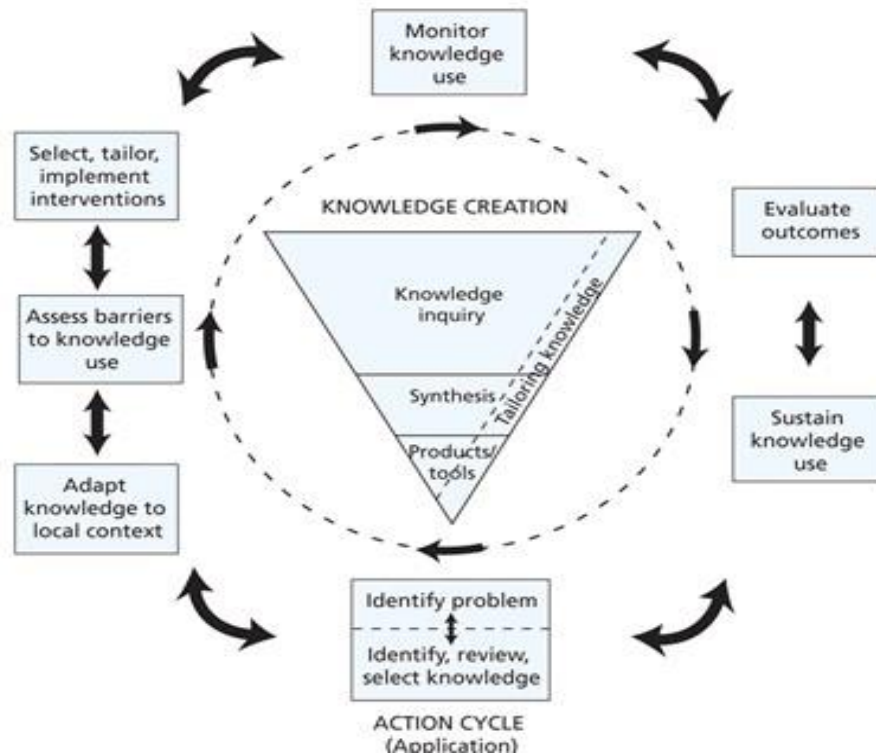
mudanças de rota estão intrínsecas a esse processo. A pesquisa de implementação difere da disseminação de informação, a PI amplia as estratégias, ressaltando o papel importante de todos os atores envolvidos desde o início do desenho da pesquisa de implementação, afinal, uma inovação será implementada por causa deles, e não apesar deles (BAUER; KIRCHNER, 2020).

Importante salientar que, apesar de estarem relacionados e da grande confusão entre os termos TC, CI e PI, estes não são sinônimos. A TC é um termo abrangente, um constructo teórico conceitual que se concentra na transferência do conhecimento para a prática, incluindo nesse cenário a tomada de decisão para sua adoção, a mudança de política, a identificação de lacunas de implementação e o desenvolvimento de estratégias para superar as lacunas. A CI é uma subespecialidade da TC, apoia-se numa abordagem multidisciplinar, contando com conceitos e métodos de várias disciplinas, voltada para estratégias que possam facilitar a implementação de uma inovação baseada em evidências científicas. A PI, por sua vez, é uma área de pesquisa ainda mais específica que se concentra em avaliar a eficácia da implementação de programas e políticas num contexto/território específico (WALLIN, 2009; BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

A Ciência da Implementação organiza sua produção teórica por meio de teorias generalizadas – ainda em desenvolvimento, em função do tempo relativamente recente do campo de conhecimento –, de modelos e de representações mais simplificadas de teorias que buscam descrever variáveis envolvidas no processo de implementação e, por fim, de estruturas operacionais orientadoras (*frameworks*), que representam um esforço de sistematização. Estas, utilizando uma linguagem mais genérica e inclusiva, conceitos e definições que têm como objetivo explicitar e orientar como as intervenções baseadas em evidências devem ser pensadas e colocadas em prática para serem, de fato, sustentáveis, o que caracteriza a subespecialidade da CI (DAMSCHRODER, 2020; BARWICK; DUBROWSKI; PETRICCA, 2020).

O *Knowledge to Action* (KTA) (figura 1 a seguir) é uma dessas estruturas, e vem sendo aplicada frequentemente, com maior ou menor fidelidade teórica, nas pesquisas de implementação de políticas públicas. O KTA é um framework de processo que propõe orientações práticas para o planejamento e a execução das metas de implementação (DAMSCHRODER, 2020).

Figura 1 – KTA Framework



Fonte: Graham *et al.* (2006).

No contexto da assistência à saúde, a experiência mostra que a implementação do conhecimento baseado em pesquisa na vida real é complexa e encontra inúmeras limitações e barreiras, o que pede uma constante recontextualização da evidência para que possa ser implementada. Além disso, a geração de conhecimento e a implementação de soluções novas e existentes é um processo cíclico intrincado, que Graham *et al.* (2006) denominaram como o caminho e a estrutura do “conhecimento para a ação”.

Na mesma linha de investigação, o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)⁶, desenvolvido originalmente no ano de 2009 (figura 2 a seguir), é, como o próprio nome sugere, fruto de um grande trabalho de síntese da literatura sobre implementação, apoiando-se no trabalho seminal de Everett Rogers, *Diffusion of innovations*, do ano de 1962. Pode ser definido como um *framework* que descreve estruturas determinantes, construtos que podem influenciar os processos de implementação (DAMSCHRODER, 2020).

Importante recuperar como chegamos à construção desse importante *framework*, amplamente utilizado no campo da saúde. O ponto de partida, como já descrito, foi o trabalho de Everett Rogers, de 1962. Na sequência, Greenhalgh e colegas realizaram, em 2004, uma revisão sistemática sobre a difusão de inovações em organizações de serviços de saúde,

⁶ <https://cfirguide.org/>

solicitada pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, entre os anos de 2002 e 2003, com o objetivo de desenvolver uma agenda de modernização do serviço de saúde daquele país.

A produção de Greenhalgh *et al.* (2004) também se tornou uma referência muito importante para a área, ao propor um modelo para a implementação de uma inovação, destacando alguns atributos envolvidos na adoção de uma inovação, entre eles: a identificação de algum atributo-chave; a percepção clara de um bom custo-benefício; a compatibilidade com valores, normas e formas de trabalho da organização e do profissional; a facilidade de uso; a possibilidade de testar; a observação visível dos benefícios; a adaptabilidade às necessidades profissionais ou da organização; a possibilidade de uma “reinvenção” sem comprometer o “núcleo duro” da inovação; a transferência do conhecimento já adquirido para a inovação; e o suporte para a utilização da inovação.

Todos esses atributos aqui listados, vale destacar, não são garantia de que a inovação seja de fato incorporada. É a interação entre a inovação, as características psicológicas das pessoas que utilizarão a inovação, suas redes de trocas sociais, o contexto histórico, geográfico e cultural, as redes intraorganizacionais e, em especial, as características das organizações – seus determinantes estruturais, sua forma de gestão, sua receptiva a mudanças e inovação, a influência de outras organizações. Esse são os fatores que podem intervir na maior ou menor adesão a uma inovação. Greenhalgh *et al.* (2004), importante enfatizar, dão relevo à estrutura, liderança, rotinas e plano de implementação das organizações.

Os autores insistem em afirmar que inovações simples podem ocorrer a partir da adoção pelo indivíduo, entretanto, inovações complexas, que envolvem processos como no campo da saúde, a adoção pelo indivíduo, mesmo que bem-sucedida, é apenas uma parte do processo de assimilação. Nesse grande campo de possíveis interferências, vamos encontrar as redes de influência interpessoal, a influência do líder de opinião e os programas formais de disseminação de inovação nas organizações (GREENHALGH *et al.*, 2004).

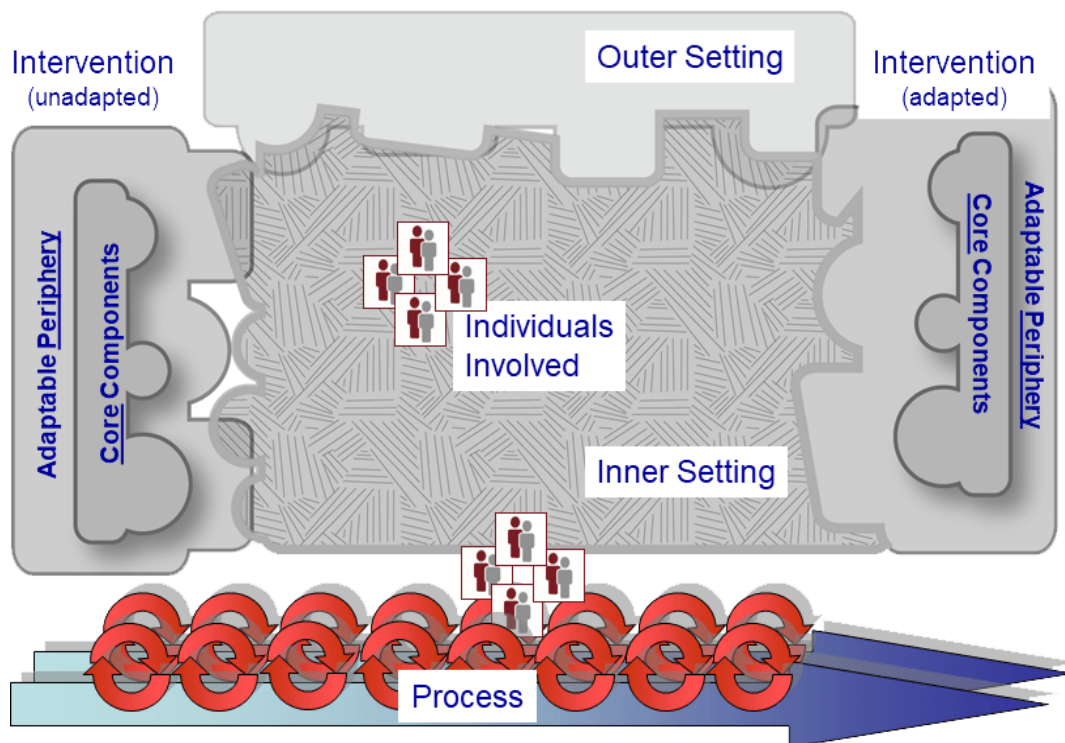
Seguindo o histórico das grandes revisões sistemáticas, chegamos ao trabalho produzido por Damschroder *et al.* (2009), os quais fizeram um esforço para mapear materiais produzidos até aquele momento que pudessem facilitar a tradução de resultados da pesquisa para a prática, em especial no campo da saúde. Utilizando a metodologia de bola de neve, envolveu a síntese de um vasto material, cerca de 500 fontes, que tinham como ponto de partida a pesquisa de Greenhalgh *et al.* (2004).

O fruto do trabalho de Damschroder *et al.* (2009) foi o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), uma estrutura operacional (*framework*) que se propõe a

orientar a implementação de inovações complexas, que sofrem a influência de múltiplas interações, de vários níveis e em constante movimento. O CFIR é classificado como um *framework* “meta-teórico”, ou seja, se debruça sobre as produções desse campo de conhecimento, buscando desenvolver teorias ao mesmo tempo em que verifica o que funciona, como funciona e em quais contextos. O CFIR oferece uma tipologia abrangente, uma organização pragmática de construtos, permitindo uma seleção de construtos mais adequados ao estudo, o que permite que sejam aplicados a várias áreas do conhecimento e inovação (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

O CFIR propõe uma análise da implementação a partir de cinco domínios principais, que estão sempre em interação complexa, em multiníveis, influenciando a eficácia da implementação. Os cinco domínios destacados pelo CFIR são: característica da intervenção, ambiente externo, ambiente interno, características dos indivíduos envolvidos e o processo pelo qual a implementação ocorre (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

Figura 2 – CFIR *framework*



Fonte: <https://cfirguide.org/>.

Cada um desses cinco domínios (intervenção/inovação, ambiente interno, ambiente externo, indivíduos envolvidos e processo) foram sendo detalhados em construtos que sinalizam os múltiplos fatores a serem observados e desenvolvidos na implementação de uma

inovação. Vale ressaltar que a interação entre esses domínios e construtos, que compõe cada um dos domínios, é de uma sutileza e, ao mesmo tempo, de um poder de influência que ressalta a estimulante busca por mapear os movimentos de uma Ciência da Implementação (DAMSCHRODER et al., 2009).

Detalhando os domínios e seus construtos, começaremos pelo domínio da intervenção/inovação, pois parte da percepção de que, dependendo das características, da forma como é apresentada, dos elementos centrais e dos elementos periféricos – que podem ser moldáveis às diferentes realidades – as intervenções podem ser mais facilmente incorporadas. Considera-se, nesse domínio, a fonte da intervenção/inovação; sua legitimidade, com destaque para o papel dos *stakeholders*; a força e qualidade da evidência; a percepção da vantagem relativa de se implementar; a adaptabilidade às características locais; a possibilidade de testar a inovação em pequena escala; o design e a embalagem; o custo e a complexidade da inovação, que considera o número de subprocessos ou etapas envolvidas na implementação; e o número de escolhas/decisões.

Quanto ao ambiente interno e externo, reconhece-se que o ambiente econômico, político e social (ambiente externo) mantém uma relação dinâmica, muito imbricada, com os aspectos culturais, estruturais e políticos das organizações (ambiente interno), e essas interações constroem a possibilidade da implementação. Quanto ao ambiente externo, considera-se a rede com outras organizações, pois quanto maior a qualidade e a extensão dessa rede de troca, maior o capital social da organização e maior a pressão para implementar a inovação. Ressalta-se que os fatores presentes no ambiente interno envolvem as características estruturais da organização – maturidade, tamanho, menor rotatividade, manifestações observáveis e não observáveis, como a rede de comunicação, o clima, e a capacidade de absorver a mudança. Merece destaque, nesse contexto, o esforço da organização para a implementação, seu envolvimento, o planejamento e o encaminhamento de ações práticas com foco nesse objetivo, ou seja, a prontidão para mudança (DAMSCHRODER et al., 2009).

Quanto ao papel dos indivíduos na implementação da inovação, vários aspectos merecem destaque, entre eles o reconhecimento de que os indivíduos não são receptores passivos, muito pelo contrário, são influenciados por fatores externos, culturais, interesses pessoais e profissionais, escolhas conscientes e inconscientes, processos de aprendizagem com as próprias experiências, redes e trocas sociais, o valor dado à inovação, a crença na capacidade de aplicar a inovação, o comprometimento com a organização, a exaustão mental. Enfim, uma rede de inter-relações que torna a participação dos indivíduos na implementação de uma

inovação um fator, de certa forma, imprevisível, tendo em vista o número de variáveis que podem interferir no processo. O certo é que uma mudança organizacional começa com uma mudança comportamental do indivíduo (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

O quinto domínio apontado no CFIR é o próprio processo de implementação, descrito por meio de quatro atividades fundamentais: planejamento – desenha o curso da ação, estratégias, canais de comunicação, metas; engajamento – busca atrair e envolver os indivíduos por meio de marketing social, educação, treinamento, em especial os líderes em suas várias posições e funções nas organizações; execução – acompanhamento do plano de intervenção, metas, prazo, indivíduos envolvidos; reflexão e avaliação – trata-se do *feedback* quantitativo e qualitativo da implementação. Ressalta-se que o processo de implementação envolve uma série inter-relacionada de subprocessos, planejados ou espontâneos, que ocorrem simultaneamente, sem uma sequência definida (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

Atualmente, existe um grande número de *frameworks*, sendo uma das tarefas decidir qual estrutura melhor se adequa à implementação em foco (GRAHAM *et al.*, 2006; BAUER *et al.*, 2015). Este trabalho decidiu por utilizar como referência o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), por sua importância e uso no campo da saúde, por ser voltado para o campo da organização comunitária e por sua atualização em 2022, a partir do *feedback* de usuários.

A atualização do CFIR, realizada e publicada por Damschroder *et al.* (2022), deu-se por meio de uma revisão sistemática da literatura, utilizando como critério de seleção a sigla CFIR no título e/ou resumo da publicação, gerando um total de 376 artigos, além de uma pesquisa com autores que escreveram tais artigos, buscando identificar temas e consensos. A atualização, em 2022⁷, propôs revisões nos domínios, além de remoção, inclusão e realocação de alguns construtos. Também definiu o uso de alguns termos em detrimento de outros, sendo eles ‘inovação’ em vez de ‘intervenção’, ‘receptores’ em substituição ao termo ‘pacientes’, ‘partes/pessoas interessadas’ (*stakeholders*) substituído por “pessoas que têm influência sobre os esforços para implementação” e a inclusão do termo ‘distribuidores’, como aqueles indivíduos envolvidos na entrega da inovação. Apesar de o material apontar detalhadamente os aspectos que foram modificados, se comparados com o CFIR publicado em 2009, as justificativas e as referências que lhes dão suporte, não nos deteremos nesse aspecto e utilizaremos como referência o CFIR atualizado com base no *feedback* dos experientes usuários desta estrutura, publicado em 2022.

⁷ Os construtos do CFIR, atualizados em 2022, estão apresentados no ANEXO 1.

4.2 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E O CUIDADO NO TERRITÓRIO

O Relatório Mundial de Saúde Mental, publicado em junho de 2022 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressalta que a saúde mental continua sendo negligenciada na maioria das sociedades, o que representa milhões de pessoas em sofrimento, as quais sofrem com a violação de seus direitos humanos ou mesmo tendo sua vida comprometida nas atividades diárias. Apesar dos esforços, quase um bilhão de pessoas no mundo vive com transtorno mental e, infelizmente, a maioria dessas pessoas não têm acesso a cuidados eficazes, seja pela ausência de serviços, pelos aspectos culturais e religiosos, pelo estigma, por falta de recursos humanos ou fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto às questões que envolvem o transtorno mental (WHO, 2022).

De acordo com a OMS, a saúde mental é mais do que ausência de transtornos mentais, é um “[...] estado de bem-estar que permite às pessoas lidar com o estresse da vida, realizar suas habilidades, aprender e trabalhar bem e contribuir com sua comunidade”. Importante reconhecer que a saúde mental é determinada por uma complexa interação de tensões e vulnerabilidades individuais, sociais e estruturais, que envolvem, portanto, vários setores, incluindo nesse rol as ameaças globais à saúde, tais como desigualdades econômicas, emergências em saúde pública, emergências humanitárias e a crise climática (WHO, 2022, p. 8).

Segundo o mesmo relatório da OMS, em 2019 se estimava que uma em cada oito pessoas vivia com um transtorno mental, que 71% das pessoas com transtorno mental grave não recebiam tratamento em saúde mental e que, aproximadamente, apenas 2% do orçamento da saúde, em média, estava direcionado para a saúde mental. As estimativas publicadas dão conta de que 283 milhões de pessoas tiveram transtornos por uso de álcool em 2016, e 36 milhões tiveram transtornos por uso de drogas em 2019. Os transtornos de ansiedade, seguidos pelos transtornos depressivos, representam quase 60% do total de pessoas com transtorno mental. Nas estimativas iniciais para o ano de 2020, já considerando o contexto pandêmico, observou-se um aumento de 28% e 26%, aproximadamente, perfazendo um total aproximado de 580 milhões de pessoas com transtornos de ansiedade ou transtorno depressivo. Sabe-se que a pandemia, assim como o contexto pós-pandêmico, foram gatilhos importantes para o aumento dos casos de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, agravamento de quadros já em acompanhamento, em função da descontinuidade do cuidado (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020; WHO, 2022).

O reconhecimento do transtorno mental como um problema de saúde pública, a possibilidade de compartilhar sobre esse sofrimento e as ofertas de cuidado se modificaram muito ao longo dos anos, rompendo com uma história de estigma e preconceito. A prática de isolamento de pacientes com transtorno mental, iniciada no século XVII, atingiu seu auge no século XIX, com a superlotação dos hospitais psiquiátricos e, na sequência, teve seu declínio representado por vários movimentos que denunciaram os efeitos nocivos do hospital para o agravamento dos transtornos mentais.

Após a experiência dolorosa da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi inevitável comparar os campos de concentração com a realidade dos hospitais psiquiátricos. Tal comparação, atrelada aos efeitos da institucionalização de longo prazo, às despesas financeiras das grandes instituições, à valorização dos direitos civis e humanos, às experiências positivas de cuidado comunitário e, em especial, à descoberta da clorpromazina, em 1954, permitiu uma série de movimentos, em vários países, questionando os cuidados prestados às pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1998; COHEN; PATEL; MINAS, 2014).

Esses movimentos, ocorreram em vários países e foram chamados de movimento da reforma psiquiátrica, podem ser classificados em três grupos: um primeiro grupo propunha uma nova forma da organização dos hospitais psiquiátricos; um segundo defendia a oferta de cuidado extramuros, próximo à comunidade, entendendo que, além da medicação, esses pacientes necessitavam de outros cuidados para além de cuidados médicos, e que a colaboração em comunidade e/ou agências locais poderiam suprir; e um terceiro grupo questionava a própria psiquiatria e toda a lógica da institucionalização, advogando que, além da medicação, os portadores de transtorno mental precisavam de serviços sociais e de reabilitação em seus territórios (AMARANTE, 1998).

Esses movimentos foram responsáveis por, gradativamente, forjar um processo de desospitalização em vários países. Entretanto, infelizmente, a desinstitucionalização da loucura não ocorreu na mesma frequência e, ainda hoje, observam-se expressões que apontam para uma certa racionalidade carcerária, um desejo de aprisionar a experiência da loucura em estereótipos, classificação, opressão e controle (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Recuperando um pouco da história desse movimento crescente por mais cuidado em saúde mental no Brasil, temos, em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), na qual foi publicada a chamada Declaração de Caracas. A Declaração sinalizava a necessidade de reestruturar a assistência psiquiátrica a partir do atendimento na Atenção Primária de Saúde,

reforçando o serviço de base territorial, descentralizado, contínuo, baseado nos direitos humanos e cada vez menos centrado em hospitais psiquiátricos. O princípio de que a prática de cuidado em saúde mental deveria se dar em ambientes com menor efeito possível sobre sua liberdade foi crescendo e ganhando força, aliado a ênfase cada vez maior dos organismos internacionais para que os países incluíssem a saúde mental entre suas prioridades.

Um fator relevante para a priorização da saúde mental ocorreu, em especial, por conta da publicação, em 1993, do Relatório sobre Desenvolvimento Mundial, uma colaboração entre o Banco Mundial e a OMS, em que foi apresentado, pela primeira vez, um estudo global de carga de doenças, utilizando uma nova métrica – anos de vida ajustados por incapacidade (do inglês Disability Adjusted Life Year - DALY). O relatório sinalizou que cerca de 8% da carga global de doenças estava relacionada com problemas de saúde mental em países desenvolvidos, enquanto, em 1995, o livro *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, de autoria de Desjarlais et al., aponta que, nos países em desenvolvimento, a carga dos transtornos mentais tornava-se ainda mais crescente, isto aliado a questões de violência, abuso de substâncias e falta de serviços de saúde mental (COHEN; PATEL; MINAS, 2014).

Em 2001, a OMS publicou o relatório mundial de saúde 2001, *Saúde mental – nova concepção, nova esperança*, considerado um marco na busca por um novo cuidado em saúde mental. O relatório fez várias recomendações, entre elas: o cuidado ser realizado prioritariamente na Atenção Primária, os serviços especializados participarem do treinamento dos profissionais da atenção primária, oferta de supervisão, integrar os serviços de saúde mental nos cuidados gerais, reduzir o estigma e a discriminação, e expandir o treinamento em saúde mental em todos os níveis e para todos os profissionais de saúde. Essas recomendações contribuíram para novas diretrizes, manuais, atualização de políticas de saúde mental baseadas em evidências científicas, mas, infelizmente, um longo caminho ainda precisa ser trilhado para que essas novas concepções de cuidado possam ser implementadas na prática diária da maioria dos serviços de saúde em todos os países.

Os documentos da OMS acima citados reconhecem que, entre os determinantes da saúde mental, estão as condições individuais, as emoções, comportamentos e interações, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, a proteção social, e o apoio social da comunidade, entre outros. Ou seja, pensar em saúde mental é também pensar nos condicionantes de saúde que contribuem ou dificultam a organização psíquica daqueles que convivem com condições de violência, pobreza, exposição precoce ao uso de substâncias, vítimas de discriminação e emergências humanitárias (PAHO, 2014).

Na linha dos documentos que instituem um registro vigoroso, citamos a publicação, em 2007, da série *Lancet* sobre saúde mental global que recuperou as atividades realizadas pela OMS entre os anos de 2002-2006 no campo da saúde mental, apontando dados sobre governança, financiamento, serviços de saúde mental, recursos humanos, medicamentos disponíveis e sistema de informação, o que permitiu avaliar as mudanças ao longo do tempo e, indiscutivelmente, elevou o campo da saúde mental a um destaque até então inexistente.

Na tentativa de responder a esta necessidade, já de conhecimento dos organismos internacionais e denunciada pela revista *Lancet*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu, em 2008, o programa *mhGAP - Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, and substance use disorders* (Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental). O reconhecimento de que os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas tinham uma alta prevalência correspondia a uma carga importante de incapacitação, enquanto a existência de uma limitação entre o uso dos recursos disponíveis e a necessidade de assistência fez com que a OMS ressaltasse, por meio do programa *mhGAP*, a importância do compromisso dos governos e organizações internacionais em aumentar o recurso financeiro e humano para atender as pessoas com necessidades no campo da saúde mental, especialmente nos países de baixa e média renda, os quais tinham, historicamente, uma lacuna ainda maior na assistência (WHO, 2008).

A partir de evidências científicas e buscando auxiliar na implementação do *mhGAP*, a OMS elaborou, em 2010, um primeiro Manual de Intervenção do Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (*MI-mhGAP*). O referido Manual foi revisado em 2015 a partir de novas evidências científicas, *feedback* sobre o uso do material, contribuição de especialistas e de pessoas com transtorno mental, neurológico e por uso de álcool e outras drogas (MNS). O manual apresenta intervenções para a prevenção e manejo integrado de condições de MNS prioritárias, incluindo o uso de protocolos para orientar a decisão clínica de profissionais da Atenção Primária, intervenções psicossociais, sempre pautada na melhor evidência sobre sua efetividade e a viabilidade da intervenção (PAHO, 2018).

Entre as condições de transtorno mental, neurológico e uso de álcool e outras drogas, foram elegíveis no Manual de intervenção os quadros de depressão, psicoses, autolesão e suicídio, epilepsia, demência, transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes, e transtornos por uso de álcool e outras drogas. Importante ressaltar que o *MI-mhGAP* deve ser entendido como uma referência que precisa ser adaptada à situação específica

de cada local, sendo que, durante o processo de adaptação, tem-se uma boa oportunidade para alcançar os consensos técnicos e institucionais de cada região ou país (PAHO, 2018).

No documento *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Mental*, publicado em 2009, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece a alta prevalência dos transtornos mentais, reconhece que o abuso ou dependência de álcool e outras drogas, inclusive os psicotrópicos com receita médica, são um problema crescente e que existe uma grande lacuna no cuidado ofertado pelos serviços de saúde. Para lidar com esta ausência de assistência, a OPAS apresenta cinco áreas estratégicas, quais sejam: (i) formulação e execução de políticas, planos e leis nacionais de saúde mental; (ii) promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais, com ênfase no desenvolvimento psicossocial da infância; (iii) prestação de serviços de saúde mental centrados na atenção primária à saúde; (iv) fortalecimento dos recursos humanos, em especial com a oferta de treinamentos/formação para os profissionais da atenção primária, incluindo Agentes Comunitários de Saúde para a comunidade; e (v) fortalecimento da capacidade de produzir, avaliar e utilizar a informação sobre saúde mental (OPAS, 2009).

Vale enfatizar que, pela primeira vez, os documentos oficiais ressaltam o papel e o lugar da formação em saúde mental para profissionais da Atenção Primária em saúde e cuidadores, destacando que essa formação precisa se dar a partir de novas abordagens.

Os programas de saúde mental dependem, em grande medida, de recursos humanos treinados devidamente. A capacitação em termos de saúde mental dos profissionais da saúde (em especial os que trabalham em atenção primária à saúde) é fundamental para melhorar a prestação de serviços. No entanto, é pouco provável que os métodos tradicionais para a formação do pessoal possam oferecer uma resposta apropriada às necessidades de saúde mental da população, razão pela qual serão necessárias abordagens novas e diferentes para o fortalecimento das aptidões (OPAS, 2009, p. 13).

[...] As aptidões básicas em saúde mental devem ser divulgadas amplamente, em especial entre os agentes comunitários e o pessoal que não faz parte dos serviços (entre outros, os cuidadores de pessoas com transtornos mentais) (OPAS, 2009, p. 13).

Ainda em 2010, com financiamento do *National Institute of Mental Health* (NIMH), foi realizado um grande trabalho de pesquisa com o objetivo de identificar os principais desafios para gerar impacto significativo na vida das pessoas que vivem com transtornos neuropsiquiátricos. Os cinco pontos/desafios destacados foram: integrar os cuidados básicos

em saúde mental na atenção básica⁸ de saúde, reduzir o custo e oferecer medicamentos eficazes, oferecer cuidados e reabilitação acessíveis, baseados na comunidade, melhorar o acesso de crianças a cuidados de saúde mental baseados em evidências científicas, e fortalecer o componente de saúde mental no treinamento de todo o pessoal de saúde (COHEN; PATEL; MINAS; 2014; COLLINS et al., 2014).

Novamente, observa-se uma ênfase em ações que podem favorecer a implementação de uma nova prática de cuidado em saúde mental, e as ações de formação estão listadas entre elas, tendo em vista o distanciamento da temática de saúde mental do dia a dia dos profissionais de saúde e da população como um todo.

Em função das lacunas de registros em saúde mental e objetivando coletar, compilar e disseminar informação sobre Recursos de Saúde Mental nos países membros, foi criado pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2001 o Projeto *Mental Health Atlas*. Com os registros fornecidos pelos países membros, foi possível fazer atualizações nos dados compilados e, atualmente, o Projeto é um dos instrumentos mais abrangentes para conhecimento dos recursos de saúde mental (WHO, 2021a).

Vale destacar que, enquanto, as primeiras publicações do *Mental Health Atlas* trataram de identificar os recursos e o perfil dos países no tocante aos recursos de saúde mental, as publicações posteriores a 2014 apresentaram ênfase diferente, tendo como referência o *Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020* (PAHO, 2014).

Em 2021, o referido *Plano* foi prorrogado até 2030 pela 74ª Assembleia Mundial de Saúde, e tem como uma de suas referências o *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*, ampliando seu escopo e estabelecendo ações claras e mais amplas a serem realizadas pelos Estados membros, pela Secretaria da OMS e por parceiros, objetivando promover saúde mental, prevenir condições de saúde mental para aqueles em risco e alcançar cobertura universal dos serviços de saúde mental (WHO, 2021c).

A prorrogação em uma década para implementação das metas constantes do *Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030* não alteraram os objetivos principais, que são fortalecer a liderança e governança para a saúde mental, oferecer serviços de saúde mental comunitários de forma abrangente e integrados, implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental, e fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas em saúde mental (WHO, 2021c). Essa prorrogação retrata o grande desafio envolvido na

⁸ Embora existam defesas para o uso diferenciado entre ‘atenção básica’ e ‘atenção primária’, esses termos são utilizados de forma indistinta neste trabalho.

implementação de políticas públicas, no planejamento e execução de ações que efetivamente poderão minimizar a lacuna de cuidados em saúde mental a partir da atenção primária em saúde.

Buscando atingir os objetivos já apresentados, o plano destaca seis princípios e abordagens transversais que o orientam. São eles:

- 1) Cobertura universal de saúde;
- 2) Direitos humanos;
- 3) Prática baseada em evidências;
- 4) Abordagem do curso de vida;
- 5) Abordagem multissetorial;
- 6) Empoderamento de pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais.

Para atingir os objetivos propostos, está listado um conjunto de ações que podem e devem ser desenvolvidas pelas diversas instituições envolvidas. Entre as ações propostas, consta, de forma contundente, a importância de ampliar, distribuir equitativamente e qualificar os profissionais de saúde para que possam gerenciar melhor os problemas de saúde, promover a saúde mental e prevenir transtornos mentais (WHO, 2021c). Conforme o documento, “a integração dos serviços requer não apenas a aquisição de novos conhecimentos e habilidades para identificar, gerenciar e encaminhar as pessoas com transtorno mental, mas também a redefinição dos papéis dos profissionais de saúde e mudanças na cultura de serviços existentes e nas atitudes dos profissionais de saúde em geral” (WHO, 2021c, p. 18, tradução nossa)⁹.

Especificamente no campo do transtorno por uso abusivo de álcool e outras drogas, alguns movimentos foram importantes e merecem destaque. Em 1986, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) criou a Comissão de Controle de Abuso de Drogas (CICAD), cujo objetivo era ser um fórum de políticas do hemisfério ocidental para lidar com o problema de drogas, incluindo estratégias para melhorar as capacidades humanas e institucionais para reduzir a produção, tráfico, uso de drogas ilícitas, e para tratar das consequências sociais, criminosas e de saúde que envolve a temática (OAS, 2019)¹⁰.

⁹ Citação original: “Not only does service integration require the acquisition of new knowledge and skills to identify, manage and refer people with mental disorders as appropriate, but also the re-definition of health workers’ roles and changes to the existing service culture and attitudes of general health workers, social workers, occupational therapists and other professional groups. Furthermore, in this context, the role of specialized mental health professionals needs to be expanded to encompass supervision and support of general health workers in providing mental health interventions”.

¹⁰ Matéria completa disponível em: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/about_ENG.asp. Acesso em: 28 abr. 2023.

Importante ressaltar que drogas são definidas como substâncias capazes de alterar as funções mentais e o comportamento de maneira geral. São utilizadas há milênios em rituais religiosos, como alívio de sofrimento ou recreativamente, e as regras para sua utilização são determinadas historicamente e culturalmente, ou seja, não devemos considerar o uso de drogas apenas pelo viés biológico e muito menos moral. As chamadas drogas lícitas, que têm produção, distribuição e consumo regulado por leis, também podem ser muito nocivas à saúde, se comparadas às drogas ilícitas, sem regulação. Na verdade, muitas vezes a determinação econômica, comercialização e impostos são fatores determinantes na definição do caráter de licitude, um bom exemplo é o uso do álcool (BRASIL, 2015).

Nos Estados Unidos da América, a conjunção do contexto político, econômico e religioso, com destaque para os aspectos intensamente moralistas de algumas religiões, foi o contexto que permitiu a criação da Lei Seca, que proibia a venda de álcool. Sabidamente, a Lei Seca foi transgredida intensamente até sua extinção. Num movimento parecido, na década de 1990, o governo americano intensificou as práticas proibicionistas, cunhando o termo “guerra às drogas”, justificando, assim, um forte investimento na repressão ao tráfico e ao consumo de drogas (BRASIL, 2015).

Em 2011, complementando a Estratégia e Plano de Ação da OMS para a Saúde Mental, temos o *Plano de Ação para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool*. Este plano sinaliza, como suas prioridades, a identificação do uso de álcool em menores de idade, intervenções direcionadas para a necessidade das pessoas em uso nocivo e políticas públicas com alcance populacional maior, que envolvem programas de prevenção voltado para os diversos públicos, além de recursos financeiros, técnicos e humanos para implementação das atividades por ele apresentadas (PAHO, 2011).

Quanto às Estratégias sobre o uso de substâncias e Saúde Pública e o Plano de Ação publicadas em 2011, destacam-se cinco grandes áreas de ações estratégicas, a saber: formulação de políticas nacionais e alocação de recursos, promoção da prevenção universal, intervenção precoce, sistemas de atenção e tratamento, pesquisa, acompanhamento e avaliação, e desenvolvimento de parcerias estratégicas (PAHO, 2010).

Em 2016, o documento final da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas reconheceu que a dependência de drogas é um distúrbio de saúde complexo e multifatorial, de natureza crônica e com chance de recidivas, não sendo resultado de uma falha moral ou de um comportamento criminoso. O reconhecimento de que os transtornos por uso de substâncias podem ser tratados e recuperados se disponibilizados

tratamentos baseados em evidências científicas e suporte social, e com a certeza da ineficácia das sanções criminais na prevenção e tratamento desses distúrbios, são princípios que exigem uma mudança da lógica da punição, pautada na abordagem jurídica criminal, para uma abordagem que tenha como eixo a saúde pública (VOLKOW *et al.*, 2017).

A rede científica que assessorou a OMS e o Escritório das Nações Unidas sobre drogas emitiu oito recomendações que apontam para uma importante mudança de mentalidade. As recomendações são listadas a seguir:

- I. eliminar o estigma e a discriminação dos indivíduos com transtornos por uso de substâncias;
- II. abordar os transtornos por uso de substâncias como problemas de saúde pública e não de justiça criminal;
- III. implementar programas de prevenção baseados em evidências, em especial para crianças e jovens;
- IV. implementar tratamentos baseados em evidências para transtornos por uso de substâncias, com destaque para o reconhecimento de que transtornos por uso de substâncias devem ser acompanhados como as demais condições crônicas de saúde, de forma longitudinal e acessível;
- V. coletar dados confiáveis para que os mesmos possam orientar a formulação de políticas;
- VI. envolver diversos setores, como saúde, educação, assistência social, justiça, universidade na formulação de políticas coordenadas;
- VII. apoiar pesquisas relacionadas a drogas;
- VIII. e garantir acesso a medicamentos programados para uso terapêutico (VOLKOW *et al.*, 2017).

4.2.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil

A política de Saúde Mental, no Brasil, tem como eixo orientador a Declaração de Caracas¹¹ e a Lei 10.216/2001¹², conhecida como Lei de Saúde Mental ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta última se pauta pelos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, garante um modelo de cuidado integral, de base territorial, com um progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos.

¹¹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf.

¹² Legislação disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

Em substituição aos hospitais psiquiátricos, foi necessário organizar uma rede de serviços substitutivos – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como paradigma do cuidado a Atenção Psicossocial em detrimento ao modelo hospitalocêntrico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011¹³, tem como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, articulação e integração dos pontos de atenção, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. Dentre suas diretrizes, enfatiza o respeito aos direitos humanos, os serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle dos usuários e de seus familiares e o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos.

A RAPS dispõe de um conjunto de dispositivos, que buscam cuidar, acolher, garantir direitos, vínculo e liberdade, e está distribuída em sete grandes eixos, quais sejam: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Inicialmente se propôs que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) que possui leitos com acolhimento 24 horas, Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi), e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAd), pudessem ser o organizador do cuidado em saúde mental. Posteriormente, compreendeu-se que a articulação entre atenção primária, Unidades Básicas de Saúde, e os Caps, nas suas diversas modalidades, seriam a melhor estratégia para um cuidado longitudinal e integral. Sendo assim, o acesso do usuário ao sistema de saúde mental pode se dar a partir da atenção primária ou da atenção especializada, caps, que continuam sendo um serviço de porta aberta. (COSTA-ROSA, 2000; BRASIL, 2005; MATEUS, 2008; GARCIA; FERNANDES, 2019).

Infelizmente, os avanços que estavam sendo construídos paulatinamente, encontraram uma forte resistência entre os anos de 2018 e 2022 e a política de saúde mental sofreu uma tentativa de retorno a uma lógica de cuidado pautada na medicalização e na segregação que colocou em risco os princípios da reforma psiquiátrica, do cuidado em liberdade e do modelo de atenção psicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Importante ressaltar que a organização da Atenção Psicossocial, representada pela RAPS, expressa o compromisso político de situar o cuidado em saúde mental tendo como

¹³ Legislação disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

referência o território, o cuidado longitudinal e a articulação com os serviços da Atenção Primária à Saúde.

Assim como pessoas com transtorno mental grave, comportamentos “desviantes” ou inadequados para a época, os usuários de álcool e outras drogas também fizeram parte do grande grupo de pessoas que foram privados de liberdade nos hospitais psiquiátricos. Cerca de 25% do número de pacientes foi internado por transtornos ligados ao uso de álcool e outras drogas, e, aproximadamente, 40% apresentavam consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico (BRASIL, 2004a).

Em 1923, por meio do decreto nº 20.930, é definido a pena de reclusão para a posse de drogas sem prescrição médica ou acima da quantidade terapêutica. Anos depois, o decreto nº 891/1938 estabelece um conjunto de sanções penais para o caso de consumo de drogas, incluindo internação e interdição civil. O Código Penal, de 1940, ressalta a criminalização do uso de drogas, independentemente da quantidade, não diferenciando uso próprio e tráfico (WANDEKOKEN; BORGES; DALBELLO-ARAÚJO, 2019; VARGAS; CAMPOS, 2019).

Nesse período, observa-se uma crescente preocupação, em tom alarmista, e a construção de um discurso sobre a temática da droga no ambiente médico e jurídico. O uso de drogas aparece classificado como “toxicomania”, reforçando aspectos relacionados à doença, campo da medicina/psiquiatria, e que deve ser “tratada” compulsoriamente no espaço hospitalar. As questões morais, patológicas, de periculosidade compõem a relação recíproca entre medicina e justiça e sinaliza as intervenções do Estado por meio de intervenções normativas (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Na esteira da “guerra às drogas” promovida pelos EUA e do aumento do consumo de drogas no país, o Brasil publica alguns decretos que reforçam a punição, baseada na perspectiva de que o consumo de drogas está compondo as redes de conexão do tráfico de drogas. Em 1971, na Lei nº 5.726, o traficante e o usuário passam a ter a mesma tipificação penal e o mesmo tratamento. Em 1980, é instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (COFEN), composto por diversos ministérios, o qual estabelece normativas sobre vários temas relacionados à temática das drogas, incluindo as drogas lícitas e ilícitas (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Entre a década de 1980 e 1990, o movimento de reforma sanitária e o movimento de reforma psiquiátrica ganham força no país, e a luta por tratamento em liberdade também chega àqueles que vivem em situação de transtorno mental por uso de álcool e outras drogas. Em 2001, ocorre a publicação da Lei 10.216 e acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental,

cuja marca foi **cuidar sim, excluir não**. Esses eventos foram marcos importantes, que apontam para o cuidado em liberdade e para a organização do modelo de cuidado em saúde mental.

Em 2005 e 2006 temos, respectivamente, a publicação da Política Nacional de Drogas (PNAD) e, da Lei nº 11.343, que substituem as leis anteriores e institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), o qual tem como premissa atuar em articulação com o SUS e com o Sistema de Assistência Social (SUAS). A PNAD e a Lei nº 11.343/2006 apresentam mudanças importantes no que tange ao porte de drogas para consumo pessoal, descaracterizando-o como um crime. Ressalta-se que, dentre as modalidades de tratamento possíveis, deve-se priorizar o tratamento ambulatorial e se reconhece que, entre os objetivos a serem alcançados, está a redução de riscos e danos sociais à saúde, a partir de projetos terapêuticos individualizados (BRASIL, 2006; PEREIRA; FELIPPE, 2020).

Vale destacar que apesar da Lei nº 11.343/2006 prever o porte de drogas para consumo pessoal, a mesma não foi regulamentada, não havendo a definição da quantidade que caracterizaria a diferença entre usuário e traficante, ou seja, esse entendimento fica a critério do agente de segurança e, infelizmente, fatores como raça, cor, condição social e local de apreensão podem interferir na avaliação e na desproporcionalidade da aplicação da legislação.

O uso do termo Redução de Danos (RD), começa então a circular oficialmente nos discursos e nas proposições das políticas públicas no Brasil, enfrentando resistências, desconhecimento e consolidando algumas proposições inovadoras implementadas em municípios específicos que tiverem um contexto favorável a essa inovação.

Ressalta-se que o termo Redução de Danos surge na Inglaterra após a publicação do Relatório Rolleston em 1926. O referido relatório aponta que em situação de dependência por opiáceos os usuários poderiam receber prescrição médica para continuidade do uso de drogas, tendo em vista a necessidade de manter uma vida mais estável e útil à sociedade. Na década de 1980, diante da epidemia de Aids, a RD passou a ser utilizada em alguns países da Europa, em especial na Holanda, como estratégia para minimizar os problemas de saúde decorrentes do uso de drogas injetáveis e oferecer cuidado àqueles que não se beneficiavam das ofertas de cuidado exclusivamente por meio da abstinência (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010; PAPINI, 2017).

A concepção da RD reconhece a complexidade envolvida no uso de substância, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, familiares, ocupacionais e culturais envolvidos e em intrínseca interação. Tem como princípios o pragmatismo, a tolerância e a compreensão da diversidade envolvida no uso de substâncias. Segundo Mesquita (p. 17, 2001),

os três princípios básicos da RD são o reconhecimento de que “a) É possível criar um ambiente mais seguro para que o uso de drogas seja menos prejudicial à saúde; b) Existem tratamentos alternativos à abstinência e 3) Os usuários de drogas podem ser um importante elemento nas intervenções de prevenção e tratamento”. Sendo assim, a RD pode ser definida como uma “[...] estratégia que não parte do princípio de que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso [...], mas que formula práticas que diminuem os danos para os usuários de drogas e para os grupos sociais com que convivem” (BRASIL, 2015, p. 337).

No Brasil, o uso inicial das estratégias de RD ocorreu por volta de 1990, no estado de São Paulo, mais especificamente na cidade de Santos e, posteriormente, em 1995 na Bahia. Vinculado ao risco de contaminação pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, a estratégia providenciou a distribuição de seringas descartáveis, preservativos e orientação sobre o risco de contaminação por compartilhamento de seringas e pela prática de sexo não seguro. Importante ressaltar que a iniciativa pioneira de Santos recebeu muitas críticas e foi frustrada pelo Ministério Público, chegando ao ponto de alguns profissionais de saúde terem sido presos sob acusação de estímulo ao uso de drogas. Somente em 13 de março de 1998, por meio do Decreto nº 42.927, houve a promulgação de legislação que autorizava a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis. Após a lei que legalizou a compra e distribuição em São Paulo vários outros estados aprovaram leis semelhantes e os programas de RD puderam se expandir ainda mais (MESQUITA, 2001; PETUCO; MEDEIROS, 2010; BRASIL, 2015, PEREIRA; FELIPPE, 2020).

Entretanto, o conceito de RD não é consensual, e está marcado por disputas e divergências, o que produziu diferentes formas de abordagens, práticas e estratégias. Pode-se afirmar que a primeira fase da RD no Brasil estava voltada para a troca de seringas e a prevenção à doença, tornando-se a estratégia oficial do Ministério da Saúde para a prevenção e controle de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis. Gradativamente, consolidou-se uma militância e uma rede em torno da RD, com a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda) em 1997 e da Rede de Redutores de Danos (Reduc) em 1998, que sinalizavam a ampliação do foco inicial da prevenção para objetivos mais amplos que envolviam “[...] protagonismo de minorias marginalizadas, no estabelecimento de trocas afetivas e na construção de vínculos cooperativos” (FERREIRA, 2018, p. 71).

Em 2003, o governo reconhece a RD como uma estratégia de cuidado e, na sequência, mais de 150 programas de RD entram em funcionamento no país, o que contribuiu para uma

queda importante no número de casos de notificados de soropositivo para HIV (PETUCO; MEDEIROS, 2010).

A RD reconhece que o fenômeno do uso de drogas envolve tanto aspectos biológicos (mudança do funcionamento cerebral), quanto determinações psicológicas e socioculturais. Portanto, abordagens terapêuticas baseadas exclusivamente no afastamento da droga, seja por internação ou não, têm menor chance de resultado positivo no médio e longo prazo quando a rotina e as relações sociais retornam. As estratégias da RD incluem metas intermediárias e procedimentos discutidos com o usuário de álcool e outras drogas, jamais impostos. A pactuação inicial nem sempre será a interrupção do uso, mas avanços possíveis, como não se colocar em risco, recuperar a atividade laboral, recuperar algum vínculo afetivo ou mesmo controlar o uso, por exemplo.

Pode-se afirmar que a RD trouxe três grandes contribuições para se pensar a prática do cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, qual seja: a não exigência de abstinência, o direito de participação política das pessoas que usam drogas, e o trabalho de campo realizado nos locais em que as pessoas utilizam as drogas, por redutores de danos, muitos deles pessoas que tinham a experiência do uso de álcool ou outras drogas. Essa prática de cuidado, tecida diariamente em laços afetivos que vão se construindo, é a responsável por permitir a entrada, costura e pactuações no território da vida real e cotidiana (PETUCO; MEDEIROS, 2010; BRASIL, 2015; REZENDE, 2017).

Em documento produzido em 2004, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que a RD foi tradicionalmente vinculada ao uso de drogas ilícitas, mas sua proposta pode e deve ser aplicada às drogas lícitas, como tabaco e, em especial, o álcool. Seus princípios também se aplicam na vida cotidiana e em outras condições de saúde em geral (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013). Nos textos produzidos pelo MS, é reconhecido que a abstinência não pode ser o único objetivo do cuidado, é preciso cuidar de vidas,

[...] lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. [...]. As práticas de saúde [...] devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Em 2010, mobilizado pela Lei nº 11.343/2006, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Universidade de São Paulo, por meio dos cursos de Medicina e Direito, desenvolveu um projeto e posteriormente publicou o material chamado

Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas, fazendo a análise da referida Lei e tendo como foco o usuário de drogas. O material apresenta alguns eixos importantes de estudo, entre eles a “Prevenção do uso de drogas e redução de danos”. No mesmo ano, ocorre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental e as expressões “redução de danos” e “redutores de danos” ganha destaque, contribuindo em muito para estratégias de cuidado mais éticas, de respeito e acolhimento à diversidade (PETUCO; MEDEIROS, 2010; BRASIL, 2015; REZENDE, 2017).

Somente a partir de 2011, com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pode-se observar uma ênfase na aproximação da atenção primária com as questões relacionadas a saúde mental, álcool e outras drogas, e o conceito de RD passa a fazer parte do escopo de atribuições da Atenção Básica, mesmo que sem apresentar diretrizes claras (REZENDE, 2017).

Na sequência, a Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, integra as equipes de consultório na rua ao componente Atenção Básica da RAPS e a publicação de manuais e cadernos pelo MS – Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (2012), Cadernos de Atenção Básica nº 34, Saúde Mental (2013), e nº 39, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2014) –, colocam a RD com uma estratégia de cuidado transversal à PNAB e à Política Nacional de Álcool e outras Drogas, acelerando muito a discussão sobre o tema da RD na Atenção Básica (REZENDE, 2017).

Neste contexto, observa-se uma inflexão, em que a lógica ampliada da redução de danos passa a constituir-se como uma estratégia importante do campo da saúde mental e da atenção primária, tornando-se uma estratégia e um método, “método clínico-político”, inserido na RAPS. Nas palavras de Ferreira (2018, p. 73), é possível observar que

[...] inicialmente marginal e centrada em uma prática de ações concretas de troca de seringas, ligadas principalmente à prevenção de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis, a RD estabeleceu-se paulatinamente como uma lógica ampliada de produção de saúde (Souza, 2007), como uma “abordagem clínico-política” (Brasil, 2004) que adquiriu o estatuto de discurso oficial da política sanitária sobre drogas (Rui, 2012) e que foi adotada como o paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas no cenário nacional.

Assim, a RD passa a operar em vários equipamentos de saúde como uma estratégia central, pautada no princípio da ética do cuidado, do aumento do grau de liberdade, da

autonomia, da cidadania, construindo, conjuntamente com o usuário, estratégias de cuidado focadas na defesa e ampliação da vida (BRASIL, 2004; PETUCO, 2014; FERREIRA, 2018).

Ainda no ano de 2011, o Governo Federal publica o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, cujo objetivo é construir ações para enfrentamento à questão da droga nos eixos da prevenção, cuidado e autoridade, numa articulação importante entre o Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e Casa Civil.

O *Plano de Enfrentamento ao Crack* respondeu a uma narrativa fortemente presente de uma “epidemia” de crack, narrativa essa fortalecida pelos meios de comunicação, que apresentavam e denunciavam a todo momento cenas de uso de drogas, em especial o *crack*, no espaço que ficou conhecido como *cracolândia*. Esse contexto fortaleceu a noção de periculosidade, delinquência, violência, e houve uma cobrança social para ações emergenciais e de política pública. No momento de seu lançamento, em dezembro de 2011, o Plano veio acompanhado do programa *Crack, é possível vencer*. Esse programa, por sua vez, se organiza em três eixos – eixo do cuidado, eixo da prevenção e eixo da autoridade. Entre as ações realizadas no eixo cuidado está o *Projeto de Formação em Saúde Mental com Ênfase no Crack e Outras Drogas*, direcionado a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENf), nomeado como *Projeto Caminhos do Cuidado*. (BRASIL, 2015; REZENDE, 2017).

Importante destacar que, a Lei nº 11.343/2006 foi alterada pela Nova Lei sobre Drogas, Lei nº 13.840/2019, um projeto submetido ao legislativo em 2010 que, durante seu trâmite, recebeu várias sugestões e modificações no texto, em especial da bancada evangélica, e teve como grande mudança a possibilidade de internação involuntária, a pedido de terceiros, familiares ou mesmo servidor público sem necessidade de autorização judicial, e a ênfase na abstinência em detrimento da Política de Redução de Danos. As comunidades terapêuticas, que já estavam previstas na RAPS, passaram a receber maior investimento, com edital para ampliação de leitos e nova regulamentação pela Lei nº 13.840/2019, a partir de uma lógica exclusiva da abstinência, com poucos espaços para discussão de RD.

Vale lembrar que a internação em clínicas/hospitais era colocada como um último recurso às intervenções de cuidado aberto nos dispositivos da RAPS. Algumas organizações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), e conselhos de classe, como o Conselho Federal de Psicologia, manifestaram-se contrários à lei, sinalizando-a como um retrocesso (PEREIRA; FELIPPE, 2020; MONTENEGRO; BRILHANTE; MUNGUBA, 2021).

Como já relatado anteriormente as políticas públicas não avançam de forma gradual, experimentam avanços e retrocessos, numa disputa constante e tensa em nome de tradições, interesses e poder. No caso da política de drogas, em especial quanto a RD, não foi diferente, a história está marcada por programas e ações de saúde muitas vezes contraditórios, por momentos de tensão, avanços e retrocessos. Novamente, se faz importante marcar o período de 2018 a 2022, em que ações de RD foram descontinuadas em nome de uma política pautada na lógica da abstinência. Observa-se a partir do início de 2023, a tentativa de rever portarias e leis, objetivando manter sua coerência com as evidências científicas e os acordos internacionais.

4.3 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar de todos os avanços tecnológicos e descobertas de tratamentos para diversas doenças, vivemos em uma sociedade muito desigual e tal reflexo também se aproxima do campo da saúde. O Relatório Mundial de Saúde de 2006 (OMS, 2007) já sinalizava que era necessário vontade política para aplicar o conhecimento disponível em prol de um sistema de saúde mais robusto e, para tanto, seria necessário aumentar e qualificar os profissionais de saúde. Não por acaso, o relatório destaca que, “no coração de cada um dos sistemas de saúde, está a força de trabalho, que é um ponto central para o avanço” (OMS, 2007, p. 17).

Vale destacar que o mesmo relatório considera que os “trabalhadores de saúde são todas as pessoas fundamentalmente engajadas em ações que têm o propósito fundamental de aumentar a saúde” (OMS, 2007, p. 18). Ampliamos, assim, o rol de trabalhadores de saúde para cuidadores da família, agentes da comunidade, voluntários e trabalhadores comunitários, todos fazendo parte de equipes que estão, de alguma forma, envolvidas com o cuidado em saúde e, portanto, precisam de capacitação e treinamento.

Um grande desafio do setor saúde em todo os países é, de fato, “preparar” um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e humanas que possam permiti-los utilizar das melhores evidências científicas em seu fazer diário, sem perder a singularidade envolvida no cuidado de cada sujeito. Em especial, num contexto de saúde em que há uma mudança do perfil epidemiológico, crescimento de doenças crônicas e transtorno mental, envelhecimento da população, mudanças no modelo de atenção e a inclusão de novas tecnologias, que geram necessidades cada vez maiores aos profissionais de saúde, gestores e planejadores, os quais, por sua vez, já se encontram com um *déficit* importante de trabalhadores

de saúde qualificados para a gestão, planejamento e assistência em saúde pública, sobretudo no interior do país (DAL POZ, 2013).

No Brasil, entre tantos avanços e desafios do SUS, encontra-se a indissociabilidade entre educação e saúde. Formar um profissional que atenda às necessidades de saúde de cada momento histórico, de cada avanço técnico-científico, de cada movimento político, é um processo dinâmico, com avanços, retrocessos, curvas, desvios estratégicos e redes de encontros e desencontros.

Ao SUS, coube a atribuição de ordenador da formação de recursos humanos da saúde no país, formação esta que inclui trabalhadores de nível médio e superior. Trata-se de atribuição que lhe foi conferida como fruto dos vários movimentos sociais, contextos políticos, econômicos e de resistência que caracterizaram o movimento sanitário (CERRUTI, 2019).

As primeiras iniciativas de formação dos trabalhadores da saúde são anteriores ao próprio SUS e estão atreladas a um movimento internacional de priorização da Atenção Primária, em especial após a Conferência de Alma-Ata, em 1978. A Declaração de Alma-Ata deixa claro o relacionamento entre desenvolvimento econômico e social e recomenda a reforma do sistema de atenção, tendo como referência os cuidados primários de saúde (BRASIL, 2002).

No Brasil, a iniciativa precursora tem início na década de 1970, quando foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Entre as diretrizes do programa, constava a ênfase na Atenção Primária, a priorização das doenças de maior morbidade e mortalidade, a formação de equipes multiprofissionais, a integração ensino-serviço, e a utilização de pessoal auxiliar, originário das próprias comunidades locais onde o projeto se desenvolveria, ou seja, surge a necessidade de formar pessoas comuns, sem vivência no campo da saúde, para auxiliar no cuidado em saúde (LIMA *et al.*, 2006).

As diretrizes orientadoras do projeto foram a base para novas ações, formando-se um grupo técnico com o objetivo de estudar e propor soluções para a elaboração de recursos humanos para a área. Esse grupo, fruto de um acordo interministerial entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Educação, além da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apresentou, em 1976, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). O PPREPS englobava 16 projetos, sendo a maioria desenvolvidos pelas secretarias estaduais de saúde (SÓRIO, 2002; CERRUTTI, 2019).

Em 1981, inicia-se o Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar – Projeto Larga Escala (PLE), com o objetivo de formar trabalhadores para responder à extensão de cobertura no sistema de saúde.

O PLE marca a política de educação profissional em saúde no Brasil, caracterizando-se por trabalhar com uma metodologia problematizadora, utilizando currículo integrado – articulando trabalho e ensino, prática e teoria, momentos de dispersão e concentração –, garantindo espaço para troca de experiências acerca do enfrentamento cotidiano de problemas nos serviços de saúde, possibilitando que a formação ocorresse durante o período de trabalho e que os profissionais, já engajados, pudessem ser os tutores dos colegas, rompendo com o modelo tradicional de treinamento. Este projeto configurou-se como uma estratégia de formação e uma experiência pedagógica em consonância com os ideais da Reforma Sanitária (LIMA *et al.*, 2006; BASSINELLO; BAGNATO, 2009; GRYSHECK, 2000).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida em 1986, reiterou a importância de uma política de recursos humanos de acordo com a reforma sanitária, bem como destacou a necessidade de desenvolver formação de nível médio e elementar de forma a capacitar os profissionais para a complexidade da assistência em saúde. Propunha-se a criação de escolas técnicas públicas, descentralizadas, que privilegiassem a integração do ensino com o serviço e reconhecessem a especificidade do trabalhador/aluno. A partir de então, o Projeto Larga Escala foi oficialmente proposto como estratégia para a formação dos profissionais de nível médio e elementar (BRASIL, 1986).

O PLE formou, aproximadamente, 96 mil trabalhadores da saúde durante o período de quase 19 anos e serviu de referência para o desenvolvimento do eixo educacional do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS (BORGES, 2012).

Segundo o depoimento de Izabel dos Santos, considerada uma das mentoras do PLE (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002), este não se iniciou de forma estruturada, mas fora construído no movimento, sendo implementado em partes conforme os limites e possibilidades de cada região do país, porém, sempre buscando que o trabalhador pudesse refletir sobre o processo de trabalho e, assim, construir, de forma singular, seu conhecimento. A profissional ressalta que usar o termo “projeto” para o Larga Escala não seria adequado. Para ela, trata-se de um movimento de inclusão do aluno trabalhador, um movimento que, a partir da realidade deste, exigirá mudanças no currículo, na formação de docentes/instrutores e nos processos pedagógicos (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Obviamente, um movimento que trouxe com força uma ideia, uma visão de mundo, a lógica da inclusão, a ruptura com o modelo hegemônico de saúde e de formação, não se dera sem grandes conflitos. Neste cenário, gestores, prefeitos, sanitaristas, pedagogos, médicos e a

própria comunidade defendiam interesses próprios e, muitas vezes, entraram em choque entre concepções de saúde e participação comunitária (LIMA *et al.*, 2006).

Em 2000, com o financiamento da OPAS e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Brasil desenvolveu o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Este tinha dois objetivos: qualificar os profissionais da área de Enfermagem de nível médio e fundamental, os quais não possuíam formação adequada naquele momento, e criar mecanismos de sustentação financeira para as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) (BORGES, 2012). Pode-se afirmar que o PROFAE foi um desdobramento do Projeto Larga Escala, adequado às novas regulamentações educacionais, mas utilizando as mesmas estratégias, como descentralização, integração ensino-serviço e o currículo integrado, ideia base da Aprendizagem por Competência, segundo Izabel dos Santos (LIMA *et al.*, 2006).

A incorporação da noção de competência na educação profissional tem como marco o PROFAE. No entanto, vale destacar que, além das competências técnico-científicas, pretendia-se desenvolver, em especial, competências humanas, éticas e comunicacionais, necessárias ao cuidado em saúde. Os números relacionados à formação dos trabalhadores de Enfermagem de nível médio e elementar, por meio do PROFAE, foram substanciais. Houve um investimento de aproximadamente 370 milhões de dólares, sendo 50% desse valor oriundo de um empréstimo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e outros 50% financiados com recursos do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Foram formados 319.518 trabalhadores de Enfermagem, caracterizando-se como o maior projeto de educação em saúde e capacitação técnica na história do Brasil, desenvolvido pelas ETSUS/CEFOP (NORONHA FILHO, 2009; BORGES *et al.*, 2012).

Importante destacar que as ETSUS, na visão de Izabel dos Santos, precisavam ser pensadas como escolas-função, ou seja, escolas flexíveis, que se abrem para o mundo do trabalho, que constroem junto aos profissionais das diversas categorias do campo da saúde um diálogo, uma parceria, um espaço de encontro em que a ferramenta da transformação é a reflexão do fazer, promovendo, desta forma, a aprendizagem institucional (BORGES *et al.*, 2012). Nas palavras de Izabel dos Santos, as ETSUS precisam ter “o trabalho como eixo do processo educativo”, trazer para o campo da formação protocolos atualizados. Talvez pudessemos dizer hoje que as ETSUS necessitam de colocar em diálogo o campo do trabalho e os consensos científicos mais atuais, articulando-os conforme as necessidades locais (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

Corroborando com esta perspectiva de que era necessário aproximar a formação do mundo do trabalho, é publicada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES), por meio da portaria GM nº 198/2004 (BRASIL, 2004b), posteriormente alterada pela portaria nº 1996/2007 (BRASIL, 2007), que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS.

A referida política enfatiza a diretriz da descentralização como orientador das ofertas de formação a partir da análise dos indicadores de saúde e necessidades regionais, e assume que a Educação Permanente em Saúde se configura como “[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho” (BRASIL, 2018, p. 10).

Fundamenta-se na concepção de que a educação é um processo contínuo e dinâmico, ordenador dos pensamentos, não exclusivo da instituição escolar, na medida em que aprendemos com todo grupo social e a partir das nossas necessidades e problemas. Nesse sentido, uma oferta de formação pautada na EPS deve garantir a participação dos atores envolvidos do planejamento à avaliação, responder a uma necessidade dos trabalhadores nos seus diferentes contextos e possibilitar novos modos de produzir saúde, incluindo o cuidado e a gestão dos serviços (PEIXOTO-PINTO *et al.*, 2010).

No campo da educação dos trabalhadores da saúde, porém, assim como em tantos outros, encontra-se um cenário de disputas entre um modelo hegemônico de escola e outro voltado para uma educação com finalidade também de transformação da sociedade, contribuindo para o desenvolvimento de pessoas mais criativas e “cuidantes”. Nesse embate, diante do vasto mercado de trabalho que o campo da saúde criou e da exigência de formação técnica em Enfermagem, o mercado privado de educação foi aos poucos assumindo a formação do Nível Técnico de Enfermagem. Na maioria das vezes, primando-se pelos aspectos técnicos, com pouca ênfase no aspecto humanista, na reflexão do trabalho e nos princípios do SUS. Nas palavras de Pronko *et al.* (2011, p. 98), “[...] não existe, no Brasil, uma política de formação profissional em saúde, mas uma política de formação profissional aplicada à saúde e regida de acordo com os critérios do mercado”.

O reconhecimento da importância da formação técnica dos trabalhadores de nível médio para fortalecer e aumentar a oferta de ações e serviços de saúde no SUS fez com que se organizasse um novo grande movimento de formação de trabalhadores sobre a lógica da EPS.

Trata-se do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, que dispõe sobre as Diretrizes do Programa¹⁴.

A portaria definiu que a priorização da formulação e execução técnica pedagógica dos cursos do PROFAE seria das ETSUS, e a dos Centros Formadores seriam vinculados aos gestores estaduais e municipais. Os cursos ofertados pelo programa sinalizavam as necessidades do setor da saúde naquele momento, garantindo pactuações regionais, incluindo a cooperação técnica entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. A formação ofertada deveria ter como referenciais o desenvolvimento de competências para o cuidado, o que inclui a capacidade de cuidar do outro e de colocar em prática seu saber, por meio do desenvolvimento de ações de saúde resolutivas.

Se os desafios e as necessidades de formar profissionais de saúde está amplamente demonstrado, desafio maior se faz quando essa formação diz respeito à temática da saúde mental e a uma prática de cuidado que seja acolhedora com as singularidades envolvidas nesse processo de adoecimento, especialmente em se tratando de álcool e outras drogas. O Atlas de Saúde Mental atestou, em todas suas atualizações, o *déficit* de profissionais de saúde mental e a necessidade de formar força de trabalho de nível superior e nível médio, em especial nos países de baixa renda (KAKUMA *et al.*, 2011).

A aposta para garantir um cuidado em saúde mental caminha para o compartilhamento de tarefas, incluindo nessa atividade outros profissionais que não exclusivamente os do campo da saúde, e a formação em saúde mental para todos os profissionais de saúde, incluindo os profissionais de nível médio nos diversos níveis de assistência. Aos especialistas em saúde mental (psiquiatras, neurologistas, psicólogos e outros profissionais com formação específica) caberia o acompanhamento dos casos mais complexos, a elaboração de diagnóstico e a coordenação da formação de curto prazo dos profissionais da atenção básica ou da comunidade.

Os ganhos com a participação de profissionais não especialista nos cuidados em saúde mental em serviços comunitários e de atenção básica já podem ser observados em experiências internacionais, que apontam para um papel importante na detecção, diagnóstico, tratamento e prevenção dos transtornos mentais e na conscientização sobre os fatores de saúde mental quando recebem treinamentos adequados e constantes (KAKUMA *et al.*, 2011). Nesse sentido, diante do aumento dos casos de transtorno mental, do *déficit* de profissionais especialistas, da capacidade de resposta dos profissionais da atenção básica e da comunidade e do modelo de cuidado pautado no território, precisamos investir em ofertas de formação que possibilitem o

¹⁴ Legislação disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html

acesso e o cuidado em saúde mental a partir de uma lógica da clínica ampliada e do uso de tecnologias relacionais na prática do cuidado.

Na sequência, entre os anos de 2013 e 2015, uma grande ação de formação, projeto de dimensão nacional, direcionado aos profissionais de saúde de nível médio, foi realizada no país, num projeto pioneiro de formação na temática da saúde mental em Atenção Primária, nomeado de projeto *Caminhos do Cuidado*. Este projeto formou 237.262 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem (ATENf) na Formação em Saúde Mental – Crack, álcool e outras drogas –, além da formação de 2.380 tutores e 126 orientadores de aprendizagem, capitaneados pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e com a Escola do Grupo Hospitalar Conceição (Escola GHC). A formação para ACS e ATENf teve duração de 60 horas, sendo 40 horas presenciais e 20 de atividades de dispersão, tendo sido ofertada em 3.375 cidades do país (BRASIL, 2018).

O projeto em questão teve como referência a Educação Permanente em Saúde. Utilizou como estratégia instrucional a aprendizagem significativa e operou com equipes de infraestrutura /logística, pedagógica, gestão acadêmica e comunicação, além de coordenação local e participação das ETSUS em sua execução, o que permitiu capilaridade na pactuação, oferta e logística adequada à realidade local (BRASIL, 2018). A organização pedagógica do curso foi dividida em três eixos temáticos, destacando práticas de cuidado em saúde mental no território, construídas de forma articulada com a rede de atenção Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ferramentas possíveis de serem utilizadas na Atenção Primária pelos ACS e ATENf e, como eixo transversal, a defesa da reforma psiquiátrica, da integralidade do cuidado e da redução de danos.

Concluída a execução do projeto, construiu-se uma metodologia de avaliação em parceria com o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tal metodologia se configurou no Programa de Avaliação Institucional Educativa do Caminhos do Cuidado (AvaliaCaminhos). Além disso, o projeto também viabilizou um ambiente virtual de trocas sobre a temática da saúde mental, o que, posteriormente, fora nomeado como Observatório do Cuidado, citado anteriormente (BRASIL, 2018).

Uma das muitas perguntas que se pode fazer frente a um projeto desta dimensão é se ele pode ser lido segundo o entendimento de uma pesquisa de implementação e o que se pode

apreender dessa experiência que possa orientar futuras estratégias de Translação de Conhecimento e/ou de pesquisas de implementação. Este é o foco da presente investigação.

No próximo capítulo, apresentamos um mapeamento de estudos que buscaram discutir a inserção da formação dos trabalhadores em saúde, no campo da saúde mental, e sua relação com a TC e a CI.

5 FORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: TRANSLAÇÃO DE CONHECIMENTO E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

O último Relatório de Saúde Mental da OMS (WHO, 2022) deixa claro que as necessidades de saúde mental são altas e, infelizmente, as respostas ainda são insuficientes e inadequadas, que os transtornos mentais são a principal causa de anos vividos com incapacidade, e que os serviços de saúde são marcados por grandes lacunas na implementação de práticas baseadas em evidências. Práticas essas que, segundo as evidências, deveriam ser voltadas para cuidados de saúde mental baseados na comunidade. O direcionamento claro e contundente do cuidado em saúde mental para o espaço comunitário, vinculado com a Atenção Primária em Saúde, impõe implicações ao desenvolvimento de novas competências para que essa equipe possa trabalhar com um cuidado caracterizado por ser longitudinal, que exige articulação com o território, e que precisa identificar e compartilhar orientações sobre detecção de doenças mentais para o início de um acompanhamento mais rápido, fornecendo cuidados básicos e encaminhamentos para casos complexos.

Kakuma *et al.* (2011) destacam que a OMS propõe uma pirâmide de organização para os serviços de saúde mental. No entanto, sua implantação exige mudanças para incluir cada vez mais ações multiprofissionais e intersetoriais: um desafio que precisa ser enfrentado, em especial para espaços de formação que podem transitar entre os campos da saúde, da educação, da assistência social e da segurança.

A OMS aponta, no documento *Global Strategy on Human Resources for Health: Work Force 2030* (WHO, 2016), ações necessárias para a implantação de uma estratégia de recursos humanos para o setor saúde. O documento sinaliza uma crise global sobre a força de trabalho em saúde, afirmando a necessidade de aumento do número de profissionais de saúde, a distribuição mais equânime desses, a necessidade de qualificá-los a partir das novas condições sanitárias, epidemiológicas e demográficas, além do uso das evidências científicas como referência para programas, intervenções e processos decisórios de gestão (WHO, 2016; PORTELA *et al.*, 2017).

A necessidade de adequar a formação dos profissionais de saúde fez com que várias orientações sobre abordagens metodológicas e pedagógicas fossem compartilhadas pela OMS. Entre elas, destacam-se: formação baseada por competências, trabalho em equipe, currículos e inovações a partir das necessidades locais e uma maior aproximação entre instituição de ensino

e sistema de saúde, com vistas a promover mudanças transformadoras na formação e no serviço de saúde (PORTELA *et al.*, 2017).

Transformar a prática de cuidado em saúde mental requer fortalecer e reorganizar o sistema de saúde para que este seja capaz de ampliar as ofertas de cuidado. Para tanto, é fundamental ações interligadas voltadas para governança, construção de lideranças capazes de mobilizar recursos de forma colaborativa entre diversos setores e atores do campo da saúde, financiamento, conscientização política e construção de competências de toda a equipe de saúde para os cuidados em saúde mental. A ampliação da força de trabalho aliada ao desenvolvimento de competências, em especial da equipe da Atenção Primária, incluindo trabalhadores comunitários, para intervenções básicas em saúde mental, é fundamental para que profissionais de saúde e comunidade apoiem a inclusão social de pessoas que vivem com problemas de saúde mental, sempre apoiados em práticas centradas nos direitos humanos e de base territorial (KAKUMA; MINAS; DAL POZ, 2013; WHO, 2022).

Conforme Lyon *et al.* (2011), nas últimas décadas, o campo da saúde mental testemunhou um aumento significativo no desenvolvimento e teste de Práticas Baseadas em Evidências (EBP), orientadas para o tratamento de uma ampla variedade de problemas psicossociais de adultos e jovens. Segundo os autores, infelizmente os avanços em EBP ultrapassaram amplamente o desenvolvimento de tecnologias projetadas para apoiar sua implementação por profissionais em contextos do mundo real, especialmente em países de baixa e média renda. É nesse contexto que debruçar-se sobre os fatores que dificultam a incorporação dessas evidências exige uma aproximação com o campo da TC e da CI e, em especial, com o papel do processo formativo na incorporação dessas evidências.

Uma revisão realizada por Phillipson *et al.* (2016) teve o objetivo de identificar os tipos de estratégias educacionais utilizadas para facilitar a TC para profissionais de saúde. Nesta, foi destacado que as estratégias utilizadas nas intervenções educacionais são realizadas a partir de uma abordagem multifacetada, envolvendo duas ou mais estratégias educacionais, verificando-se um resultado mais efetivo se os participantes forem motivados a se envolver com os diferentes componentes da intervenção.

O estudo destacou dois conjuntos de fatores que podem potencializar a TC, sendo o primeiro vinculado à construção de relacionamentos entre alunos e educadores, ou mesmo entre os próprios alunos; o segundo foi relacionado às perspectivas das organizações envolvidas na TC, ou seja, a disposição da organização de promover mudanças sustentáveis em seu ambiente de trabalho para apoiar a construção de novas habilidades e competências. Os autores apontam

que, entre os obstáculos para o processo de TC, estão a ausência ou fragilidade na liderança, o inadequado nível de conhecimento sobre a evidência (de pessoal ou de recursos inadequados), a fragilidade da instituição para instigar mudanças e as experiências anteriores malsucedidas de implantação de novas práticas (PHILLIPSON *et al.*, 2016).

A mesma revisão destaca seis princípios para integrar a TC na educação direcionada aos profissionais de saúde, sendo elas: (i) a combinação de estratégia de educação com o objetivo da TC e as preferências do aluno; (ii) a utilização de estratégias de aprendizagem múltiplas e integradas, com oportunidades para diálogo; (iii) a construção de relacionamentos para aproximar a pesquisa da prática; (iv) a utilização de mensagens simples e atraentes; (v) os incentivos para atingir as metas da TC; e, por fim, (vi) um planejamento que envolva mudar o local de trabalho, e não apenas o profissional de saúde individualmente (PHILLIPSON *et al.*, 2016).

Sabe-se que a implementação de uma inovação exige o reconhecimento e a efetivação de um conjunto de ações e processos destinados a colocá-la em uso dentro de uma organização. Portanto, a implementação depende de uma decisão da gestão para reconhecer e disparar esses processos, entretanto, esse é um processo social na medida em que envolve um conjunto de circunstâncias e fatores únicos que, em interação naquela conjuntura, facilitam ou não a implementação de determinada inovação. Vale destacar que, na Ciência da Implementação, as estruturas operacionais, *frameworks*, buscam representar, no maior número possível, os fatores envolvidos nos processos de implementação complexos. Apesar de nunca conseguirem mapear todos os fatores envolvidos, são ferramentas importantes para dar clareza e consistência sobre o que funciona, onde funciona e por que funciona (DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

Implementar práticas baseadas em evidência científica no campo da saúde pública, em especial, no campo da saúde mental, tem diferenças importantes da implementação de uma inovação em outras áreas. O campo da saúde é marcado por (pré)conceitos e estigmas e é fortemente influenciado pelo caráter cultural e pessoal. Soma-se a esse desafio selecionar práticas com fortes evidências científicas, lidar com um cenário de políticas e práticas que muda muito rapidamente e com a rotatividade de profissionais. Entre as características-chave para a o processo de implementação estariam o envolvimento da liderança na implementação, a necessidade de treinamento contínuo, além de considerar o impacto da rotatividade de profissionais (AARONS, HURLBURT, HORWITZ, 2011).

Como já apresentado, o Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), proposto em 2008, e seu Manual de Intervenção do Programa de Ação para Reduzir

as Lacunas em Saúde Mental (MI-mhGAP), proposto em 2010 e atualizado em 2015, são uma referência para responder às necessidades de cuidado em saúde mental. Importante ressaltar que o MI-mhGAP deve ser entendido como uma referência que precisa ser adaptada à situação específica de cada local, sendo que, durante o processo de adaptação, tem-se uma boa oportunidade para alcançar os consensos técnicos e institucionais (WHO, 2018).

O MI-mhGAP vem sendo implementado em vários países, e algumas pesquisas já apontam seus avanços e desafios. Na ilha de Fiji, os profissionais de saúde foram treinados para o uso do mhGAP a partir de estudos ali colhidos. Uma avaliação empreendida por Charlson (2019) apontou que, apesar dos treinamentos direcionados aos profissionais de saúde serem pré-requisito para que a evidência chegue ao serviço, ela não é suficiente para produzir mudanças na prática.

Chegou-se a conclusão muito parecida a partir da realização de pesquisa similar em seis países da África subsaariana e no sudeste Asiático, tratando sobre os esforços para ampliar a saúde mental na Atenção Primária, utilizando-se do treinamento de mhGAP (PETERSEN, 2019). Os resultados somam-se às evidências prévias, as quais apontam que ampliar a saúde mental no contexto da Atenção Primária é muito complexo, exigindo mais do que o treinamento dos profissionais de saúde. As pesquisas sinalizaram ainda ser preciso fortalecer o próprio sistema de saúde para oferecer cuidado integrado de forma longitudinal para as doenças crônicas e, conseqüentemente, para os transtornos mentais.

Ademais, em artigo publicado no ano de 2020, é apresentado um estudo transversal descritivo (realizado entre o período de dezembro de 2018 e junho de 2019) sobre a aplicação do mhGAP-IG em alunos em formação em instituições de ensino de sete países, quando se concluiu que o treinamento do mhGAP para alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem pode ser implementado com sucesso em diferentes ambientes e pode ser adaptado às necessidades das instituições de ensino (CHAULAGAIN, 2020). Permanece, porém, a dúvida sobre como isto se daria para o total de profissionais de saúde, particularmente para os iniciantes no sistema de saúde.

Os três artigos sinalizam que, para uma mudança efetiva na prática, além da oferta de formação consistente e adequada do ponto de vista instrucional, é preciso direcionar o olhar para a organização dos sistemas locais de saúde, para os diversos fatores que compõem sua rede.

Corroborando com o que foi identificado pelos artigos citados anteriormente, Wakida *et al.* (2018) e Le *et al.* (2020), utilizando *frameworks* diferentes nas suas revisões sistemáticas,

destacam barreiras e facilitadores para a implementação do cuidado em saúde mental de base territorial. Wakida *et al.* (2018) destacam que as barreiras e facilitadores para a integração dos serviços de saúde na Atenção Primária podem ser agrupadas em três diferentes níveis. O primeiro trata da “Motivação do profissional de saúde para mudar”, em que se pode encontrar os seguintes fatores envolvidos: capacidade para diagnosticar e tratar transtornos mentais, falta de conhecimento sobre intervenções psicossociais, treinamento inadequado de ferramentas de triagem de saúde mental e tratamento atual baseado em evidências científicas, baixo interesse em fornecer cuidados de saúde mental, aumento da carga de trabalho e tempo, recursos limitados para a prestação de serviço. Um aspecto destacado como facilitador para o nível “motivação do profissional” foi a realização de treinamento prévio em saúde mental, o que reforça a importância, sem desconsiderar os outros níveis apontados pelo estudo, de oferta de ações de formação em saúde mental a partir de evidências científicas.

O segundo nível destacado foi o nível da gestão e/ou liderança, que destaca como dificultadores a ausência de treinamento em serviço e discussões formais sobre transtornos mentais, coordenação inadequada, incapacidade do sistema de responder às necessidades dos usuários do sistema de saúde e descoordenação no planejamento das ações. Por fim, como terceiro nível, as barreiras e facilitadores relacionados a recursos financeiros. Ainda segundo os autores, a revisão sistemática por eles realizada aponta que a evidência de que é preciso integrar a saúde mental à APS está enfrentando desafios de implementação em todos os setores, exigindo esforço conjunto para que a implementação seja realizada e tenha sustentabilidade.

Le *et al.* (2022), por sua vez, ao analisar as barreiras e facilitadores do processo de implementação em países de baixa e média renda, onde a lacuna de tratamento em saúde mental é ainda maior, ressaltam que se faz necessário compartilhar tarefas com a equipe da APS, sobretudo com o ACS e usuários do próprio serviço de saúde. Para suas análises, propôs um novo modelo conceitual a partir do CFIR e do *framework* Estrutura de Domínios Teóricos (TDF). Os achados da revisão sistemática destacam que, no campo da saúde mental, o estigma, seja familiar, institucional ou mesmo o autoestigma, tem uma força poderosa sobre o discernimento de problemas e tratamentos de saúde mental em todos os atores e processos sociais. Destacam ainda que a evidência científica mais comumente estudada no trabalho foi o mhGAP, que entre os facilitadores mais citados estão o treinamento, supervisão e motivação e que, entre as barreiras, destacam-se a infraestrutura e desorganização do sistema de saúde como um todo. Chama a atenção o fato dos estudos se debruçarem mais sobre barreiras e facilitadores

com um número muito menor de estudos sobre os estágios de preparação, exploração e sustentação.

Aarons e colegas (2011) enfatizam a importância de se debruçar sobre a fase da exploração antes de partir para a fase de adoção/preparação de uma implementação, pois é na primeira que se busca a conscientização sobre o problema, o reconhecimento de que uma inovação responde a necessidades da organização, ou não. É o campo em que se analisa o contexto externo (sociopolítico – engajamento e políticas públicas claras – e financeiro), o engajamento da comunidade em defesa de uma dada inovação, as redes interorganizacionais que se apresentam. Aqui, destaca-se que, quanto maior a interação com agências/organizações que já utilizam evidências científicas, maior a chance de estas serem influenciadas e utilizadas. O contexto interno, marcado pelas características das organizações que promovem a implementação, também é fator importante, em especial, no que tange à capacidade de absorção de uma organização de usar novos conhecimentos, especialização e mecanismos para apoiar o compartilhamento de conhecimento, prontidão para mudança e contexto receptivo.

Os fatores contextuais externos e internos influenciam como as organizações irão acolher e se envolver no planejamento da implementação. Nas palavras dos autores, a maior dificuldade de incorporação de uma inovação pelo setor público tem relação com a dificuldade de acessar e compreender a informação baseada em pesquisa, por conta das múltiplas atividades, rotina de trabalho, fragilidade na formação profissional contínua, ausência de espaços de compartilhamento de conhecimento, além do nível de envolvimento com o processo de implementação que, como já descrito, exige engajamento e planejamento das lideranças (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Após uma adequada exploração de todo o contexto, é o momento de decidir pela adoção e iniciar a fase de preparação. A adoção pode se dar em etapas, experimentando primeiro a inovação, um projeto piloto, ou já iniciar de forma mais ampla. A decisão por adotar uma inovação é fruto da confluência de fatores em diferentes níveis, alguns dos quais devem ser mapeados na fase de exploração, outros são frutos do próprio processo de implementação. Entre os fatores que podem ser mapeados na fase de exploração, encontram-se os marcos legislativos, a política de saúde [mental], a pressão social, recurso financeiro, as evidências científicas de base mais forte ou menos forte, as redes interorganizacionais que podem se comunicar de maneira formal ou informal, retroalimentando-se no caminho da adoção ou não da inovação. A forma como a liderança é exercida e como ela atua para a adoção da inovação é também um fator a ser destacado, além do contexto interno das organizações como a estrutura

organizacional, o tamanho, a especificidade da área de atuação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Na fase da implementação, no campo da saúde pública, as questões políticas e financeiras se somam às questões clínicas e à forma como o usuário do sistema de saúde irá reagir à inovação. Nesse sentido, as redes interorganizacionais são um dado importante, pois podem fazer circular informação e fornecer suporte, potencializando a implementação ou restringindo seu caminho. Os desafios relacionados à rede de comunicação precisam ser considerados. Por exemplo, é fundamental garantir que todas as partes envolvidas sejam incluídas, que a aceitação ocorra em todos os níveis, mapear as diferentes posições, estabelecer funções e responsabilidades, e definir procedimentos para lidar com percalços da vida organizacional. Além de definir as prioridades e metas, fator importante para orientar os funcionários em direção a um propósito, é importante considerar a prontidão organizacional para mudança, se a cultura e o clima organizacional são mais receptivos à inovação. Vale registrar que é possível contribuir com influências positivas dentro da organização por meio de ações que apoiem atitudes, crenças e comportamentos positivos em relação à inovação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Os autores também destacam que organizações de serviços públicos tendem a ter uma cultura mais resistente à inovação e oferecem menor suporte aos trabalhadores, reforçando o papel importante dos profissionais na adesão, ou não, da inovação. Características como idade, nível de formação, experiência profissional, abertura pessoal à adoção de inovação são fatores que, aliados às características das organizações, conformam o processo de implementação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

A fase da sustentação, ou uso contínuo de uma inovação na prática, traz em si o reconhecimento de que todo processo de implementação de inovação será, após algum tempo, substituído por outra inovação. Entretanto, é importante que algumas ações sejam tomadas para que o processo de implementação se sustente por algum período na prática diária. Entre elas, destaca-se o contexto sociopolítico, uma liderança carismática em vários níveis de gestão, as políticas de financiamento, a colaboração com os centros de formação/pesquisa, o planejamento estratégico de ações de sustentação e a construção positiva, pelo uso da inovação, que reverbera nas trocas sociais. Os autores destacam que, na fase da sustentabilidade, é importante manter o monitoramento sobre o uso adequado da inovação e o suporte para que ocorra a continuidade de uso da inovação. O suporte de treinamento é uma das ações possíveis, ou seja, após a implementação de uma inovação, é necessário compreender que as habilidades e competências

de quem vai aplicar a inovação requerem aperfeiçoamento, o que irá contribuir com a maior clareza da função a ser desempenhada, menor exaustão emocional, redução na rotatividade e envolvimento no processo de avaliação sobre os resultados da implementação da inovação.

Uma crítica é apontada ao fato de a CI ter concentrado esforços nos fatores envolvidos na aceitação inicial do uso de evidências científicas e pouco ter se dedicado a entender os fatores envolvidos na sustentação de práticas implementadas ao longo do tempo. Os fatores envolvidos nesta fragilidade podem ser a falta de clareza conceitual na literatura, desafios metodológicos para acompanhar a pós-implementação – definição do período e financiamento e a ausência de teoria, modelos e estruturas reconhecidas para esse fim (BIRKEN *et al.*, 2020; LE *et al.*, 2022).

Ou seja, uma ação de formação no campo da saúde mental precisa ser construída com clareza sobre o seu objetivo. Ela pode ser uma ação que se propõe a apresentar uma nova evidência científica, uma primeira aproximação, realizar uma sensibilização, ou pode estar listada entre as ações de implementação de um novo modelo de cuidado. É importante registrar que uma ação de formação não tem força suficiente para definir a implementação de uma nova prática de cuidado em saúde mental. Por exemplo, a ação de formação precisa, necessariamente, estar atrelada a outras ações, compondo um planejamento exequível e politicamente sustentável. Por último, as ações de formação podem estar atreladas às ações de sustentação de uma dada política, mantendo, dando suporte, propiciando a troca de experiências e o fortalecimento do modelo ou inovação.

Damschroder e Hagedorn (2011) destacam a escassez de pesquisa de implementação sobre intervenções voltadas a pessoas em uso de álcool e outras drogas. As poucas produções se debruçam sobre o treinamento individual do conselheiro, com pouca ênfase nos aspectos das organizações. As autoras apontam que o CFIR é um *framework* que pode ser utilizado para fazer análises retrospectivamente ou prevendo resultados. A priori, realizando avaliações exploratórias sobre barreiras contextuais e facilitadores potenciais, considerando a inovação, o contexto organizacional, interno e externo, os indivíduos e o próprio processo de implementação por meio da avaliação formativa ao longo do processo (DAMSCHRODER; HAGEDORN, 2011; DAMSCHRODER, 2020).

Segundo as autoras, as pesquisas de implementação voltadas a situações de uso de álcool e outras drogas devem incluir uma diferenciação entre componentes essenciais da inovação e componentes que podem ser adaptados a partir do contexto local. Além disso, deve incluir o reconhecimento de que a avaliação formativa é importante ferramenta para a maturação do campo da implementação, e deve envolver indivíduos-chave no processo de planejamento e

execução das estratégias de implementação e garantir tempo para avaliação e reflexão, aspectos fundamentais para identificar lacunas e garantir o refinamento do processo de implementação. Por fim, é preciso avaliar a probabilidade efetiva de que a inovação a ser implementada tenha sustentabilidade, considerando os fatores contextuais (DAMSCHRODER; HAGEDORN, 2011).

Mesmo reconhecendo que a implementação de uma inovação envolve vários fatores contextuais, estes não excluem a importância de uma oferta de formação adequada, coerente, consubstanciada com a proposta, com o grau de maturação, objetivo e o planejamento da implementação como um todo. Sendo assim, a partir do próximo capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa, por meio da construção de uma narrativa que soma fontes documentais e registros de entrevistas com os participantes da pesquisa, seguindo a decisão de desenhar o contexto sociopolítico do qual o projeto *Caminhos do Cuidado* emergiu.

Importante frisar que o que se apresenta foi construído a partir do que meus olhos e minha compreensão puderam alcançar. Lacunas sempre existirão, tendo em vista as escolhas realizadas; neste caso, aquelas que me pareceram favorecer a aproximação com os objetivos da pesquisa, ou seja, uma análise que será sempre parcial.

6 PROJETO DE FORMAÇÃO *CAMINHOS DO CUIDADO* – A POLÍTICA DO AFETO EM CONTRAPOSIÇÃO À POLÍTICA DO MEDO

Descrever o projeto *Caminhos do Cuidado* exige de nós compreender o contexto da temática das drogas no país, bem como a política vigente. As manchetes dos meios de comunicação apresentavam diariamente a “cracolândia”, que pode ser traduzida como ‘terra do *crack*’, um local de uso extensivo de drogas, em especial o *crack*, onde os usuários da droga eram comparados a zumbis. A narrativa alarmista de uma “epidemia do *crack*” no país fortalecia uma lógica de medo e terror, e pressionava a todos os gestores para a construção de respostas que pudessem responder a tal “epidemia”. Alguns anos depois, após a realização do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizada pela ICICT/Fiocruz em 2017, após demanda do MS, constatou-se que a tal “epidemia” não era da dimensão alardeada pela mídia e que usuários de *crack* representavam 1% da população. Em números absolutos, a pesquisa estimou que, em 2015, havia “[...] um milhão e 90 mil usuários regulares de maconha, cerca de 670 mil usuários regulares de substâncias ilícitas (exceto maconha) e aproximadamente 380 mil usuários regulares de *crack* e/ou similares” (BASTOS *et al.*, 2017, p. 208).

Em resposta a esse aumento do uso de *crack* e à narrativa de uma epidemia, no ano de 2010 é instituído pela Presidência da República o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, por meio do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. O decreto teve alguns artigos revogados ao longo dos anos, até ser inteiramente revogado pelo decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020. Seu objetivo, em 2010, foi instituir o Plano Integrado ao Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas. O plano proposto tinha como fundamento a integração e a articulação entre as políticas de saúde, assistência social, segurança, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os objetivos da Política Nacional sobre Drogas, tendo como coordenador o Ministro da Justiça.

Entre as ações imediatas do plano, estavam a ampliação de leitos para tratamento de usuários de *crack* e outras drogas, ampliação da rede de assistência social, ampliação das ações de prevenção, tratamento e reinserção social, ampliação de ações especiais voltadas à desconstituição da rede de narcotráfico. As ações estruturantes contemplavam a ampliação da

rede de serviços, realização de estudos e diagnósticos para aperfeiçoamento das políticas públicas, formação de recursos humanos, capacitação de profissionais e lideranças comunitárias, criação e fortalecimento de centros formadores voltados para ensino, pesquisa, desenvolvimento de metodologia de tratamento e reinserção social, centro integrado de combate ao crime organizado, monitoramento de fronteiras, articulando com outras ações desenvolvidas em âmbito federal, estadual, distrital e municipal. Em suma, uma gama extensa de ações abrangendo vários aspectos e setores na tentativa de responder a um fenômeno social que foi chamado, naquele momento, de “epidemia de *crack*” (BRASIL, 2010).

Nesse contexto de “epidemia de *crack*”, foi possível avançar em várias frentes da saúde mental, principalmente, no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Também nesse contexto, atrelado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, é publicado, em dezembro de 2011, o programa *Crack, é possível vencer!*, com um investimento de R\$ 4 bilhões a serem utilizados entre os anos de 2012 e 2014.

Este programa estava organizado em três eixos, a saber:

- Eixo Prevenção – voltado ao fortalecimento da rede de proteção e redução dos fatores de riscos para uso de drogas. As ações desse eixo estavam voltadas, em especial, para a comunidade escolar e para cursos de capacitação a diferentes autores da sociedade com o objetivo de prevenção do uso de drogas;
- Eixo Cuidado – voltado para a ampliação e qualificação do atendimento e atenção ao usuário e familiares, respeitando suas singularidades e autonomia e pautado nos princípios da defesa da vida e da Redução de Danos;
- Eixo Autoridade – voltado ao enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas e policiamento ostensivo e de proximidade (comunitário) em regiões de concentração de uso de droga de forma articulada com o setor saúde e assistência social.

No eixo Cuidado, o Ministério da Saúde se fazia presente e bastante envolvido nas articulações para a ampliação da oferta de cuidados, assim como na formação dos profissionais de saúde, buscando qualificar a Rede de Atenção à Saúde e ofertar um cuidado mais qualificado no campo da saúde mental, *crack*, álcool e outras drogas. O eixo sinalizava a importância de articulação entre o campo da saúde e da assistência social, de modo a construir uma rede capaz de atender as necessidades de cada região e apresentava 17 ações que poderiam ser desenvolvidas com recursos do Governo Federal e contrapartida dos municípios. Entre essas

ações estavam aquelas voltadas à ampliação dos Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III, Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência, enfermarias especializadas, Unidades de acolhimento adulto, Unidades de acolhimento Infanto-juvenil, Comunidades Terapêuticas, Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e indivíduo, Serviço de abordagem social, serviço especializado para Pessoas em Situação de Rua e oferta de cursos de capacitação. As ofertas de formação poderiam ocorrer nos seguintes nichos: Residência médica em psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental, Curso de atualização em saúde mental e trabalho em rede, Curso de atualização em situação de crise em saúde mental, Curso de Capacitação em Saúde Mental da Infância e Adolescência, e Programa de Formação de Nível Médio para a Rede de Atenção Psicossocial – enfrentamento de *crack* e outras drogas¹⁵.

Nas palavras do Entrevistado B¹⁶, “o movimento disparado pelo programa *Crack, é possível vencer!*, caracterizou-se como “um momento muito profícuo para a execução de estratégias de qualificação da atenção básica.”

Ainda segundo o Entrevistado B, compondo esse cenário profícuo para ações de qualificação, vale destacar que, em 2011 (portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011) se iniciara o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a oferta de processos formativos se torna uma estratégia importante de qualificação da atenção primária, o que sinaliza que o Ministério da Saúde buscou por estratégias coordenadas, em várias frentes, para fortalecer o papel da formação profissional em saúde e se aproximar dos territórios.

[...] a partir do PMAQ e das estratégias de capilarizar as ações do departamento de atenção básica, o conjunto de trabalhadores começa a entrar mais no dia a dia das equipes, [...] começa a discutir isso de maneira mais orgânica, tendo mais exemplos, conhecendo mais experiências em âmbito nacional. E aí todo um investimento nessa aproximação com a realidade dos municípios e dos estados, e concomitante a isso, não é em paralelo, isso vem junto, porque o Caminhos do Cuidado se insere no nosso querido e maldito plano Crack, é possível vencer! [...] O PMAQ garantiu ao departamento de

¹⁵ Dados retirados da Cartilha “Crack, é possível vencer – Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Disponível em: http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/conteudo/cartilha_crack,_ae_posssivel_vencer.pdf.

¹⁶ Importante salientar que, quando houver referência aos entrevistados, estes sempre serão citados no masculino, como ética genérica, além de não explicitar o sexo dos participantes, comprometendo sua identificação.

atenção básica do Ministério da Saúde ter uma apropriação que as outras áreas não tinham, isso é muito concreto, muito pragmático (Entrevistado B)

Importante localizar que outras ações de formação vinculadas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas foram disparadas sem a participação efetiva do Ministério da Saúde, com orientação direta do Ministério da Justiça, voltada a profissionais de nível superior e tendo como referência a lógica da abstinência (Entrevistado E).

Voltando a uma de suas ações, o Programa de Formação de Nível Médio para a Rede de Atenção Psicossocial – enfrentamento de *crack* e outras drogas sinalizava que a formação deveria desenvolver cursos e atividades de educação permanente para disseminação de informação científica e tecnológica aos trabalhadores de nível médio do SUS, em especial Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e técnicos de enfermagem em todos os estados da federação e no Distrito Federal, formar facilitadores e orientadores de aprendizagem, além da produção de material didático e audiovisual de apoio pedagógico à formação¹⁷.

A reflexão sobre o acesso e a disseminação de informação está presente há algum tempo. Sabe-se, que além do acesso à informação, é preciso garantir acesso ao contexto de construção do conhecimento, reconhecendo que estão presentes neste jogo decisões conscientes para controlar o uso, definir os termos do debate, os parâmetros do conteúdo e a própria noção do que a informação pode significar (MCCREADIE; RICE, 1999). Neste sentido, a decisão por disseminar informação científica e tecnológica aos trabalhadores de nível médio do SUS, Agente Comunitário de Saúde e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, é uma decisão política, uma aposta na inclusão e no lugar estratégico desses profissionais na porta de entrada do SUS.

Vale ressaltar que o inicial da ação educativa, incluindo os números e valores envolvidos, foi proposto por uma equipe que se desligou do Ministério da Saúde antes do detalhamento da ação. A equipe que assumiu posteriormente levou um tempo até entender a proposta, sua dimensão quantitativa e passar a construir alternativas para sua execução. Nas palavras do Entrevistado D, “*quando, em uma das reuniões na Casa Civil, assim, a pressão veio grande é que nós [entendemos] que tinha que fazer*”.

Nesse sentido, sendo pressionado a formalizar a oferta de formação, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica (DAB), em articulação estreita, buscaram um

¹⁷ Dados retirados da Cartilha *Crack, é possível vencer – Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Disponível em: http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/contendo/cartilha_crack,_ae_possivel_vencer.pdf.

desenho de formação em saúde mental com ênfase em *crack*, álcool e outras drogas, que considerasse a Política Nacional de Atenção Básica, a Política de Saúde Mental – Álcool e Outras Drogas e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (REZENDE, 2017).

Surge, nesse contexto, o desenho do curso de Formação em Saúde Mental, com o objetivo de ofertar formação para a totalidade dos ACS do país e um Auxiliar/Técnico de Enfermagem por Equipe de Saúde da Família (ESF), totalizando uma meta audaciosa de ofertar 290.197 vagas para profissionais de saúde em todo o país. Destacando, como já citado anteriormente, que a fórmula como se chegou a esse número não é muito clara: *“eu não sei como chegou a esse número, [...] quem fez o planejamento inicial saiu do Ministério”*, disse o Entrevistado D.

Importante ressaltar que, os primeiros documentos que tratam da oferta de formação são documentos “duros”, ocupavam um lugar marginal, muito pequeno, no volume de ações previstas no plano *Crack, é possível vencer!*. A articulação da equipe da atenção básica *“[...] conseguiu blindar aquele pequeno oxigênio dado a ele, que cresceu imensamente e foi [ganhando] uma liberdade”*. Liberdade que, vale destacar, foi sendo conquistada e mantida por conta da condução do processo: *“[...] a gente mantinha os índices, as metas e dava retorno a todas as áreas”* (Entrevistado C). Nas palavras do Entrevistado B, *“[...] pro Caminhos do Cuidado era uma ação pequena perto daquelas várias atividades que estavam pensadas, [...] foi preciso cavar essa oportunidade”*.

A possibilidade de “cavar essa oportunidade” se tornou viável em função do histórico de ações já em desenvolvimento pelo DAB, pela parceria com o território e legitimidade construída a partir de um processo que se iniciou em 2011, com o PMAQ.

“[...] acho que duas coisas que são muito importantes para falar de Caminhos do Cuidado e desse nascedouro. Primeiro, esse contexto político e de gestão, de manejo da gestão política; e o outro, é que a gente estava absolutamente convencido em todas as formações, que não era para ser as formações [...] de delegar a Universidade [...]. Não encomendamos nada, [...] a gente discutiu e pode escrever os cadernos juntos (Entrevistado B).

Observa-se, desde o início, uma lógica de construção compartilhada, de diálogo, de envolvimento, de experiências prévias que foram se somando e tornando possível transformar uma ação, a princípio, pequena, num projeto de dimensões bastante significativas.

6.1 O PROJETO *CAMINHOS DO CUIDADO* - FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Falar do projeto *Caminhos do Cuidado* é falar de ousadia, seja por sua dimensão quantitativa (formar 100% dos ACS em saúde mental), pela dimensão territorial (“do Oiapoque ao Chuí”), pelo caráter inovador da proposição metodológica, pela composição de atores nacionais e locais que constituíram uma rede de colaboradores, ou pela inclusão dos princípios de uma ética do cuidado, a partir do conceito ampliado de RD. Segundo Ruas (2017), uma formação em larga escala que exigiu uma proposta de arquitetura pedagógica.

Nas palavras do Entrevistado A,

[...] um movimento de qualificação, que não era um movimento de qualificação num lugar comum. Primeiro porque ele era muito ambicioso de pegar todos os agentes comunitários de saúde do Brasil, [...] Segundo, porque foi todo pautado a partir de metodologias ativas de formação, saindo completamente de uma qualificação mais “careta”, mais quadradinha e sim mais indutora de todo um movimento de reflexão.

Segundo o Entrevistado D, “*[...] nos últimos 57 anos, talvez um pouco mais, esse foi o maior projeto em termos de dimensão de número de alunos*”.

Essa ousadia, inicialmente, afastou algumas instituições de ensino/pesquisa, e a costura para a efetivação desta meta do plano *Crack*, *é possível vencer!* aproximou o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), responsáveis finais pela concepção e execução do projeto (BRASIL, 2016).

Mobilizados pelo Ministério da Saúde, o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz, o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição (Escola GHC) e a Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) aceitaram o desafio de

desenvolver uma estratégia de educação permanente para àqueles profissionais de saúde que, em sua essência, representam a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde: os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os Auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENfs) das equipes de atenção básica em todo o país. **A meta: acolher e cuidar. O contexto: saúde integral no território. O dispositivo: a escuta e o olhar cuidadoso para o outro** (Brasil, 2014, p. 14, grifo nosso).

A complexidade do projeto e os desafios de torná-lo viável são descritos a partir de três dimensões. A primeira delas destaca a necessária articulação entre várias instituições do SUS, entre elas Escolas Técnicas do SUS, áreas de Saúde Mental e Atenção Básica e Conselhos de Saúde dos três entes federativos; e a necessidade que tal articulação ocorresse de forma vertical e horizontal: “[...] vertical, entre instituições de diferentes esferas de governo e vinculação institucional, e horizontal, com diferentes áreas e serviços de uma mesma esfera de governo” (BRASIL, 2014, p. 17).

A segunda dimensão aponta para o desafio de “[...] interconectar a Atenção Básica com a Saúde Mental, duas políticas inovadoras do SUS, mas com identidades marcadas por suas especificidades” (BRASIL, 2014, p. 18). Como terceira dimensão e desafio de ofertar ações de educação permanente para os ACS e ATENfs, “a educação permanente, nem sempre compreendida na sua capacidade de apoiar o desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde, envolvendo trabalhadores com uma marca de trabalho técnico e operacional, requereu superar ceticismos e resistências” (BRASIL, 2014, p. 18).

O projeto¹⁸ se concretizou com a oferta de um curso com uma carga horária de 60 horas, sendo 40 horas de atividades presenciais e 20 horas na modalidade de dispersão, a serem realizados no território. As atividades presenciais ocorreram com encontros de oito horas diárias, na maioria das vezes, semanalmente, no período médio de cinco semanas (BRASIL, 2013a, 2016, 2018). Os números finais são bastantes contundentes:

Entre os anos de 2013 e 2015, o projeto Caminhos do Cuidado ofertou 292.955 vagas para a formação em saúde mental – crack, álcool outras drogas, com a capacitação total de 237.262 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares/Técnicos em Enfermagem (ATENf) que atuavam na Atenção Básica do SUS. [...] Oferta de 2.380 vagas para formação de tutores – das quais 1.946 atuavam no projeto – e de 126 vagas para orientadores de aprendizagem. As metas foram atingidas com 100,93% de êxito (BRASIL, 2018, p. 5).

¹⁸ FNS TC:242/2012. Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para Rede de Atenção Psicossocial, enfrentamento do crack e outras drogas.)

Compreender o projeto e seus números nos exige ir tateando sobre os meandros de sua concepção, estruturação, modelo pedagógico, as estratégias de implementação, incluindo barreiras e facilitadores para colocar nas ruas de todo o país um projeto de formação em saúde mental e sua avaliação, por meio do Programa de Avaliação Institucional Educativa do Caminhos do Cuidado (AvaliaCaminhos).

6.1.1 A concepção e o modelo pedagógico

Alguns princípios orientadores estavam presentes desde a concepção inicial do curso e foram se firmando à medida que novos integrantes iam compondo a equipe e construindo, a várias mãos, o desenho do curso. Nas palavras de alguns entrevistados, “[...] a gente estava convencido de que a formação precisava mexer em atributo moral, ” era preciso sair do teórico “e colocar o cara para simular, simular atendendo alguém, [...] simular conversar com a família, [...] simular o cuidado” (Entrevistado B).

Compunham a equipe inicial do projeto, e foram responsáveis pela condução de todo o processo, o Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, Secretaria de Gestão do Trabalho Educação e Saúde (SGTES), o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Grupo Hospitalar Conceição e vários *experts* da área de atenção básica e saúde mental, convidados a participar das oficinas que organizaram todo o desenho do curso de formação.

Vale destacar que a articulação entre DAB e Coordenação de Saúde Mental já vinha sendo costurada, e estava claro que o cuidado em saúde mental deveria também e, principalmente, ocorrer na Atenção Primária, corroborando as orientações da OMS. E, nesse sentido, a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a produção de documentos orientadores, como o Caderno de Atenção Básica nº 34, o curso de Consultório na Rua, a proposição dos CAPSad e uma discussão forte sobre a ética envolvida na produção de cuidado na atenção básica, tendo como referência os princípios da RD, já vinha mobilizando as discussões nos dois espaços. “Era chegada a hora [então] de fazer com que essas sinergias se reverberassem no campo das práticas”, disse o Entrevistado A.

E dentro da perspectiva de uma ética de cuidado, pautada pela redução de danos, a gente entendia que até pela incorporação do conceito de redução de danos na última PNAB, [...] dentre as suas atribuições e diretrizes basilares,

veio a reboque dessas induções, uma necessidade da gente qualificar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, sobretudo, profissionais de nível médio (Entrevistado B).

O reconhecimento da necessidade de qualificar os profissionais da ESF era estratégico tanto para a atenção básica quanto para a saúde mental, na medida em que, nas palavras do Entrevistado A,

[...] eleger a atenção primária e os profissionais de nível médio como protagonistas de redução de danos a partir de uma qualificação que induziria todo um movimento de problematização da prática, de desconstrução de certos mitos relacionados à saúde mental e, fundamentalmente, de fazer a atenção primária entender que a redução de danos precisa estar na pauta de territórios, que nem sempre o pessoal da saúde mental consegue entrar de cara e que o pessoal da atenção primária consegue entrar, esse seria o objetivo que norteou desde o início esse movimento.

A experiência do Caminhos do Cuidado talvez tenha sido uma das primeiras experiências práticas em que, de fato, ocorreu uma integração entre atenção primária e a saúde mental, da concepção a execução de um projeto. Reforçando essa integração, vale esclarecer que a orientação para distribuição/composição da dupla de tutores que acompanharam as turmas era, preferencialmente, montar a dupla com um profissional com experiência na atenção primária e o outro da saúde mental. Nesse processo de construção do Caminhos do Cuidado, as equipes precisaram se reinventar para vivenciar, de fato, a reforma psiquiátrica e sua aplicação no modelo de cuidado. Sabe-se que vivências dessa ordem não se fazem sem conflitos, tensões e deslocamentos e esses também estavam presentes nessa experiência.

Após a construção da proposta inicial do projeto ter a anuência da gestão federal, inicia-se a fase de preparação do projeto pedagógico. A fala uníssona dos atores-chave entrevistados apontam para uma construção coletiva de todo o projeto, com os conflitos e intensidades próprias de um projeto dessa magnitude, sem priorização da academia em detrimento de outros atores, uma construção que agregou saberes diversos e contou com várias referências da Atenção Básica e da Saúde Mental. As palavras do entrevistado B reforçam a quebra de uma lógica tradicional, em que a academia pensa e os profissionais executam: “*Não encomendamos*

nada, o Ministério da Saúde, àquela altura, tinha quadros que podiam discutir com a universidade, quase todo coordenador do DAB era professor de uma federal ou era professor da Fiocruz ou era pesquisador”.

Nesse processo, com toda a intensidade e desafios, *“que foi muito legal, tem cenas hilárias, cenas de muita discussão, muitos encontros, tudo muito intenso”* (Entrevistado D). Ao mesmo tempo, estavam todos *“[...]com sangue no olho, acreditando numa coisa assim”* (Entrevistado B).

Este entrevistado destaca ainda que a equipe de coordenação experimentou o método da construção compartilhada com toda sua intensidade.

[...] era a exposição ao método, né? Esse método de construção compartilhada e era de fato, de construção compartilhada, foi tendo os efeitos em nós. A gente vai se expondo ao método, assim, não adianta eu brigar com você, eu vou ter que te encontrar na próxima segunda. Não tem jeito, “eu quero te matar”, “eu quero”, assim, “não queria mais ouvir você falar”, mas você vai falar, eu vou ter que te ouvir e aí a gente vai encontrando estratégias, [...] O método de construção compartilhada, fazia com que a gente obrigasse a tolerar um ao outro. [...] A mesma coisa que era a formação onde você ficava junto (Entrevistado B).

Ou sejam a equipe envolvida, vivenciando a mobilização do método de construção compartilhada, foi criando estratégias para lidar com pessoas com expertise diferentes – atenção básica, saúde mental, comunicação, informação –, discutiam, por vezes, ideias antagônicas, mas estavam em busca de uma *“harmonia para finalizar o projeto e ir para o campo”*. Interessante perceber como as pessoas foram se agregando ao projeto *“como um imã, [...] interessante como eram tão diferentes, mas tão complementares, [...] com expertise importantes e fortes, com grandes lideranças”* (Entrevistado C).

A concepção, formatação e proposição de todo material foi sendo realizada a partir de reuniões e oficinas que se iniciaram em 15 de março de 2013, num total de 06 reuniões/oficinas até a construção e validação do material didático e início simultâneo do curso nos estados do Acre, Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo no dia 23 de outubro de 2013 (BRASIL, 2014; RUAS, 2013).

Na primeira reunião, foi apresentado um desenho inicial do projeto. Entre as expectativas e objetivos dos propositores, constava a paixão e o total comprometimento de que o curso e o material didático pudessem promover um engajamento das equipes de cuidado em cada território, tornando-se uma tecnologia de educação permanente. Para propiciar maior engajamento, era importante descentralizar as ações, envolver profissionais de saúde do território para atuarem no curso, além da realização de turmas descentralizada, respeitando as particularidades e pactuações locais (RODRIGUES, 2014; REZENDE, 2017; RUAS, 2013).

Nas palavras de Rodrigues (2014, p. 23-24), participante da reunião de 15 de março de 2013, os objetivos e expectativas da formação “falavam de um sonho de trabalhadores que fizeram parte da luta antimanicomial e da reforma sanitária, um sonho de uma saúde acolhedora e humanizada, objetivos utópicos para um curso de 40 horas, para profissionais de nível médio, mas as políticas públicas nascem dos sonhos, das utopias.”

Essa utopia está representada, conforme Entrevistado E,

[...] numa certa intencionalidade que os ACS trouxessem essa discussão com uma responsabilidade de mudar as práticas para os profissionais de nível superior – ‘uma viagem’, eles não têm essa possibilidade na equipe”. Era necessário a todo tempo insistir “o nosso objetivo é tirar o preconceito” [...] lidar com a ideia de que os ACS, que estavam no território, precisavam reconhecer essas pessoas como pessoas [...] retomando Basaglia, propor a doença entre parênteses [...] colocar a dependência da droga entre parêntese e enxergasse a pessoa [...] que a centralidade [deveria] estar disponível para a relação com essa pessoa [...] porque a campanha midiática [epidemia de crack] trouxe como centralidade o medo [...] uma ideação de que essas pessoas eram perigosas. Nós queremos que os ACS estejam disponíveis para a relação, que estejam disponíveis para encontrar essas pessoas e produzir encontros.

Em que pese a dificuldade que os ACS e os ATEnf enfrentaram para cumprir algumas atividades do curso, que envolviam articulação com a equipe, é preciso destacar que a organização da oferta de formação a partir dos ACS pode ter produzido o efeito de trazer o território como mobilizador e transformador do cuidado. Uma estratégia, até então, não realizada na prática da saúde. Aliada a essa força do território está a centralidade no cuidado “a nossa centralidade vai ser o cuidado e o encontro e, portanto, terminar com preconceito em

relação às pessoas. Sabe quando dá até um alívio? Aí pronto, achamos o nosso caminho” (Entrevistado E).

A certeza de que todos os envolvidos na concepção do curso caminhavam para um mesmo objetivo, para a aposta na lógica do cuidado, a qual se faz no encontro com o outro, na atenção primária, no território, rompendo com o modelo mais tradicional, este que pressupõe tratamento baseado exclusivamente na abstinência, no isolamento, na verdade em uma imposição baseada no poder biomédico, facilitou a construção do curso em oposição a um modelo mais tradicional. Um modelo que inviabiliza ações de cuidado a quem não consegue ou não deseja interromper o uso de álcool e outras drogas. Segundo Lancetti (2006), é preciso reconhecer que o cuidado na atenção primária é de alta complexidade, é vivo na medida em que é atravessado o tempo todo pelos constantes deslocamentos, e para que esse cuidado seja mais potente é importante que acompanhe os movimentos do próprio território.

A perspectiva de um cuidado em ato, vivo, a partir da tecnologia da relação ou do encontro com outro no território, foi apresentada por Merhy (2002), quando o autor destaca que, entre as tecnologias envolvidas no cuidado, estão as tecnologias duras, as tecnologias leveduras e as tecnologias leves ou relacionais. As tecnologias leves estariam no centro dos modelos de cuidado que se propõem seguir o “[...] o eixo das necessidades dos usuários como seu ordenador” (MERHY, 2002, p. 65).

Neste sentido, o curso estava amparado na Política Nacional de Saúde Mental, Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004b) e na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), afastando-se do discurso de medo, de terror às drogas e da internação como a única possibilidade de cuidado (REZENDE, 2017).

Os princípios da formação apontavam, portanto, para a rede de cuidado territorial, referenciada na Atenção Básica, no reconhecimento do papel de protagonista do ACS também no cuidado em saúde mental, na incorporação de novos paradigmas de cuidado em saúde mental, no uso da Redução de Danos (RD) como uma ferramenta de cuidado ético, capaz de contribuir para o acolhimento e construção de práticas de cuidados singulares (RODRIGUES, 2014; REZENDE, 2017; RUAS, 2013).

Para o consultor técnico do DAB, à época,

[...] o projeto Caminhos do Cuidado apresentou dois pontos para a Atenção Básica: a redução de danos enquanto uma ética e a questão da produção subjetiva dos sujeitos para a clínica na Atenção Primária. [...] é fundamental que o profissional de saúde seja

menos prescritivo e esteja disponível para compor junto com o sujeito sobre a forma que ele constrói a sua vida e reage a determinadas situações (BRASIL, 2016, p. 9).

Nas palavras do Entrevistado E, “[...] o ACS é o que mais acessa a comunidade, é o que entra na casa das pessoas, ele tinha que saber abordar a família, identificar. [...] Então o objetivo é levar uma caixa de ferramenta. Um trabalho de educação permanente, que eles pudessem reconhecer aquilo, não como o bêbado e o craqueiro, [...] apresentando sobre a redução de danos”.

Talvez a experiência do projeto Caminhos do Cuidado seja um exemplo que nos ajude a pensar no lugar das utopias, da força dos ideais, dos sonhos, da luta, da micropolítica. Talvez pudéssemos recorrer à epistemologia da relação, conforme nos apresenta Gabriel Tarde (2007) ou evocar Latour (2012), quando nos aponta sobre os efeitos dos vínculos e como estes podem produzir transformações. Entretanto, reconhecer o poder das relações, do vínculo, dos encontros, não nos permite desconsiderar o real de um mundo múltiplo, reconhecer que as mudanças se constroem em passos, por vezes, pequenos, em outros momentos, largos, e que a emergência de um novo modelo de cuidado ou paradigma é fruto de mudanças lentas das opiniões e crenças, de uma caminhada em que nunca se está sozinho (LE BON, 1980).

Não por acaso, a música “Caminhos do Coração” (1982), de Gonzaguinha, que acompanhou o projeto e está presente em vários materiais produzidos, representa a ideia, a centralidade do projeto “[...] é isso que nós queremos, que as pessoas se reconheçam, que elas precisam estar junto, que ninguém está sozinho, por mais que pense estar, enfim, reconhecendo que as pessoas que usam esse tipo de droga acabam rompendo suas relações e ficando muito solitárias” (Entrevistado E) e precisam de um cuidado que as acolha. Precisamos, elas e nós, todos nós, reconhecer que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá.

Diante desse objetivo, complexo e sensível, era necessário pensar na forma de comunicar essa proposta de cuidado e organizar os conteúdos, garantindo a apresentação de ferramentas que os participantes pudessem utilizar na prática diária. O projeto de comunicação do Caminhos do Cuidado, ao traduzir para o campo da comunicação os objetivos, desejos e referências da equipe, também marca seu próprio ineditismo, pois foi uma ruptura com o uso da cor “padrão” no campo da saúde, o azul, que representa o SUS, mas também é uma cor fria. A opção foi por trazer/comunicar utilizando uma cor quente, o laranja, que representava,

[...] a concepção da mensagem que aquele grupo defendia [que] era uma concepção diferente do caminho até então tomado por uma gestão oficial.

Então, a gente tinha que também transmitir isso através da mensagem, do logo e do título. Eram caminhos, caminhos que estavam começando a ser traçados, caminhos que levavam ao cuidado do outro e caminhos humanizados”. “A linha do cuidado e do afeto, era o que a gente defendia em termos de comunicação (Entrevistado C).

Figura 3 – Logomarca Projeto *Caminhos do Cuidado*



Fonte: Brasil (2014).

O nome do projeto, sua logomarca – os caminhos marcados na mão, as cores utilizadas – também se articulavam com os princípios da Reforma Sanitária e da reforma psiquiátrica, reatualizando o lema da III Conferência Nacional de Saúde Mental, “Cuidar sim. Excluir não”. Enfim, o uso da palavra ‘caminhos’ remete à ideia de várias possibilidades de cuidado, de multiplicidade, de territorialidades, de singularidades que atravessam sempre a prática do cuidado em saúde (RODRIGUES, 2014; REZENDE, 2017; BRASIL, 2014). Na concepção do projeto e sua tradução em imagem,

a mão estendida do símbolo é a mão que toca, que acolhe, muito viva e cheia de calor humano. A linha da vida foi transformada em um caminho para o futuro, para a esperança. A tarefa do cuidado está em muitas mãos e são muitas as linhas da vida, com traçados diversos – muitos caminhos possíveis (BRASIL, 2018, p. 7).

A *designer* responsável pela criação da marca relata um pouco do seu processo de criação:

De acordo com a *designer* Flávia Carvalho, criadora da logo do Caminhos do Cuidado, o grande desafio foi encontrar um nome que abarcasse o conceito do projeto nas diferentes culturas existentes no país e imaginar o que ele representaria no período das formações. “Foi então que cheguei na música do

Gonzaguinha 'Caminhos do Coração', porque eu já tinha o nome Caminhos do Cuidado em mente. Esta música foi muito inspiradora para refletir a simplicidade no desenho da palma da mão, que representa muitas histórias, pessoas, diversidade e linhas, que são os muitos caminhos que vão para um horizonte, que é exatamente o futuro”, considerou a designer (BRASIL, 2016, p. 20).

A apresentação da concepção do projeto e sua estratégia de comunicação foi muito bem aceita no centro do Governo Federal, mesmo tratando-se de elementos tão sensíveis, que envolvia afetos, arte, mobilização, desejos. Nas palavras do Entrevistado E, o fato de ser “*[...] um governo que a questão do cuidado e do papel do estado na relação das pessoas era central, era um governo que já operava com a lógica da superação dos preconceitos [...] era um governo que tinha abertura para essa sensibilidade [...] não teve tensão também no centro do governo, que era quem estava operando*”.

Depois de definido o foco e os objetivos do curso, foi se tornando claro que seria necessário, ainda segundo o Entrevistado E, “*[...] reconhecer o território, reconhecer as redes de apoio que poderiam ser mobilizadas nos territórios, ter uma aproximação com a ideia do cuidado e da redução de danos como eixo central para o cuidado. Daí [esse eixo] foi compondo um conjunto de outros objetivos específicos*”.

Como objetivo geral, definiu-se que o projeto deveria “contribuir para a formação de ACS e ATEnf para atuarem como agentes de mudança nas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas”. Os objetivos específicos foram listados como os seguintes:

- apropriação da política de saúde mental com ênfase na rede de atenção psicossocial com vistas a produção de cuidado;
- discutir e construir o papel do ACS e ATEnf para o cuidado em Saúde Mental conforme especificidade de cada território;
- ampliar a caixa de ferramenta do ACS e ATEnf para o cuidado em saúde mental e atuação na rede de atenção psicossocial (RODRIGUES, 2014, p. 25).

A partir dos objetivos propostos pelo projeto, os conceitos-chaves foram sendo organizados em eixos do processo de formação, formalizando três eixos temáticos, a saber:

- Eixo 1: Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas em saúde mental;

- Eixo 2: A caixa de ferramenta dos ACS e ATEnf na Atenção Básica;
- Eixo 3: Eixo transversal: reforma psiquiátrica, redução de danos e integralidade do cuidado como diretrizes para a intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas.

Tendo clareza sobre a organização dos eixos, era necessário criar uma estratégia para que os ACS e ATEnf pudessem, de fato, incorporar o processo formativo na sua prática diária, ou seja, tornando esse conhecimento significativo para o dia a dia do trabalho e da vida dessas pessoas. Sendo assim, “[...] a gente foi construindo o material pedagógico a partir de uma concepção que a gente queria, que era de metodologias ativas de aprendizagem e problematizadoras” (Entrevistado A).

O material, ainda em construção, buscava uma aproximação com a rede existente em cada território, uma construção do mapa daquele território e um plano para aquela realidade.

“Quando a gente faz esse processo, a gente reconhece que o Brasil é diverso e é diverso em tudo [...], por isso que eu falo que ele tinha uma pegada pura de educação permanente. Então, partia do cotidiano do trabalho, do cotidiano do território, da produção do cuidado daquele lugar, para quem estava naquele lugar ir construindo, seja um diagnóstico, seja análise do território” (Entrevistado E).

Um aspecto importante do processo de construção do curso foi a aproximação entre a gestão pedagógica e financeira. Comumente, “[...] o limite da formação pedagógica acaba sendo o aspecto financeiro” (Entrevistado E) e, neste caso, não aconteceu dessa forma.

“Como a gente já tinha pensado, o financeiro e a estrutura organizacional com essas diretrizes da territorialização, a estrutura do projeto, o financeiro do projeto já dialogava comigo. Então acho que a gente separa muito isso e tem como consequência de que essas questões acabam sendo o limite da formação pedagógica e não o inverso. Então eu acho que isso eu aprendi muito, eu aprendi que é possível fazer com os territórios, não é inviável, desde que tu tenhas recurso e capacidade de articulação. E daí aprendi a fazer essas articulações” (Entrevistado E).

Para construir esta nova percepção do território, identificando suas potencialidades, era necessário que o curso oferecesse algumas ferramentas para que as pessoas que estavam nos diversos territórios pudessem identificar ou criar dispositivos potentes. Durante as oficinas, a equipe envolvida no projeto agregava, sempre que necessário, especialistas que destacavam aspectos até então não observados e, assim, todos, especialistas em saúde mental, atenção básica, gestão, equipe administrativa, financeira, de execução do projeto, juntos, em diálogo, construía coletivamente o ponto de vista pedagógico e as condições necessárias, financeiras e administrativa para se atingir o objetivo pedagógico proposto, qual seja: “*a responsabilidade de escuta do território*” (Entrevistado E).

A proposta pedagógica estava pautada na problematização do cotidiano do trabalho e do ensino-aprendizagem, tendo como referência a Educação Permanente em Saúde, a partir de um currículo integrado que alternava momentos de concentração e dispersão.

A abordagem pedagógica trabalhada na formação teve como base a Educação Permanente em Saúde e contou com uma técnica de aprendizagem significativa, a qual permite que o profissional identifique os problemas em suas atividades diárias, assim como se coloque no lugar do outro para sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro e compreendê-lo dentro de suas próprias atitudes e comportamentos (BRASIL, 2018, p. 6).

A utilização de estratégias de aprendizagem significativa envolveu uma diversidade de disparadores que buscavam aproximar os profissionais do território, promover uma autorreflexão sobre seus (pré) conceitos, fomentar maior grupalidade entre os alunos, disparar discussões de casos e reflexão sobre alternativas de cuidado, respeitando as singularidades. Enfim, uma diversidade de estratégias que tinha como foco principal ampliar a caixa de ferramenta dos profissionais e sensibilizá-los para o diálogo, a negociação, a construção de um cuidado a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não da imposição e do autoritarismo (BRASIL, 2013a).

O primeiro desenho do material pedagógico foi apresentado a representantes dos ACS e ATEnfs num momento que ainda se questionava a forma mais adequada de organizar o material para que pudesse viabilizar o acesso a profissionais do país inteiro. O grande desafio era como transmitir a ideia central sobre o cuidado, tornando-a acessível, sem correr o risco de ser simplista demais, questão que também foi discutida nesse primeiro encontro com representantes dos ACS e ATEnf.

Eu posso, por exemplo, passar toda uma concepção acadêmica teórica, mas como é que ele ia entender aquilo, daquela dimensão e daquela profundidade, superintenso. É, você pode fazer o humor, você pode fazer quadrinhos, mas eu lembro que algumas delas falaram 'Eu não sou ignorante'. A sensação dos quadrinhos, era tipo assim, você está dizendo que eu não sei ler. [...]. Eu participo disso. Eu entendo desse contexto. Então, nós escolhemos, como você conhece [apresentar o conteúdo utilizando] os manuais (Entrevistado C).

A escolha por apresentar o conteúdo, organizando-o num caderno com uma sistematização dos encontros, informação e reflexões, aproximando-o do modelo de um manual, representou um canal que conversava diretamente com a prática, com o fazer diário, com o que os profissionais de saúde fazem, com sua prática no cuidado com o outro e, além disso, um canal que permitia que todas as diferenças regionais fossem acolhidas, afinal, “[...] a prática era o que eles tinham na mão” (Entrevistado C).

A remodelação do material, sua apresentação por meio do Caderno do Aluno e Caderno do Tutor, foi, posteriormente, validada em oficina ocorrida em setembro de 2013, novamente com representantes de ACS e ATEnf de vários lugares do país. Na avaliação da oficina, seus participantes relataram como se sentiram atores do processo ao validar o material. Apontaram que acreditavam que o curso poderia ajudar a romper com preconceitos e esclarecer sobre o uso de drogas, destacaram que o material levantou questões importantes sobre a RD, além da linguagem ter sido considerada adequada. Nas palavras da coordenação pedagógica “o curso foi essencialmente participativo, construído em roda, onde a palavra de todos era ouvida e desejada” (BRASIL, 2016, p. 14; RODRIGUES, 2014).

A construção do material e sua validação também foram apontadas como aspecto bastante importante.

“Então houve um tempo necessário, porque a gente maturou os conteúdos a partir de grupos de trabalho divididos e subdivididos por eixos, nos quais a gente dividiu todo o processo de formação do Caminhos. E esses grupos de trabalho conseguiram, foram muito felizes na concepção do material pedagógico. Era um material muito sofisticado, muito rico, não somente no campo da sua apresentação, como também do conteúdo produzido” (Entrevistado A).

Para garantir um eixo condutor único, respeitando sempre a condução do grupo e as realidades do território, foram produzidos três materiais didáticos, a saber: Caderno do Aluno, Caderno do Tutor e Guia de Saúde Mental.

O caderno destinado ao aluno do curso apresenta situações do dia a dia dos profissionais de saúde, incentivando a reflexão sobre possibilidades de cuidado pautado no respeito e acolhimento. Mescla esses disparadores com a apresentação de conceitos – RD e território – e a apresentação de ferramentas que poderiam ser utilizadas, dentre as quais: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Genograma e Ecomapa, a mobilização social, a Rede de Cuidado que pode ser acionada em cada território, e a RAPS (BRASIL, 2013a, 2018).

O caderno do tutor, por sua vez, descreve de forma detalhada as atividades a serem desenvolvidas, enfatizando as atividades pedagógicas, reforçando sempre a necessidade de adequação às realidades de cada território e a mobilização e articulação das redes de apoio social e comunitário. Acrescenta textos de referência para o tutor se aprofundar nos conceitos e nas metodologias ativas (BRASIL, 2013b, 2018).

O Guia de Saúde Mental foi um material “de bolso” uma ferramenta de trabalho direcionada a apoiar os trabalhadores da saúde, e apresenta, de forma simples e direta, orientações e dicas práticas sobre cuidado em saúde mental, em especial nas questões vinculadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ampliando e qualificando, assim, a atuação na atenção primária (BRASIL, 2013c, 2018).

Quanto a construção desses materiais, o Entrevistado C relata como ele foi construído, em todos os passos, com a participação de representantes dos profissionais de saúde:

“Então, a coisa mais linda que eu vi é que quando a gente consegue trabalhar, transformar todo aquele conteúdo em manuais práticos, seja o caderno do tutor, seja o próprio guia para o agente, o caderno do aluno. Nós, ao finalizar aquela construção que tinha imagem e desenhos, nós chamamos os agentes comunitários e suas representações. Então o presidente do sindicato, pegamos um de cada região, [...] apresentamos o material a eles, para eles validarem numa oficina. E eles fizeram sugestões, fizeram as alterações e a partir dessas alterações nós retornamos a eles e eles então disseram que estava ok e só então nós entendemos que aquilo estava finalizado. [...]quando a gente colocou em

campo, num teste que a gente começou em algumas regiões primeiro. Para poder testar esse material, que é outra forma de validação”.

Com o material validado e já em produção, iniciou-se uma estratégia bastante inovadora, que foi uma formação em cadeia de todos os envolvidos no processo formativo, que incluía os orientadores de aprendizagem, os tutores e, na base, os ACS e ATEnf. Afinal, todos tinham que coadunar com os princípios orientadores do curso. O Entrevistado B destaca: *“Eu nunca estive com os agentes comunitários, mas eu formava o tutor e orientador, ao final eu também estava formando os ACS”.*

O Entrevistado E, por sua vez, ressalta a importância do critério de integrar os princípios do curso à perspectiva dos tutores em formação:

Então a gente selecionava os tutores dos territórios, a gente fazia o processo de seleção dos tutores para se fazer um processo de formação e a seleção era depois da formação. Então a gente conseguia dizer “Olha, é isso que nós estamos querendo fazer, é essa ideia, é esse material didático, é esse conteúdo[...]. Então aqui nós conseguimos dizer ‘Olha, tu não dialogas com essa proposta, [...] não é para esse processo que tu vais participar. Eu acho que isso foi muito inovador, não me lembro de outra experiência que tenha falado desse jeito. [...] Esse é nosso critério basicamente para seleção do tutor, estar disposto a abrir o peito e se encontrar com as pessoas, então o resto a gente achava que dava conta.

A seleção e formação dos orientadores de aprendizagem foi realizada por meio de uma oficina denominada “Formação Pedagógica”, realizada de forma presencial e com a duração de 24 horas. A seleção e formação dos tutores, por sua vez, foi realizada a partir de uma formação de 120 horas, sendo 40 horas presenciais e 80 horas na modalidade de EAD. Vale destacar que foram formados 126 orientadores de aprendizagem, 2.380 tutores que se somam aos 237.262 ACS e ATEnf (BRASIL, 2018).

“ [...] a gente formou muitos multiplicadores no campo do Caminhos do Cuidado, que foram fundamentais para o processo de construção de redes e se deu de uma forma de desdobramento relacionada às práticas pedagógicas

escolhidas pelo curso na formação dos formadores, o que repercutiu também como aquilo que deu certo na formação de formadores, a gente desdobrou na formação dos agentes comunitários de saúde, então teve toda uma retaguarda por trás desse movimento de qualificar os profissionais de saúde da ponta” (Entrevistado A).

Ou seja, o projeto *Caminhos do Cuidado* envolveu uma formação em cascata de todas as pessoas envolvidas no processo. Formação essa que se inicia com as oficinas de construção do material, na medida em que os participantes experimentaram e vivenciaram a prática da acolhida e as diferenças presentes naquele grupo; passa pela formação de orientadores, tutores até chegar ao público-alvo, ACS e ATEnf. Participar do *Caminhos do Cuidado* exigiu que todos se implicassem de forma muito íntima e se permitissem ser afetados por outra forma de cuidado, que incluiu, destacadamente, o cuidado consigo mesmo, tudo isto “amarrado” por uma estratégia pedagógica.

A alma do projeto *Caminhos do Cuidado* foi a estratégia pedagógica proposta para a formação de todos os atores envolvidos (orientadores de aprendizagem, tutores e alunos), que mobilizou os profissionais de saúde a agirem de forma acolhedora frente às necessidades dos usuários em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2018, p. 17).

O Entrevistado B faz uma consideração sobre a formação geral no campo da saúde que justifica um destaque. Em suas palavras,

“[...] quando você começa a circular o Brasil de fato, de cima a baixo, quando você vai pro centro-oeste, quando você vai para o norte, quando você vai para o sul e alguns espaços, o grau de moralização da vida, eu não estou falando de saúde mental, é da vida, saúde mental, entre outras coisas, é enorme. Então uma expectativa que também a gente foi criando, Eu fui criando depois, é, isso aqui é legal para ser quase uma segunda formação, né? Quando você encontra um colega psicólogo, uma colega psicóloga, um assistente social, enfermeiro, [...]E aí nós vimos o efeito que aquilo que tinha na pessoa e que aquilo não ia só ser para um formador. Aquela pessoa era, trabalhava num CAPS, trabalhava e eu ficava primeiro assustado, assim como é que essa pessoa trabalha num lugar

que atende pessoas com essa visão de mundo? Não é com essa visão da clínica, [...] é uma visão de mundo”.

Diante dessa reflexão, cabe a nós pensar sobre os desafios de implementar a lógica de uma ética do cuidado nos diversos contextos culturais e sociais e a importância de fazê-lo, na medida em que essa perspectiva moralizante, reducionista de ver a vida e o mundo pode nos colocar diante de desafios sociais muito maiores. Não cabe, nesse contexto, ampliar essa discussão, mas sinalizar, desde já, as várias perguntas que esse trabalho pode nos mobilizar.

Retornando nosso caminho, construir uma formação que tivesse como eixo o cuidado precisava, necessariamente, estar ancorada numa formação que também tivesse o cuidado como eixo durante a própria formação. Nesse sentido, era importante ter uma estrutura administrativa que garantisse a possibilidade de também cuidar dos discentes: “[...] *ele se sentir acolhido e esse espaço [de formação] ser um espaço leve, [...] em que as pessoas se sentissem parte, e sobretudo, cuidado*” (Entrevistado E). Sendo assim, foi muito importante garantir almoço, lanche, camisas e mochilas, ações práticas que marcavam o cuidado que se desejava que permeasse todo a formação, além de uma forma de valorização das pessoas e a construção de uma identificação coletiva com o projeto, sou parte do *Caminhos do Cuidado*.

Nas palavras do Entrevistado C, o efeito foi nítido: “*Quando você chega e fala ‘Uau, olha isso’. ‘É para mim tudo isso?’ [...] Eles olhavam e falavam ‘gente, eu nunca recebi nada’. Era um afeto, [...] um cuidado para ele e eles viam isso*”. Podendo inclusive ter funcionado como um importante gatilho de adesão ao curso.

“Então esse cuidado [...]. Eu acho que foi o grande gatilho. [...] é um cuidado no dar o conhecimento, na embalagem que esse conhecimento, é o maior cuidado e, aí sim, o conhecimento é apropriado. Então, eu acho que o afeto conseguiu afetar essas pessoas, o carinho no sentido que a gente tinha de dar algo que eles nunca tiveram, eu entendi que eles nunca tiveram isso” (Entrevistado C).

Corroborando com essa análise, o Entrevistado B aponta a expectativa do curso e as mudanças ao longo de sua vivência a partir da fala de uma aluna do curso:

“[...] ‘Lá vem o Ministério da Saúde de novo, imputar programas pra gente fazer e nunca cuidar da gente, só para poder usar nossa mão de obra barata.’ E essa mesma pessoa em meados do Caminhos voltou a mim, fez questão e falou ‘Eu nunca tinha visto um curso que a primeira coisa que ele fez foi pensar na gente, cuidar da gente, para que a gente possa cuidar do próximo’”.

Esse destaque permite observar as resistências presentes diante das ofertas de cursos propostos pelo Ministério da Saúde e o possível efeito que uma oferta de formação baseada no diálogo, na acolhida, no respeito pode produzir. Ainda atentos à necessidade de uma formação permanente para orientadores, tutores e alunos, desenhou-se a plataforma virtual Comunidade de Prática com o objetivo de ser um espaço para o compartilhamento de conhecimento, de experiências e de práticas que pudessem fortalecer o aprofundamento dos temas e contribuir com a incorporação da lógica de uma ética do cuidado. Neste espaço, “os tutores de aprendizagem foram responsáveis pelas publicações na ferramenta, sendo acompanhados pelos orientadores, por educadores e apoiadores distribuídos regionalmente” (BRASIL, 2016, p. 15).

Nas palavras do Entrevistado A, a Comunidade de Prática

“[...] abre janelas, abre porosidades de trocas e se bem induzidas na ponta, produzem além da reflexão do campo teórico, a reflexão sobre a prática, com mais indução de educação permanente e com mais possibilidade de você, a partir da comunidade de práticas, produzir formação de redes quentes nos territórios”.

Entretanto, durante a execução do Caminhos do Cuidado, foram observadas algumas dificuldades para a efetivação da potência dessa ferramenta, tal como a dificuldade de acesso à internet nos municípios mais longínquos, a pouca aproximação de orientadores e tutores com a ferramenta e a dificuldade de administrar esse espaço.

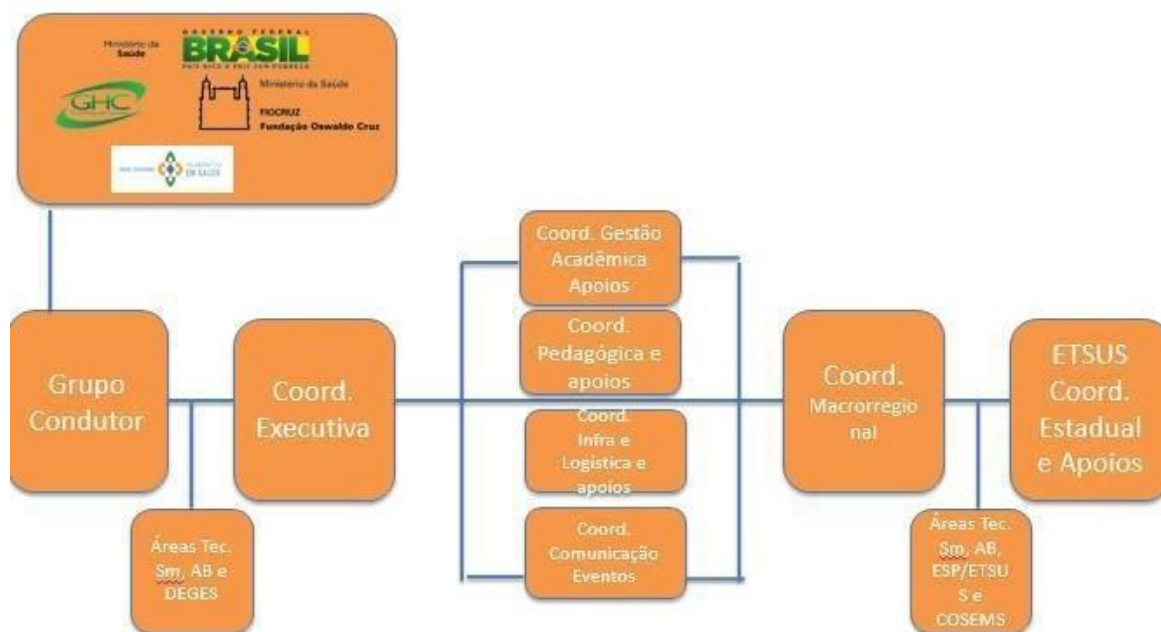
6.1.2 Estrutura organizacional e estratégias de implementação

No período de abril a setembro de 2013, durante as oficinas para a definição da concepção do projeto, produção inicial do material pedagógico do curso, também foram sendo discutidos a estrutura organizacional, os perfis da equipe de trabalho e as pactuações necessárias

para a execução do projeto. Ao longo dos encontros, foi possível mapear e dividir as atividades, ficando sob a responsabilidade da equipe do GHC a coordenação das atividades de apoio pedagógico, apoio matricial por macrorregião, apoio à gestão acadêmica, além de assumir a titulação dos formandos. A equipe vinculada ao ICICT/Fiocruz respondia pela coordenação executiva do projeto, e assumiu as atividades de apoio à infraestrutura, recursos humanos, logística, produção do material didático, infraestrutura tecnológica, gestão acadêmica, comunicação e produção de eventos. O desenho organizacional do projeto *Caminhos do Cuidado* foi definido em junho de 2013 e pequenos ajustes foram realizados desde sua proposição inicial (RODRIGUES, 2014; BRASIL, 2018).

Em sua primeira versão, a apresentação do organograma era disposta como na figura 3, abaixo.

Figura 4 – Primeira versão do organograma



Fonte: Brasil (2013d).

E sua versão após pequenos ajustes pode ser observada na figura 4, a seguir:

Figura 5 – Nova versão do organograma



Fonte: Brasil (2016, 2018).

Toda a estrutura do projeto foi desenhada a partir do grupo condutor, que contou com representantes do ICICT, GHC, Coordenação de Saúde Mental, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Esse grupo foi o responsável por nortear o trabalho de todas as coordenações, sejam elas ligadas ao aspecto pedagógico ou executivo do projeto, sejam de âmbito nacional ou relacionados ao núcleo estadual. Importante destacar que o ineditismo do projeto, de seu objetivo e a centralidade da diretriz da descentralização, com foco no território, exigiu uma estrutura organizacional que acompanhasse esse movimento em toda sua complexidade, respeitando os prazos pactuados com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, 2018).

A coordenação executiva, por sua vez, monitorava e assegurava as condições necessárias para a realização das atividades, conforme decisão do grupo condutor. A coordenação destaca a importância das equipes macrorregionais e das coordenações estaduais para aproximação, uma verdadeira ponte, entre a gestão nacional e a efetivação do curso nos municípios (BRASIL, 2016).

A equipe foi ampliada à medida que era necessário responder às demandas do projeto e, assim, foram sendo agregados profissionais com vasto conhecimento em vários campos. Coube à coordenação pedagógica e de apoio o papel de eixo condutor do processo formativo, incluindo a elaboração do curso, a seleção e formação dos orientadores e tutores de aprendizagem, as oficinas de validação do material, a seleção e uso de tecnologias ativas de aprendizagem e a avaliação do processo pedagógico. “A partir da modelagem pedagógica, passamos a pensar e a criar todos os outros caminhos, tais como a concepção visual e de

comunicação, os fluxos acadêmicos, de tecnologia da informação e de infraestrutura e logística” (BRASIL, 2016, p. 13).

Para compor o grupo de apoio pedagógico, foram convidados profissionais com experiência em docência, pesquisa, gestão e planejamento que pudessem participar da formação de tutores e orientadores, em especial no ambiente virtual. O núcleo pedagógico, ao final, foi composto por “dez educadores, dez apoiadores e dois consultores, [...] além de coordenadores e gestores nacionais e representantes das ETSUS que, juntos, definiram as ações que promovessem, de fato, uma estratégia robusta de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2018, p. 15).

O papel dos educadores merece destaque na medida em que esses atores, com notório conhecimento no campo da saúde mental e/ou da atenção primária, contribuíram na formação, acompanhamento e supervisão dos orientadores e tutores que estavam diretamente em contato com os ACS e ATEnf.

A diretriz da descentralização também marcou os critérios para seleção de tutores e orientadores de aprendizagem, apostando na perspectiva de que era necessário que eles pudessem dialogar com a realidade do território em que os profissionais atuavam, ou seja, era importante que o tutor fosse da região, com atuação profissional na atenção básica ou na saúde mental. Além do critério territorial, também foi fundamental que tutores e orientadores compartilhassem do eixo central do curso, a abertura para uma prática ética do cuidado. Nas palavras do Entrevistado E:

“[...] a gente também excluía quem a gente achava que ia tratar das pessoas de uma forma autoritária ou de uma forma preconceituosa. Tinha que estar de peito aberto, querer abraçar as pessoas, entendeu? Encontrar com uma pessoa que está super fragilizada, com uma família que está fragilizada [...] que perdia a capacidade, ou melhor, que estava numa situação de sofrimento”.

A estratégia de formar aproximadamente 30% a mais de tutores tinha esse objetivo, formar um quadro de reserva e, principalmente, garantir a possibilidade de selecionar aqueles que se mostrassem, durante a formação, mais abertos ao cuidado e ao encontro com o outro (Entrevistado E).

A composição das turmas, com até 40 alunos, contava sempre com dois tutores, preferencialmente com experiência na atenção básica e na saúde mental, como já apresentado

anteriormente, fato que pode ter contribuído com a potência dos encontros na medida em que era possível acolher as demandas e realidades de cada território. Nas palavras do Entrevistado C,

“[...] a questão de ter dois professores em sala. Eu achei aquilo uma potência também. [...]balanceou bem e não só na troca, mas na troca de pensamentos e na troca de potência [...], ter dois tutores faz toda diferença, porque ele precisa estar atento a muito mais do que só o conteúdo, mas a mobilização que está colocada naquele cenário”.

De fato, uma formação que se propõe a promover diálogo, espaço de trocas, que utiliza de metodologias ativas como disparadoras do processo formativo, precisa garantir um espaço de escuta e acolhimento, ou seja, a proposta pedagógica precisa ser coerente com a organização das turmas e a equipe de tutores.

A coordenação de infraestrutura, logística e apoio, por sua vez, diante das dimensões operacionais do processo, setorizou as ações e responsáveis. Ressalta-se que o projeto desenvolveu uma tecnologia social que permitiu a capilarização das atividades e a ampla participação das ETSUS por meio de sistemas e ferramentas virtuais, o que contribuiu sobremaneira com o cumprimento das metas. Para tanto, foi utilizada a ferramenta de gerenciamento *MS-Project*, que contribuiu com a definição dos tempos e atividades a serem realizadas na gestão do projeto, a matriz RACI (do inglês *Responsible, Accountable, Consulted and Informed*), uma importante ferramenta que definia “[...] o responsável pela execução da tarefa (*responsible*), a autoridade responsável pela aprovação da tarefa (*accountable*), o ator que precisa ser consultado na atividade (*consulted*) e o ator que precisa ser informado da atividade (*informed*)” e, ainda, uma matriz de carga de atividade, chamada *men-load*, que tem por objetivo dimensionar as responsabilidades que podem ser atribuídas a cada recurso disponível (BRASIL, 2016, 2018, p. 21).

Ou seja, o uso dessas tecnologias e ferramentas viabilizou o acompanhamento das turmas realizadas, o deslocamento de tutores, fornecedores, entrega de material/*kits* e operações financeiras e, sem dúvida, foi fundamental para o controle e acompanhamento de um projeto dessa dimensão. Reforçando a dimensão do projeto, “para se ter ideia, a distribuição dos kits dos alunos contou com o deslocamento de 11.639.166 km – o equivalente a 290 voltas ao redor da Terra” (BRASIL, 2018, p. 6).

Complementando as ferramentas que auxiliaram todo o processo de execução do projeto, tem-se ainda o sistema *Workflow* Orquestra e o Sistema de Gestão Acadêmica Unificada (SAGU), que permitiram automatizar diversos fluxos operacionais, dando mais agilidade e organização ao processo, fator fundamental quando se considera a capilaridade do projeto e fator quantitativo de aproximadamente 600 turmas/mês. O uso dessas ferramentas permitiu a criação de um grande banco de dados que incluíam orientadores, tutores e alunos do projeto. Nas palavras do coordenador de infraestrutura “a partir da modelagem pedagógica, passamos a pensar e a criar todos os outros caminhos, tais como a concepção visual e de comunicação, os fluxos acadêmicos, de tecnologia da informação e de infraestrutura e logística (BRASIL, 2016, p. 18, 2018; RUAS, 2017).

Importante destacar que, nas palavras do Entrevistado D, não bastava um projeto pedagógico bem desenhado, a inovação estava em colocá-lo na rua, fazer acontecer. Nesse sentido, foi um processo de muita aprendizagem, a cada dia um novo desafio e uma nova estratégia. *“Tinha que ter uma baita estrutura por trás, e aí foi muito importante, não só a capacidade [...] de gerenciar e organizar isso, mas também a capacidade de a gente sempre estar reavaliando [...] foi aprendendo a fazer, juntos”* (Entrevistado D).

Foi preciso *“[...] uma gestão administrativa muito potente porque era uma descentralização muito grande. Era um projeto muito audacioso, com metas muito ambiciosas [...] foi necessário ousar muito [...] e, o pedagógico sozinho não funciona”* (Entrevistado D).

A equipe de comunicação, por sua vez, composta por jornalistas, designer gráfico e equipe de eventos, foi responsável pela criação da identidade visual do projeto Caminhos do Cuidado, de peças publicitárias, mecanismos de comunicação interna, registros das reuniões e oficinas (BRASIL, 2016, 2018). Falar do projeto *Caminhos do Cuidado* é falar de uma marca, uma logomarca que tomou conta do Brasil ao longo do período de sua execução. As camisas, mochilas e cadernos davam corpo a um movimento que se reconhecia no encontro diário.

Coube também à equipe de comunicação desenvolver um espaço virtual, site do Caminhos do Cuidado, com o objetivo de compartilhar informação e dar transparência às atividades desenvolvidas pelo projeto e todo o processo formativo. Em 2016, já na finalização do projeto, o vasto conteúdo do projeto foi direcionado para uma plataforma virtual, o Observatório Caminhos do Cuidado, que buscou manter acesa a discussão sobre saúde mental por meio de uma estratégia de Educação Permanente em Saúde que, atualmente, está disponibilizada no observatório Repositório Institucional da Fiocruz – ARCA (BRASIL, 2018).

A Coordenação Macrorregional, por sua vez, buscou por profissionais com experiência em gestão, capazes de articular, coordenar e monitorar a execução da formação nos territórios de sua abrangência. Ou seja, era importante estar atento e aberto para o diálogo com os atores institucionais envolvidos e, para atender esse aspecto, foram formadas sete equipes macrorregionais, que funcionavam também como interlocutores entre a equipe nacional e as equipes estaduais, sempre respeitando e apontando para a lógica territorial (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018; Entrevistado E).

“A gente já tinha montado a equipe, [...] selecionado os orientadores de aprendizagem, [...] a gente organizou que teria um facilitador [...] por macrorregião do país. De novo, toda a lógica territorial. Então a estrutura do projeto era território. Alguém vai olhar para a região Norte, alguém vai olhar para a região Nordeste, alguém vai olhar.... Então, quando tu faz isso e quando tu organiza a formação desse jeito, tu garante que, bom a pessoa que está lá no norte, ela vai lidar com as especificidades do norte. Quem está no Nordeste vai lidar com as especificidades do Nordeste e assim sucessivamente. Então a gente criou uma possibilidade, desde o ponto de vista da estrutura organizacional do projeto, que o território seria o centro e que, portanto, os atores do território fossem o centro” (Entrevistado E).

Nas palavras de uma das coordenadoras macrorregionais, “a escuta da escuta atravessou o projeto a todo instante: escuta da equipe nacional e estadual, do tutor, do município, o exercício da alquimia necessária para não fechar os ouvidos para a alteridade mínima essencial” (BRASIL, 2016, p. 13). Concomitante com o objetivo de consolidar na saúde mental a lógica de cuidado da RD, de aproximá-lo da Atenção Básica, também existia uma intencionalidade do Ministério da Saúde que “[...] era operar com a RET-SUS [Rede de Escolas Técnicas do SUS]” fortalecendo, assim, a rede de escolas técnicas nos territórios. Nesse sentido, a estratégia foi fazer a capilarização do projeto por meio das ETSUS, reforçando a lógica da territorialização e indicando a coordenação estadual do projeto que poderia estar vinculada, diretamente ou não, à ETSUS” (Entrevistada E). As Coordenações Estaduais eram responsáveis por “[...] planejar, articular, coordenar e monitorar a execução da formação em cada estado” (BRASIL, 2018, p. 12).

Nas palavras do Entrevistado D, mesmo reconhecendo as diferenças na capilaridade das ETSUS, estas “[...] foram importantíssimas nesse processo, é porque elas têm, elas conhecem o território. Elas já trabalham com esses municípios, então é a ela, que esses alunos têm como referência”. O Entrevistado B vai ao encontro dessa ideia ao afirmar que “[...] de fato, existe nas escolas [técnicas], quadros que poderiam ter estado conosco desde o início [...] e construir política pública a partir do território, a gente deveria ter chamado as escolas técnicas desde o início”.

A participação das ETSUS foi importante para a capilaridade do projeto, mas também impôs um desafio importante. Em função de todo o histórico do MS, com proposições de ações prescritivas e verticais, a resistência inicial das ETSUS foi grande, exigindo novos consensos e uma interação sensível com os novos atores que passaram a compor a equipe.

“Então essa foi, eu diria, uma dificuldade que a gente teve inicial, que era isso, construir um novo consenso, o grupo amplia e nós precisamos constituir um novo consenso, que era com as redes de escolas técnicas do sistema de saúde. Acho que a gente operou muito nisso, ‘Olha, nós estamos trabalhando com as políticas e não é porque o Ministério da Saúde tá, é a Fiocruz, e o GHC estão na coordenação geral do processo, e nós vamos fazer esse processo a partir dos territórios’”(Entrevistado E).

A articulação e planejamento territorial foram realizados na maioria dos estados com a participação das ETSUS, precedida por um planejamento detalhado do número de ACS por estado da federação, divisão de turmas – 40 alunos por turma –, para garantir um tutor para cada 20 alunos, e todo o sistema e ferramentas virtuais. Importante destacar que os critérios para a execução estavam dados, mas sempre com a possibilidade de adequações, ajustes a partir das realidades de cada território. A mensagem que se desejava transmitir era que “[...] a gente deixava claro que isso era do território, então os tutores seriam do território, que era para trabalhar com a formação, com uma grande diretriz da educação permanente” (Entrevistado E).

Essa aproximação com as ETSUS disparou o desejo de que o *Caminhos do Cuidado* deixasse “[...] um legado, no sentido de uma contribuição, uma colaboração que ficasse de maneira permanente para as escolas técnicas” (Entrevistado B).

“Era, era só gritaria e todo mundo reclamando de tudo, mais de um ano todo e mundo reclamando, tudo que a gente fazia estava errado e a maior parte do que a gente fazia estava errado mesmo, porque a gente não conhecia as escolas técnicas do SUS, a gente conhecia o município, mas a escola técnica a gente não conhecia e aí nós fomos aprendendo. Então, de hoje, retrospectivamente, diria para você que as grandes expectativas que a gente teve ao final, o final não, mas do meio para o final. Ou melhor, as expectativas que eu tive do meio profissional era deixar um legado, no sentido de uma contribuição, uma colaboração, que ficasse de maneira permanente, capilarizado as escolas técnicas do SUS. Isso, isso foi a grande coisa que me moveu quando eu descobri o que que era uma escola técnica do SUS. Falei, pô, isso tem que ficar lá, pô, a gente tem que formar essa rapaziada da escola, porque a gente vai embora, esse dinheiro vai acabar, vai acabar (Entrevistado B).

Vinculado às ETSUS estava a figura do coordenador estadual que, como já dito anteriormente, era responsável por construir, junto com o coordenador macrorregional, a ponte entre a equipe nacional e as necessidades e realidades de cada território. As diversidades regionais estão marcadas nas falas dos coordenadores.

Nas comunidades rurais, os alunos tinham que acordar às três horas da manhã para assistir à aula, com início às oito horas. Enfrentavam a imensidão de rios que temos para participar da capacitação (BRASIL, 2016, p. 37).

Este é o grande ganho do projeto: aprender a executar processos formativos respeitando as temporalidades específicas de realidades nada hegemônicas. Aprendemos a navegar minimamente fora das fronteiras conhecidas, aprendemos a negociar com ‘os possíveis’ de outras realidades (BRASIL, 2016, p. 97).

Também na forma como a temática do cuidado ecoou em todos os envolvidos, uma vez que

os ganhos para o estado foram além da capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares e técnicos de enfermagem. A gente levou a Saúde Mental para dentro da escola técnica do SUS, pois vimos que esse não era um conteúdo tão valorizado, e conseguimos mostrar a sua importância (BRASIL, 2016, p. 71).

Sem dúvida, a mensagem do projeto chegou aos trabalhadores desse processo – os alunos – e chegará aos destinatários principais: os usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016, p. 29).

Para viabilizar todo esse processo, uma estratégia fundamental foi uma articulação de governança com instâncias de pactuação do SUS, incluindo a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e, em especial, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Essa articulação foi fundamental para que o projeto pudesse se viabilizar a partir de sua capilaridade, realizando a formação em 3.375 cidades das cinco regiões do país (BRASIL, 2016, 2018).

“[...] no sentido de conseguir parceria e uma aprovação dos gestores municipais no que diz respeito à liberação dos agentes comunitários de saúde para o curso, para a receptividade desses formadores que iam até [...] as cidades aonde eles estavam [...] e teria que ter necessariamente um mega planejamento de estrutura [...], teriam que estar sinérgicos com todo esse movimento, que iria desde a liberação do horário de trabalho para que eles fizessem o curso, até o movimento de receber os nossos formadores e os desdobramentos da formação” (Entrevistado A).

“A gente conseguiu que as pessoas pudessem ter a liberação do trabalho, a gente conseguiu que as pessoas pudessem ter no momento da atividade uma questão da arte, da ludicidade, de uma formação mais que lida com a ideia da educação permanente, de que a produção do cuidado, a produção da subjetivação e a produção pedagógica” (Entrevistado E).

“[...] o que a gente foi fazendo é sensibilizar o gestor [...] fazer a mobilização [...] as escolas técnicas foram importantíssimas nesse processo, ela conhece o território. [...] o gestor era a peça principal” (Entrevistado D).

O apoio e o papel da liderança no desenvolvimento do projeto ficam claro em função da forma de acompanhamento e monitoramento do projeto, diretamente pela Casa Civil da Presidência da República, com encontros quinzenais de prestação de contas do andamento de todo o processo, mas também de muita liberdade: *“[...] à época uma gestão do país que deixou*

a gente caminhar. A gente não teve barreiras, a gente não teve empecilhos. Ao contrário, a gente teve uma gestão federal à época que só falava “vai”, potente, dava potência a gente, isso só dava mais gás” (Entrevistado C).

Compondo a descrição do *Caminhos do Cuidado* e buscando identificar, retrospectivamente, fatores envolvidos com a oferta de formação que facilitaram e/ou dificultaram a TC, a ação formativa foi analisada a luz do *framework Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) e seus registros apresentados no próximo tópico.

6.2 ANÁLISE DOS DETERMINANTES DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO A PARTIR DO FRAMEWORK CFIR

A Ciência da Implementação “é o estudo científicos de métodos para promover a adoção de resultados dos estudos científicos na prática rotineira dos serviços de saúde” (BONFIM, 2021, p. 11) e, para tanto, tem se utilizado de teorias, modelos e estruturas operacionais, e *frameworks* para identificar barreiras e facilitadores envolvidos no processo de implementação de uma nova evidência científica. Como o estudo do processo de implementação se aplica a diferentes inovações em vários campos e sofre a influência de múltiplos fatores, naturalmente surgem vários modelos e *frameworks* que tentam responder a essa demanda por identificar barreiras e facilitadores envolvidos na execução de estratégias de implementação. Esse mapeamento dos fatores, quando organizados a partir de evidências científicas sobre o processo de implementação, ganha destaque e ressalta a construção do campo de conhecimento da CI a partir de métodos científicos.

Diante dessa diversidade de instrumentos e ferramentas, optou-se por analisar a implementação do projeto *Caminhos do Cuidado* a partir do *framework* CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*), tendo em vista seu uso consolidado no campo da saúde, sua taxonomia abrangente, com a apresentação de constructos claramente definidos, e sua atualização recente, em 2022 (DAMSCHORDER *et al.*, 2022).

O CFIR apresenta cinco domínios e, compondo esses domínios, 45 constructos, na versão atualizada de 2022, que buscam analisar os fatores envolvidos nas dimensões da Inovação, do Ambiente Interno, do Ambiente Externo, dos Indivíduos e do processo de Implementação e possíveis barreiras e facilitadores em todos esses domínios. A natureza abrangente e ampla do CFIR é indicada para captar fatores envolvidos nas intervenções complexas, aquelas com vários componentes interativos e múltiplos papéis, que envolvem

mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental, por exemplo (DAMSCHRODER; HAGEDORN, 2011; SAFAEINILI *et al.*, 2019).

O CFIR foi utilizado para fazer uma análise retrospectiva do projeto *Caminhos do Cuidado* a partir de pesquisa documental, que incluiu artigos, dissertações, relatórios, documentos disponibilizados na plataforma do Observatório do Cuidado e compartilhados de forma pessoal, além das entrevistas semiestruturadas realizados com atores-chave participantes do projeto. Nas palavras de Damschroder *et al.* (2022, p. 3),

os resultados reais da implementação são baseados em percepções ou medidas do sucesso ou fracasso da implementação atual (ou passada), ou seja, os resultados da implementação que ocorreram. Esses resultados são retrospectivos; as constelações de determinantes CFIR entre os domínios *explicam* esses resultados. Os resultados de implementação previstos e reais podem ser avaliados quantitativa ou qualitativamente (tradução nossa)¹⁹.

Vale destacar que o CFIR se propõe, em especial, a explicar os determinantes da implementação, capturando barreiras e facilitadores, que, preferencialmente, devem ser coletadas de pessoas com influência na implementação (DAMSCHRODER *et al.*, 2022). Neste sentido, a utilização do CFIR está direcionada para a análise das barreiras e dificultadores relacionados com a implementação do projeto *Caminhos do Cuidado*.

A análise dos determinantes da inovação, a captura da experiência do destinatário com a inovação ou explicação dos resultados da inovação não são objeto do CFIR, ou seja, se o projeto *Caminhos do Cuidado* promoveu a incorporação da evidência científica no dia a dia dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária, estas exigiriam uma pesquisa com um desenho metodológico apropriado para essa investigação (DAMSCHRODER *et al.*, 2022). Pesquisa essa que foi parcialmente cumprida pelo Programa de Avaliação Institucional Educativa – AvaliaCaminhos, que será objeto de análise no próximo tópico.

Vale ainda destacar que, quando o CFIR é utilizado para realizar uma análise retrospectiva, ou seja, de resultados reais, a análise concentra-se “[...] nos objetivos finais dos esforços de implementação: primeiro, se a decisão é tomada para entregar a inovação

¹⁹ Actual implementation outcomes are based on perceptions or measures of current (or past) implementation success or failure, i.e., implementation outcomes that have occurred. These outcomes are backward-looking; constellations of CFIR determinants across domains *explain* these outcomes. Both anticipated and actual implementation outcomes can be assessed quantitatively or qualitatively.

(adoção); segundo, se a entrega da inovação ocorre (implementação); e, terceiro, se a entrega da inovação continua no longo prazo” (DAMSCHRODER *et al.*, 2022, p. 3).

Na sequência, apresenta-se o uso do CFIR em todos os seus cinco domínios como orientadores da análise de implementação retrospectiva do projeto Caminhos do Cuidado, que se caracteriza como uma ação do processo de translação de uma nova lógica de cuidado na APS pautada nos princípios da RD. Importante informar que, no Anexo A, encontra-se o arquivo original do CFIR, com as orientações para preenchimento de cada domínio e de seus construtos.

Sabe-se que a aplicação do CFIR permite a seleção e exploração de alguns construtos avaliados como estratégicos. Entretanto, neste trabalho, optamos por apresentar todos os construtos, tendo em vista sua importância para a análise retrospectiva ampla do Caminhos do Cuidado e para contribuir com o compartilhamento desse instrumento em análises futuras no campo da formação em saúde mental.

No Quadro 1, a seguir, propõe-se uma descrição da ação que está implementada, as evidências e vantagens para seu uso, nível de complexidade, detalhamento da ação e o custo do processo de implementação.

Quadro 1 – Domínio de Inovação de Caminhos do Cuidado, segundo o CFIR (2022)

I - Domínio de Inovação	
Inovação: Trata-se de uma ação formativa em Saúde Mental – Crack, álcool e outras Drogas, direcionada a profissionais de nível médio (ACS e ATEnfs) atuantes no SUS.	
Inovação do projeto: A ação formativa – projeto <i>Caminhos do Cuidado</i> -, foi proposta para ser realizada em todo o país, no período de setembro de 2013 a agosto de 2015, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, tendo como diretrizes os princípios da EPS, a descentralização (o olhar para o território) e o cuidado a partir da lógica da Redução de Danos.	
Origem da intervenção	A ação educativa foi financiada pelo Governo Federal, contou com a participação de instituições de ensino, pesquisa e atenção à saúde reconhecidas nacionalmente, juntamente com técnicos do MS, representando o Departamento de Atenção Primária, Coordenação de Saúde Mental e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
Base de evidências de inovação	A utilização de ações educativas é uma prática consagrada no campo da saúde e a estratégia em análise utilizou recomendações atualizadas sobre a EPS e metodologias ativas. Além disso a ação formativa está referenciada pelas recomendações dos organismos internacionais para o cuidado em saúde mental e das políticas de Atenção Primária e de Saúde Mental do Brasil.

Vantagem relativa da inovação	Atingir um número grande de trabalhadores da saúde em um período relativamente curto de tempo, sensibilizando-os para o cuidado em Saúde mental e os princípios da RD.
Adaptabilidade da Inovação	Apresenta orientações claras, com descrição das atividades a serem desenvolvidas, além de permitir ajustes e adequações às necessidades de cada território. Disponibilizou material de apoio para alunos e facilitadores do processo educativo, ofereceu formação para os facilitadores o que permitiu maior segurança nas possíveis adaptações.
Testabilidade da Inovação	Foi realizada oficina para testar e, posteriormente, adequar o material didático a partir das considerações apontadas.
Complexidade da inovação	Em função da sua meta, dimensões territoriais do Brasil, formação dos facilitadores e capilaridade do processo, atingindo 3.375 municípios do país em curto espaço de tempo, pode ser considerada uma estratégia de alta complexidade.
Projeto de Inovação	O processo formativo foi detalhado e claramente descrito, com vasto e diverso material disponível - camisas, mochilas, caderno do aluno e caderno do tutor, guia de saúde mental, planejamento de formação dos tutores envolvidos na condução à formação.
Custo da Inovação	Recursos financeiro disponibilizado pelo governo Federal no valor de R\$ 4 bilhões, repassados gradativamente aos gestores responsáveis pela execução financeira do projeto.

Fonte: autora deste trabalho.

No Quadro 2 a seguir objetiva-se descrever o contexto externo, circunstâncias e características que poderiam interferir na implementação da ação.

Quadro 2 – Domínio de Configuração Externo do Caminhos do Cuidado, segundo CFIR (2022)

<p>II - Domínio de configuração Externo</p> <p>Ambiente Externo: como trata-se de Projeto de abrangência nacional no Sistema Único de Saúde, o ambiente externo pode ser definido como o contexto político, econômico e social do país.</p> <p>Configuração externa do projeto: Existência de uma narrativa de “epidemia de crack” no país que exigia respostas do Governo Federal, dos estados da federação e dos próprios municípios, um ambiente bastante favorável a proposta de formação. O ambiente político, sem turbulências, continuidade da gestão e necessidade de resposta ao crescimento e adoecimento pelo consumo de drogas.</p>
--

Incidentes Críticos	Não ocorreram incidentes críticos como, por exemplo, suspensão dos recursos, eventos climáticos graves, mudança de governo, pandemia etc. Foram identificados alguns problemas locais, entre eles o aumento exponencial de casos de dengue em São Paulo, as chuvas e desabamento de estradas no Espírito Santo, que foram gerenciados de forma satisfatória.
Atitudes Locais	A oferta de ações educativas para profissionais de nível médio foi muito bem aceita, há uma carência grande de ofertas para esse público. A temática da formação – saúde mental, álcool e outras drogas -, é cercada de estigmas e preconceitos, mas, também, de muito interesse dos profissionais de saúde e a oferta de formação correspondia a uma demanda social pela narrativa da “epidemia de crack”.
Condições Locais	Como tratou-se de implementação com abrangência nacional, as condições locais foram muito diversas. A pactuação com todas as instâncias de gestão do SUS (CNS, Conass e Conasems), contribuiu para adequações às condições locais.
Parcerias e Conexões	Parceria com Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).
Políticas e Leis	A ação estava amparada em portarias e recomendações do MS e outros organismos internacionais, quanto ao cuidado a pessoas em uso de álcool e outras drogas.
Financiamento	Todo o recurso financeiro para a execução da implementação veio do Governo Federal.
Pressão externa	A pressão externa era por uma resposta ao que foi nomeado como “epidemia de crack”. As ofertas que tivessem esse foco, naquele momento, teriam uma abertura importante.
Pressão social	Resposta a “epidemia de crack”.
Pressão do mercado	Não foi identificado.
Pressão de medição de desempenho	Não foi identificado uma pressão externa anterior ao projeto.

Fonte: autora deste trabalho.

O Quadro 3 propõe descrever o ambiente interno em que aconteceu a implementação, descrevendo aspectos estruturais, redes e comunicação, aspectos culturais, clima de implementação e recursos disponíveis.

Quadro 3 – Domínio de Configuração Interna do Caminhos do Cuidado, segundo CFIR (2022)

III - Domínio de configuração Interna	
Ambiente Interno: A ação formativa foi direcionada a profissionais de nível médio, trabalhadores da APS e/ou de Equipes da Estratégia de Saúde da Família de todo o país	
Configuração do Ambiente Interno: Como trata-se de uma ação realizada em 3. 375 cidades, ofertando um total de 8.017 turmas, o contexto local foi muito diverso e, nessa análise, torna-se difícil descrever como o ambiente interno, nos diversos municípios/territórios, se comportaram quanto a fatores facilitadores ou dificultadores da implementação.	
Características Estruturais 1 – Infraestrutura física 2 – Infraestrutura de tecnologia da informação 3 –Infraestrutura de trabalho	As características estruturais do ambiente interno foram bastante diversas, seja por conta das diversidades climáticas, da estruturação da APS nos diversos municípios, da estrutura de deslocamento, transporte terrestre/fluvial e das condições de trabalho muito diferentes nos diversos pontos do país. Quanto à tecnologia da informação observou-se realidades díspares quanto ao acesso à internet e à literacia digital.
Conexões Relacionais	Diante da amplitude da implementação e das diferentes realidades locais e das diversas possibilidades de redes relacionais, coube aos coordenadores macrorregionais, também chamados de Articuladores, o papel de mapear as necessidades regionais, articular essas redes e mediar possíveis conflitos.
Comunicações	Em que pese ser muito difícil mapear as redes de comunicação em todo o país, sabe-se que a oferta de formação foi apresentada/discutida nos Conselhos de saúde, no Conselho de classe - Conselho de Enfermagem e outras instâncias do SUS. A comunicação entre o grupo condutor do projeto, as referências macrorregionais, coordenação estadual e ETSUS foram positivas, o diálogo sempre esteve presente.
Cultura	São grandes as diferenças regionais, fazer essa análise exigiria um aprofundamento para cada local, entretanto, numa análise mais geral, é possível identificar uma cultura favorável às ações de formação, normalmente bem aceitas no SUS, em especial, quando essas ofertas se pautam pela possibilidade de dialogar com as realidades vivenciadas pelos trabalhadores do SUS. Quanto à temática da formação, é possível reconhecer uma cultura marcada pelo medo e estigma sobre os

	<p>transtornos mentais e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Entretanto, também é possível perceber que havia um reconhecimento de que todas as pessoas deveriam ter seus direitos preservados e serem atendidas na sua singularidade.</p>
Tensão por Mudança	<p>Havia, em 2013/2014, uma grande tensão mobilizada pela narrativa da “Epidemia de Crack”, o que deixava a todos mais receptivos às ofertas de qualificação do cuidado em saúde.</p> <p>Além disso, a proposta de pensar o cuidado como uma tecnologia do encontro, mais acolhedor também estava presente em movimentos anteriores como o Consultório na rua e a Política Nacional de Humanização.</p>
Compatibilidade	<p>A proposta de fortalecer o cuidado em saúde mental na APS e sob os princípios da RD, apesar desta estar descrita nos documentos oficiais do MS não era compatível com a forma como a APS estava organizada, que exigiria uma reorganização de fluxos, repactuação com a equipe, articulação com a atenção secundária e terciária.</p>
Prioridade Relativa	<p>A ação tinha uma prioridade média, junto dela seriam necessárias outras estratégias para ampliar o cuidado, como aumento de recursos humanos e formação para todos os profissionais da equipe.</p>
Sistemas de Incentivos	<p>Não foi possível identificar incentivos e/ou desincentivos, tendo em vista a amplitude da ação e os diversos contextos locais.</p>
Alinhamento da missão	<p>A oferta atende a uma atribuição do SUS, que é a formação dos seus trabalhadores e o cuidado em saúde mental articulado à Atenção Primária.</p>
<p>Recursos disponíveis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Financiamento 2. Espaço 3. Materiais/equipamentos 	<p>Os recursos financeiros estavam disponibilizados, os materiais (caderno, bolsa, camisa) foram disponibilizados, entretanto, a diversidade territorial do país muitas vezes dificultou um espaço adequado para a realização da formação, mesmo após pactuação com as instâncias do SUS e envolvimento das coordenações locais.</p>
Acesso ao Conhecimento e Informação	<p>Não era necessário orientação específica para implementar a ação, ou seja, como a implementação tratava-se de uma ação formativa a informação que a antecedeu foi sobre o planejamento para sua execução.</p> <p>Quando da realização da ação formativa, os participantes puderam ter acesso ao espaço virtual com toda documentação disponível, o espaço “Fale conosco”, que permitia contato direto e aberto com os especialistas e gestores do projeto.</p>

No Quadro 4, apresentam-se os constructos relacionados às atitudes dos indivíduos em direção à intervenção, considerando todas as pessoas envolvidas.

Quadro 4 – Domínio de Indivíduos do Caminhos do Cuidado, segundo CFIR (2022)

IV - Domínio de indivíduos	
<p>Indivíduos: O Projeto Caminhos do Cuidado contou com um Grupo Condutor que acompanhou e orientou todo o trabalho das demais coordenações e equipes. Ligado diretamente ao grupo condutor está a coordenação executiva, que trabalhava para viabilizar as atividades e produtos das coordenações de gestão acadêmica, pedagógica, infraestrutura e comunicação. Articulando o desenho da formação com as realidades regionais estavam as coordenações macrorregionais e as coordenações estaduais.</p> <p>Funções do projeto: O Grupo condutor, por meio de seus representantes, respondia diretamente ao gabinete da Presidência da República. As demais coordenações do projeto estavam vinculadas a coordenação executiva.</p>	
Líderes de alto nível	Compõem os líderes de nível alto aqueles diretamente vinculados ao grupo condutor, sendo eles: Coordenação DAB e SM, representante da SGETS, representante do ICICT e Representante do GHC.
Líderes de nível médio	Os líderes de nível médio são representados pelas coordenações de gestão acadêmica, pedagógica, infraestrutura e logística, comunicação, coordenações macrorregionais e coordenações estaduais.
Líderes de opinião	Expertises convidados em momentos específicos, em especial, para a construção do eixo e material do curso e ferramentas de tecnologia. Alguns desses especialistas seguiram como educadores de aprendizagem e, de forma orgânica, compuseram a equipe contribuindo com as discussões de como levar para a prática os conceitos fundamentais da saúde mental, agregando a teoria a prática.
Facilitadores de Implementação	Profissionais das ETSUS, com experiência em realizar cursos descentralizados, considerando as realidades de cada território.
Líderes de Implementação	Coordenação geral, coordenadores macrorregionais e coordenadores Estaduais envolvidos diretamente na implementação.
Membros da Equipe de Implementação	Coordenadores de Atenção Básica e referências de saúde mental dos municípios.
Outro suporte de implementação	Apoios das equipes estaduais e das coordenações nacionais.
Distribuidores de Inovação	Os distribuidores de Inovação são aqui identificados como os tutores envolvidos na formação dos alunos.

	<p>Atuaram na execução do projeto um total de 1946 tutores. Os mesmos foram formados por meio de curso de 120 horas e eram acompanhados pelos orientadores de aprendizagem de forma virtual.</p> <p>Um dos critérios para seleção dos tutores era sua aderência a uma proposta de cuidado acolhedora, amparada na lógica da RD.</p>
Destinatários da Inovação	<p>ACS de ATEnfs de todo o país.</p> <p>Foram ofertadas 292.955 vagas para a formação e concluíram o curso 237.262 profissionais, perfazendo um total aproximado de 81% de concludentes.</p>
<p>Subdomínio de características</p> <p>Características do projeto: O projeto <i>Caminhos do Cuidado</i> tinha como objetivo provocar nos alunos uma reflexão/sensibilização e, talvez, uma mudança de comportamento quanto ao cuidado ofertado aos pacientes com transtorno mental relacionados ao uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Essa nova forma de cuidado, a partir da redução do preconceito e embasado nas tecnologias leves ou tecnologia do encontro, deveria acolher as dificuldades singulares de cada pessoa, identificar e organizar, junto ao território, redes de apoio e negociar pactos possíveis a partir da lógica da redução de danos, utilizando como estratégia o Projeto Terapêutico Singular (PTS).</p>	
Necessidade	Os alunos estavam sendo demandados a responder ao cuidado em saúde mental, em especial, ao uso de álcool e outras drogas.
Capacidade	Os alunos não tinham conhecimento nem habilidades para exercer o cuidado àquelas pessoas em situação de uso abusivo de drogas, o curso responde a essa lacuna de formação.
Oportunidade	Os alunos (ACS e ATEnfs) foram liberados para participação na formação, após pactuação com os gestores, e estão diretamente em contato, no território e nas residências, com pessoas que convivem com essa condição.
Motivação	O contexto externo, narrativa de “epidemia de crack”, tensionava todos os profissionais de saúde, a grande adesão à formação sinalizava um possível interesse, entretanto, os fatores intrínsecos as motivações para uma prática de cuidado acolhedor não são possíveis de serem mapeadas num universo de 237.262 alunos.

Fonte: autora deste trabalho.

Finalmente, no Quadro 5, descreve-se o processo de implementação, mapeando as atividades e estratégias utilizadas para favorecer a implementação, o envolvimento dos atores envolvidos na implementação, a execução do planejamento e seu monitoramento e avaliação.

Quadro 5 – Domínio do Processo de e do Caminhos do Cuidado, segundo CFIR (2022)

<p>V - Domínio do Processo de Implementação: Entre as estratégias utilizadas destaca-se a coordenação única, conduzida por um Grupo condutor, composto com representação da gestão federal e instituições parceiras responsáveis pela execução do projeto, a organização em equipes/coordenações de trabalho.</p> <p>Processo de implementação do projeto: Pactuação com instâncias do SUS (CNS, Conass, Conasems) e Conselho Federal de Enfermagem. Estrutura organizacional centrada no Grupo Condutor, acompanhada de várias coordenações, articuladas com os territórios por meio das coordenações macrorregionais e das coordenações estaduais. Sistema, ferramentas e instrumentos virtuais de gerenciamento e acompanhamento da execução da formação.</p>	
Equipe	A equipe foi composta de forma intencional a partir de convites direcionados às instituições de pesquisa e atenção em saúde que construíram o escopo do projeto e conduziram sua execução administrativa e financeira, sempre com participação de representantes do DAP, Coordenação de Saúde mental e SGTES, monitorados diretamente pela Presidência da República.
<p>Avaliação de necessidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuidores de inovação 2. Destinatários da inovação 	<p>As necessidades dos distribuidores de inovação estavam relacionadas à própria temática do curso e ao aspecto pedagógico - condução dos grupos e metodologias ativas de aprendizagem. Destaca-se que o processo de formação inicial e a continuidade da formação por meio dos orientadores de aprendizagem foi fundamental para que os tutores pudessem conduzir a formação e manter o seu eixo orientador.</p> <p>As necessidades dos destinatários da inovação diziam respeito ao desconhecimento e julgamento moral sobre adoecimento mental e dependência em álcool e outras drogas.</p>
Avaliando o Contexto	<p>Entre as barreiras pode-se destacar as distâncias territoriais, dificuldades de acesso, deslocamento, rede de comunicação/internet, necessidade de oferecer alimentação, contato com prestadores de serviço locais.</p> <p>Entre os Facilitadores destaca-se a oferta de material - caderno do aluno, camisas, mochilas -, gerando uma identificação e sentimento de pertencimento ao grupo/curso. Os sistemas e estratégias de monitoramento virtuais que permitiram respostas relativamente rápidas para garantir a execução das turmas, considerando o volume de. Aproximadamente 600 turmas por mês, número de alunos, logística, contratação de prestadores de serviço.</p>
Planejamento	O Organograma do projeto definiu responsabilidades de cada equipe, mesmo que o diálogo fosse presente a todo momento. Foi realizado o planejamento inicial para abertura simultânea em seis estados da Federação e

	<p>pactuação com os demais estados da federação e distrito Federal.</p> <p>Utilização de mídias sociais, divulgação do curso por meio de várias formas de material folder, cadernos, imprensa.</p> <p>Articulação com as ETSUS para viabilizar a capilarização do curso.</p>
Estratégias de adaptação	<p>Identificadas as grandes diferenças e necessidade de articulações regionais a coordenação macrorregional ganhou destaque nas pactuações.</p> <p>Diante dos desafios de realizar muitas turmas simultaneamente, os sistemas e ferramentas virtuais foram se adequando e tornaram-se essenciais.</p> <p>Identificou-se a necessidade de oferta de alimentação, inicialmente não prevista, em função dos recursos dos alunos para permanecer por oito horas nos encontros.</p>
Engajamento	<p>As estratégias de engajamento envolveram a participação ativa de representantes do projeto e do Ministério da Saúde em vários eventos locais, a realização simultânea da formação em vários municípios, a formação permanente para o desenvolvimento das atividades, espaço virtual (comunidade de práticas) de troca de experiências produzindo uma “onda”, que favoreceu a identificação e pertencimento ao projeto.</p> <p>Quanto aos destinatários da inovação, destaca-se a pressão social pela narrativa da “Epidemia de crack”, os medos e desafios que eles já encontravam, a possibilidade do curso oferecer ferramentas, o fato deles se sentirem afetados por um novo modelo de cuidado e o movimento de grupalidade que o curso foi adquirindo ao longo do tempo.</p> <p>Soma-se a esses fatores o reconhecimento gerado pela oferta de formação ter sido direcionado ao nível médio e não ao nível superior, (re)situando esses profissionais como centrais no cuidado à saúde.</p>
Fazendo	Não se aplica
Refletindo e Avaliando	<p>A ação educativa implementada cumpriu 100,93% da meta, disponibilizando 292.955 vagas ACS e ATenfs, formando 239.768 destes. Ofertou ainda formação para 2380 tutores e 126 orientadores de aprendizagem.</p> <p>A avaliação realizada pelo AvaliaCaminhos apontou que a oferta de formação produziu uma abertura importante para o cuidado mais acolhedor ao usuário de álcool e</p>

	outras drogas. Entretanto, esse movimento pode não ter se sustentado em função de práticas autoritárias, orientações políticas divergentes e relações na micropolítica dos diversos espaços da saúde.
Adaptando	Não se aplica

Fonte: autora deste trabalho.

Como já apontado por Damschroder *et al.* (2022), os esforços de implementação incluem a decisão de sua adoção, ou seja, a decisão pela realização do projeto, na sequência a sua implementação. Entretanto, os autores alertam que

[...] a implementação bem-sucedida é uma pré-condição necessária para alcançar os benefícios máximos da inovação. Por exemplo, uma inovação eficaz não produzirá os resultados esperados se for mal implementada; isso pode resultar em um erro “Tipo III”, quando os avaliadores concluem que a inovação é ineficaz, quando na verdade essa mesma inovação poderia ter atendido ou superado as expectativas se tivesse sido implementada adequadamente (DAMSCHRODER *et al.*, 2022, p. 7).

Por fim, uma implementação pode continuar por um tempo mais longo se se observa um ciclo de reforço em que o “[...] impacto positivo de uma inovação inspira o compromisso contínuo com a implementação e a sustentação” (DAMSCHRODER *et al.*, 2022, p. 7).

Quanto à análise da implementação, Damschroder e Hagedorn (2011) nos alertam sobre as várias possibilidades de o ambiente externo interferir na implementação, assim como da complexidade de se avaliar o ambiente interno, considerando sua natureza dinâmica e inter-relacional, as múltiplas variáveis e níveis. Nas palavras dos autores, enquanto a “[...] implementação destina-se a aumentar as taxas de prescrição de um medicamento podem ser relativamente diretos e direcionados a provedores individuais, [...] a implementação de um tratamento psicossocial complexo pode exigir uma estratégia que vise a clínica como a unidade de mudança”, como o exemplo do Projeto *Caminhos do Cuidado* (DAMSCHRODER; HAGEDORN, 2011, p. 197).

Neste sentido, faz-se importante entender a forma como está estruturado o ambiente interno, seus construtos, cultura, arquitetura social, processos de trabalho, engajamento dos líderes que, numa ação com a dimensão do Caminhos do Cuidado, inevitavelmente, traz uma grande diversidade. Os autores também nos lembram quanto às características dos indivíduos envolvidos, que a percepção do nível de confiança da inovação é fator a ser considerado e, no

caso do projeto Caminhos do Cuidado, a adesão à proposta, a “liga”, o engajamento de todos parece ter sido um fator bastante agregador.

O domínio da implementação aponta para a necessidade de um plano para as atividades de implementação e de adequações à medida da necessidade, para tanto “as pessoas envolvidas na implementação precisam de tempo e espaço adequados para avaliação e reflexão contínuas [...]. Também é necessário tempo para reflexão subjetiva e para compartilhar e entender histórias anedóticas relacionadas à experiência de implementação” (DAMSCHRODER; HAGEDORN, 2011, p. 197).

Retomando as contribuições de Aarons e colegas (2011) sobre a importância da fase de exploração, em que se identifica melhor o problema antes da fase de adoção de uma estratégia para enfrentá-lo, pode-se afirmar que o projeto *Caminhos do Cuidado* surge num contexto marcado pela narrativa da “epidemia de *crack*”, em que pressões externas impunham a necessidade de ofertas governamentais em resposta a tal situação. Entre as ofertas disponibilizadas naquele momento, o projeto *Caminhos do Cuidado* foi o único que trouxe em seu cerne a articulação entre os Ministérios da Justiça, Educação e Saúde, a defesa clara e intransigente do cuidado em liberdade, amparado num cuidado de base territorial, na Atenção Primária, respeitando as singularidades de todos os sujeitos em sofrimento mental por uso de álcool e outras drogas e os princípios da RD.

Após a decisão pela implementação do projeto *Caminhos do Cuidado*, seguiu-se a fase de preparação, em que a equipe foi sendo composta, o material foi sendo construído, testado e estratégias foram sendo construídas para sua implementação. Segundo Aarons e colegas (2011), a decisão por adotar uma inovação é fruto da confluência de fatores em diferentes níveis, alguns desses fatores devem ser mapeados na fase de exploração e outros são frutos do próprio processo de implementação.

A oferta da formação, o planejamento de sua implementação em todo o Brasil, apresentou metas, organograma, articulação com as ETSUS, pactuação com os conselhos de saúde, atingindo a meta programada no tempo previsto. Não houve, no período de implementação do projeto, mudanças políticas ou de gestão que sinalizassem mudança na orientação das evidências que o projeto se propunha a disseminar. Muito provavelmente, esse fator facilitou e contribuiu para a colaboração de estados e municípios na efetivação da estratégia, em que pese sabermos que ofertas de formação são tradicionalmente bem aceitas pelos gestores, por direcionar a “responsabilidade” do cuidado para o profissional de saúde,

desconsiderando, muitas vezes, os outros fatores envolvidos na efetivação de uma prática de cuidado.

A forma como a liderança foi exercida e como ela atuou para a implementação da inovação é também um fator a ser destacado. Neste aspecto, vale destacar o papel da coordenação geral, coordenações macrorregionais e coordenações estaduais. Nas palavras do Entrevistado E, estavam “*todos em fina sintonia*”.

Quanto ao terceiro item de análise proposto por Damschroder *et al.* (2022), que trata da entrega da inovação contínua no longo prazo, optou-se por fazer essa análise em conjunto com as considerações sobre o Programa de Avaliação Institucional Educativa do Caminhos do Cuidado (AvaliaCaminhos).

6.3 O AVALIACAMINHOS E O QUE PODEMOS SABER SOBRE A ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO PROJETO CAMINHOS DO CUIDADO

Após a conclusão do processo formativo previsto no projeto Caminhos do Cuidado, o Programa de Avaliação Institucional Educativa (AvaliaCaminhos) foi uma estratégia que buscou levantar indícios se a ação formativa contribuiu para implementar uma nova lógica de cuidado pautada na RD na porta de entrada do SUS.

Em agosto de 2015, tem início um momento de intenso questionamento sobre os dados quantitativos da oferta de formação, seus efeitos sobre a prática diária dos ACS e ATEnf e das equipes de ESF. Enfim, era preciso entender toda a intensidade que ali se produziu e tentar reverberar esse movimento: “[...] *vamos fazer o registro dessas coisas, vamos mobilizar ou retomar uma certa mobilização das pessoas para o que foi possível produzir*”, disse o Entrevistado E.

Ainda Tateando essa construção, foi realizada, em setembro de 2015, oficina nomeada de *Caminhos do Cuidado: Trajetórias*, com participação das ETSUS e dos coordenadores estaduais, em que foi possível construir um desenho muito inicial da matriz de avaliação. Esse vasto material é organizado posteriormente, e passa pela análise de pessoas ligadas ao *Caminhos do Cuidado* e especialista em Saúde Mental, Redução de Danos, Avaliação em Saúde e Processos Pedagógicos, e se configura, por fim, como a matriz do curso AvaliaCaminhos. A partir de então, é possível pensar nas estratégias para coleta de informação, que incluiu questionários, entrevistas e grupos focais. Importante destacar que a aposta desses encontros

estava num “[..] exercício de reconhecer aquilo que os acontece, que nos afeta, e que permanece em cada um(a) após o encontro formativo” (BRASIL, 2017, p. 12).

Neste sentido, o Avaliacaminhos buscou responder à análise dos determinantes da inovação, ou seja, capturar a experiência e entender os resultados da inovação, sua incorporação no dia a dia dos profissionais de saúde (DAMSCHRODER *et al.*, 2022). O programa de avaliação foi conduzido em “[...] coordenação conjunta com o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), [sendo] considerada a última fase do projeto Caminhos do Cuidado” (BRASIL, 2018, p. 33).

O programa buscou, de forma sensível e poética, expressar os entrelaçamentos sutis entre tantos fatores que nos permitem sentir afetados pelo outro e, conseqüentemente, por nós mesmos. Tarefa árdua, tendo em vista que avaliar mudanças de percepção e redução de preconceito não é nada corriqueiro. Com o objetivo de identificar e potencializar as conquistas e desafios,

O Programa de Avaliação Institucional Educativa AvaliaCaminhos, contou com duas ações que se hibridizaram em todo o processo: 1) a avaliação nacional do Projeto Caminhos do Cuidado: que além do olhar avaliativo nacional sobre as ressonâncias do Caminhos do Cuidado, também contribuiu para alimentar o Observatório Caminhos do Cuidado com um grande banco de sementes; fruto de dados qualitativos e quantitativos do material plantado, cuidado e colheitado nos territórios, para que estes, possam seguir alimentando outros olhares. 2) Curso de Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva; tendo como público trabalhadores das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) (BRASIL, 2017, p. 3).

As duas ações constantes do AvaliaCaminhos correspondem a dois objetivos: tornar a experiência do Caminhos do Cuidado, seus procedimentos e instrumentos um orientador de políticas públicas ou estratégia político-educativa, e fortalecer a RET-SUS e, conseqüentemente, as ETSUS.

Para que a experiência do Caminhos do Cuidado pudesse, em algum momento, ser uma referência para as políticas públicas, fazia-se necessário ter seus registros preservados e fazê-los a partir de vários olhares, quantitativos e qualitativos, do norte e do sul, do aluno e do coordenador. Nesse sentido, a organização desses registros desde o início do projeto coloca-se como fundamental. Vale ressaltar, como já apresentado anteriormente, que esses registros atualmente estão disponíveis no Repositório Institucional da Fiocruz – ARCA.

Quanto ao objetivo de fortalecer as ETSUS, o curso de Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva “[...] ofertou 126 vagas para as diferentes regiões do país, sendo 42 para articuladores locais e 84 para discentes,” todos do corpo de profissionais das ETSUS (BRASIL, 2018, p. 33).

A proposição da avaliação seguiu a mesma intencionalidade, envolver territórios e pessoas, “[...] a mesma pegada da educação permanente, a mesma pegada da escuta. Então, tinha uma clareza de que a questão do aprendizado era pela experiência [...] e que nós queríamos que essas experiências tivessem visibilidade. [...] Isso foi o AvaliaCaminhos” (Entrevistado E).

A participação de aproximadamente 120 profissionais das ETSUS permitiu que esses profissionais pudessem construir, como atividade do curso AvaliaCaminhos, um projeto de intervenção para cada escola, além do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) individual, relacionados aos processos pedagógicos disparados pelas escolas, incluindo a experiência do Caminhos do Cuidado (BRASIL, 2017; 2018).

Em que pese não ser o foco deste tópico fazer uma análise de implementação, é impossível não considerar as mudanças do contexto externo e seus efeitos sobre a efetivação do projeto. Nesse período, 2016, há uma mudança brusca de gestão no Governo Federal, com mudanças e retrocessos importantes quanto à política de saúde mental. Seus efeitos foram sentidos na mobilização, planejamento e execução administrativa e financeira do projeto AvaliaCaminhos, incluindo o afastamento de técnicos que acompanharam a implementação do projeto *Caminhos do Cuidado* (MACHADO, 2020).

6.3.1 A metodologia do AvaliaCaminhos

A matriz avaliativa do projeto estava ancorada em quatro dimensões, a saber: Política, Gerencial, Itinerários Formativos e Cenários de Cuidado. Para cada uma dessas dimensões, foram direcionadas perguntas-guias, com o objetivo de jogar luz por sobre as articulações no território, interação de atores, ampliando o olhar para situações e contextos que pudessem, de alguma forma, ter influenciado cada dimensão.

A metodologia utilizada para dar capilaridade também ao processo avaliativo do *Caminhos do Cuidado* incluiu avaliação quantitativa e qualitativa e o uso de quatro estratégias, considerando, sempre, as diferenças entre municípios de grande, médio e pequeno porte. Inicialmente, foi enviado o *link* para acesso ao questionário FomSUS para os e-mails pessoais

de 6.642 ex-alunos do curso, tendo 1.141 pessoas respondido ao questionário, cobrindo a diversidade de municípios de grande, médio e pequeno porte. Posteriormente, foram realizadas entrevistas e/ou rodas de conversa com tutores do curso, perfazendo um total de 33 entrevistas e/ou rodas de conversa transcritas compondo o *corpus* de análise. O encontro com alunos do curso, utilizando como método a Técnica de Grupo Focal, ocorreu em 82 municípios, contemplando todas as regiões do país, e incluiu a participação de 717 ACS/ATEnf (BRASIL, 2017; MACHADO, 2020).

Nesses encontros, os profissionais que participaram do curso *Caminhos do Cuidado* puderam compartilhar “as ressonâncias nos processos de trabalho e nos jogos das redes” e a “mudança de si no encontro com a alteridade” (BRASIL, 2017, p. 5). Ainda compondo esse vasto material, temos o Registro-experiência, produzido individualmente pelos 40 articuladores locais, indicados pelas Escolas Técnicas do SUS. Todo esse material foi analisado pela equipe responsável pelo projeto, que estendeu o convite aos articuladores locais, tendo 10 desses articuladores aceito o convite para compor a equipe de análise e produção de escrita do relatório a partir dos marcadores da Matriz Avaliativa. Em paralelo, o material textual bruto foi tratado no QSR International’s NVivo11 (BRASIL, 2017).

A dimensão do Itinerário Formativo e dos Cenário do Cuidado é o que mais nos ajuda a compreender os resultados, efeitos do curso e o potencial de implementação da evidência RD na atenção básica, e, por isso, deteremo-nos nestas dimensões, tentando mapear como a perspectiva de cuidado apresentada pelo Caminhos do Cuidado ressoou nesses alunos. Quanto ao Itinerário Formativo, a análise buscou identificar como reverberaram nos territórios os seguintes conteúdos:

- a) A apropriação do processo de reforma psiquiátrica, da política de saúde mental com ênfase na rede de atenção psicossocial, com vistas à produção do cuidado, a reintegração social e da cidadania das pessoas usuárias de álcool e outras drogas;
- b) A discussão e construção do papel do ACS e ATEnf para o cuidado em saúde mental, conforme a especificidade de cada território, qualificando o olhar e a escuta para dar visibilidade à questão das drogas;
- c) A ampliação da caixa de ferramentas do ACS e ATEnf para o cuidado em saúde mental, atuação na rede de atenção e na construção de territórios de paz (BRASIL, 2017, p. 58).

O uso de metodologias ativas, ou “o jeito de ensinar” ganhou destaque nas falas/registros. A possibilidade do diálogo, de se sentirem compreendidos, da “conversa” com o dia a dia do trabalho, do protagonismo, da horizontalidade, da expressão pela arte/música/vídeos, abriu possibilidades de trocas e de construção coletiva. Considerando que o

tema da saúde mental exigia uma sensibilidade e delicadeza diante de preconceitos e estigmas, a possibilidade de ser ouvido e falar sem receio de seus medos e modelos de cuidado foi importante para garantir também a esses alunos o lugar de acolhimento (BRASIL, 2017).

Ruas, Almeida e Santos (2020), ao analisarem o curso Caminhos do Cuidado, a partir de entrevistas com as diretoras das ETSUS, apontam que

para 33 Escolas do SUS, o curso foi visto como um gatilho ativador de mudanças das Práticas de Cuidado, na perspectiva da redução de danos [...] nove escolas sentiram-se impulsionadas a fazer mudanças nas suas práticas educacionais [...] Assim, o “Caminhos do Cuidado” funcionou mais como uma ‘faísca’, que motivou as escolas; um facilitador, que ofereceu capacidade; e menos como um sinal, um lembrete, que funciona quando os utilizadores têm capacidade e motivação (RUAS; ALMEIDA; SANTOS, 2020, p. 199).

Quanto à dimensão Cenários de Cuidado, esta foi dividida em dois aspectos de análise: (1) Ressonâncias no processo de Trabalho e (2) Caminhos da Mudança de Si no Encontro com a Alteridade. Quanto à ressonância no dia a dia do trabalho, pode-se perceber que o *Caminhos do Cuidado* foi eficaz em produzir diálogos com o território, com as equipes, com a RAPS, assim como com as “redes informais,” favorecendo a proximidade entre Atenção Primária e Saúde Mental. Entretanto, também estão presentes nos relatos a solidão, impotência e frustração na medida em que não conseguem responder às necessidades de cuidado. É fato que a rede se faz no encontro e exige iniciativa e implicação de todos os atores envolvidos, uma tessitura delicada e única (BRASIL, 2017).

Quando perguntados sobre a observação de mudanças em suas unidades de trabalho, 22% relatam ausência de mudanças, enquanto 35% apontam para uma maior preocupação com os usuários de álcool, crack e outras drogas. Esses números coincidem com a percepção de uma das articuladoras em seu relato-experiência: “[...] observo certo sentimento de frustração quando percebiam que a transformação pessoal não tinha força para mudar uma dada forma de funcionar dos serviços/gestão” (BRASIL, 2017, p. 74).

A necessidade de ampliar a oferta para os outros profissionais da ESF também está registrada em vários momentos e reforça a percepção de que os ACS e os ATEnf sozinhos não teriam força para uma mudança na organização do trabalho. Em que pese sabermos da importância de ampliar a discussão sobre o cuidado a partir da lógica da RD, as questões hierárquicas e de poder que rodeiam o campo da saúde também se fazem presentes nesta constatação (BRASIL, 2017).

Uma mudança na prática de cuidado pode, entre outros fatores, justificar um aumento no número de usuários de álcool, crack e outras drogas que passaram a frequentar a UBS, fato relatado pelos ACS e ATEnf durante o grupo focal. Segundo dados consolidados pelo AvaliaCaminhos, “[...] 43% dos participantes assinalaram que passaram a conversar com pessoas que faziam uso de crack, álcool e outras drogas; 33% que passou a vincular usuários na UBS. Outros 33% passaram a aproximar-se de parentes, amigos(a) do(a) usuário(a) de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017, p. 94).

Quanto ao aspecto ‘Caminhos da mudança de si no encontro com a alteridade’, o processo avaliativo pôde identificar que a aposta do projeto *Caminhos do Cuidado* em colocar a experiência como potência do processo educacional permitiu um contato com as diversas formas de viver, com intensidades e paixões diversas, o que contribuiu com deslocamentos importantes quanto aos preconceitos individuais (BRASIL, 2017; MACHADO, 2020).

Quanto à formação dos alunos e a apresentação da lógica de RD pelo curso, segundo Ruas, Almeida e Santos (2020, p. 203), “mais de 80% dos alunos disseram na avaliação que o curso trouxe uma nova forma de ver o outro”. Uma nova forma de ver o outro talvez sinalize uma abertura para se permitir ser afetado pelo outro. Recorrendo a Latour (2008), pode-se afirmar que se permitir ser afetado é um processo de aprendizagem, o que coloca os sujeitos em movimento, um movimento de abertura para acolher as diferenças e que pode produzir novas formas de ser e, conseqüentemente, de práticas de cuidado.

O AvaliaCaminhos identificou que o material do curso, a metodologia dialógica e o eixo central no cuidado permitiram aos alunos um encontro com seus medos e preconceitos, e contribuiu para mudanças de olhar e para a percepção desses estigmas na vivência pessoal de cada sujeito, independente da sua função no espaço do trabalho. O ciclo vicioso de medo, que gera afastamento, ausência de vínculo, limitação da experiência com o outro, “desumanização” do outro e, conseqüentemente, mais medo e exclusão, pôde ser reduzido para alguns alunos, naquele momento específico, permitindo o surgimento de um novo olhar para pessoas em situação de abuso de álcool, crack e outras drogas. Esse novo olhar permitiria que “[...] o então drogado, viciado, crackudo, vagabundo, [deixassem] de ser rótulos e se tornasse sujeitos com nomes, histórias, desejos, dificuldades e forças” (BRASIL, 2017, p. 109).

O projeto *Caminhos do Cuidado* nos permite observar que mesmo uma formação para um público muito grande, distribuído por territórios diversos, pode fugir à simples padronização, desde que utilizem de metodologias que possam ser adequadas às diferentes realidades, que apostem na potência da experiência, da vivência, da afetação, do sentido que se

produz no encontro com o outro. Insisto em registrar ‘naquele momento específico’, pois sabe-se que o efeito mais prolongado de uma mudança nas práticas de cuidado se depara com muitos outros fatores e, estes, podem ser determinantes na sustentabilidade de uma prática de cuidado.

A lógica que se instala nos processos de trabalho é muito mais forte do que o **envolvimento/abertura/acolhimento** disparados em cada profissional de saúde. [...] pude identificar que a mobilização provocada pelo curso, num primeiro momento, foi efetiva. Infelizmente, algum tempo depois, segundo eles, numa gestão extremamente autoritária, os ganhos se perderam e atualmente a articulação entre Atenção Básica e saúde mental está enfraquecida. [...] citam alguns **colegas que ainda insistem, apesar das dificuldades de articulação** (BRASIL, 2017, p. 74, grifo dos autores).

Aarons, Hurlburt e Horwitz (2010) sinalizaram a dificuldade de identificar barreiras e facilitadores de sustentabilidade de uma inovação no campo nos serviços públicos. De uma forma geral, os autores apontam que é necessário considerar os fatores externos, incluindo neste campo aspectos como liderança, políticas públicas, decretos e portarias, financiamentos que sinalizam a coerência da inovação com orientação da política pública. Quanto ao contexto interno, os autores destacam as características organizacionais, com ênfase na cultura organizacional, adesão e comprometimento de atores-chaves, monitoramento e suporte de treinamento de forma continuada, considerando o nível de desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Sob esse ponto de vista, sabe-se que mudanças importantes aconteceram no país e que foram de encontro à proposta e perspectiva do cuidado defendida pelo Caminhos do Cuidado: “[...] *então, logo após o Caminhos, a política nacional muda, [...] E houve de forma gradual, um desmantelamento, tudo foi terminando*” (Entrevistado C).

O projeto, se analisado quanto aos determinantes da implementação, foi rigorosamente cumprido, as barreiras foram sendo superadas e os fatores facilitadores estavam em perfeita harmonia, uma confluência muito feliz de encontros, pessoas, desejos e aspectos políticos: “[...] *eu diria que, epistemologicamente, nós tínhamos um acordo muito grande*” (Entrevistado E).

“A percepção de que as coisas estavam se realizando sinalizava que não era só utopia e [...] as pessoas que lutaram anos por aquilo [se deram conta] ‘gente, é possível!’. E aquilo dava um gás e ia juntando mais gente. Exatamente isso, era uma coisa louca (Entrevistado C).

Entretanto, a análise dos resultados da inovação nos destinatários, realizado pela AvaliaCaminhos, permite-nos identificar que, mesmo provocando uma abertura inicial para acolher o outro, para incorporar um novo modelo de cuidado, o processo formativo, mesmo sendo um passo fundamental, não foi suficiente para a implementação de uma evidência na prática, tendo encontrado muita dificuldade para se manter como uma referência de cuidado.

Quando os entrevistados foram perguntados sobre o que fariam diferente, as respostas, em sua maioria, apontaram os seguintes: incluir os profissionais de nível superior na formação, contratualizar com os gestores municipais a indução de ações concretas nos territórios em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, e incluir a avaliação no planejamento inicial das ofertas formativas. Sugeriram oferecer mais recursos às ETSUS, fortalecendo-as e tornando-as mais autônomas para que pudessem contribuir, no território, junto à Atenção Primária, a desenhar estratégias que promovessem os processos de implementação de uma ética do cuidado pautado na RD. Por fim, sugeriram fortalecer as comunidades de prática.

Na avaliação do Entrevistado A, as comunidades de prática podem ser um espaço de translação do conhecimento, as

“[...] comunidades práticas, existencialmente, vão trabalhar com compartilhamento de conhecimento e de prática por atores que de alguma forma trabalham com aquela prática e que dentro de uma concepção pedagógica, exercem um papel importante de reflexão, de geração do conhecimento [...] Acho que a comunidade de práticas, ela tem um papel importantíssimo na translação do conhecimento, porque ela abre janelas, abre porosidades de trocas e se bem induzidas na ponta, produzem além da reflexão do campo teórico, a reflexão sobre a prática, com mais indução de educação permanente e com mais possibilidade de você a partir da comunidade de práticas, produzir formação de redes quentes nos territórios”.

Durante a execução do Caminhos do Cuidado, a comunidade de prática proposta para propiciar a troca de experiência não conseguiu promover a adesão esperada, em especial por conta das dificuldades de acesso à internet e da baixa literacia digital por parte de tutores e orientadores. A pactuação de ações concretas no dia a dia, a proposição de intervenções, desde que considerem as realidades do território e da gestão local, podem compor o rol de estratégias que permitam uma maior sustentabilidade na implementação da inovação.

Quando perguntados sobre o que aprenderam com o Caminhos do Cuidado, os atores-chave responderam: “[...] acho que ter coragem”, “[...] pensar o processo do ponto de vista pedagógico e também do ponto de vista organizativo, administrativo e financeiro”, “[que é possível pensar] a redução de danos enquanto uma ética e a questão da produção subjetiva dos sujeitos para a clínica na Atenção Primária”, “[...] fazer uma formação orgânica, capilarizada, que respeita os atores do SUS”, “[...] como fazer um projeto de governança”.

Analisar o projeto *Caminhos do Cuidado* por todas essas dimensões nos permite observar que, no campo da TC, da incorporação de evidências científicas no dia a dia dos trabalhadores, as ações educativas são uma ação fundamental, necessária para tal incorporação, porém, não são suficientes. Mesmo que essa ação educativa tenha se pautado por fortes evidências científicas, tenha experimentado uma feliz confluência entre sua equipe, tenha conseguido atingir todas as metas, tenha sido um modelo pedagógico participativo e dialógico em constante interação com o território, mesmo que barreiras tenham sido enfrentadas com novas tecnologias, a sustentação de um modelo de cuidado, inovação bastante complexa, faz-se, também, a partir de um contexto político e da micropolítica enquanto relações presentes em cada equipe, em cada território.

Se a dificuldade de sustentabilidade já estava apontada em 2016/2017, o que esperar após um período de pandemia e de gestão federal contrária aos princípios defendidos pelo curso? Será que se conseguiu jogar uma semente? Será que, se voltarmos a adubar, será possível germinar? Será que poderá voltar a florir? Será que conseguiremos construir um novo jardim? Perguntas que o tempo, o processo, os investimentos de toda a ordem poderão nos responder num devir. Utilizando as palavras registradas no AvaliaCaminhos “[...]a rede é uma quimera – podia-se ler nesses relatos – e, no entanto, a Rede somos nós; se existimos, se nos conectamos de alguma forma a Rede existe” e as possibilidades de colocar em ato uma utopia também (BRASIL, 2017, p.75).

Pensar que a rede somos nós e, no que ainda pode voltar a florir, exigiria direcionar o olhar para cada contexto específico, para a rede de interações que foram possíveis, para as pessoas, para a gestão local, para as políticas públicas que se fazem em ato. Não é possível ter uma resposta única, não é possível um olhar que individualize, que não considere a complexidade das interações que sempre estão em jogo.

Pensar nesse processo em movimento é pensar no conceito de translação, enquanto “a continuidade de um deslocamento e as transformações que ocorrem no seu curso: deslocamentos de metas e interesses, de atores, de objetos, de inscrições, o qual,

simultaneamente, molda novos espaços de práticas sociais” (GUIMARÃES, 2010, p. 53). Avaliar um processo educativo, avaliar o projeto Caminhos do Cuidado, só pode ser realizado quanto aos fatores envolvidos em sua consecução, nas estratégias para driblar as barreiras, identificar facilidades, localizar parceiros. Enfim, responsabilizar uma ação educativa, exclusivamente para uma mudança na prática do cuidado, é desresponsabilizar as políticas públicas, a gestão, o contexto externo e interno, a confluência de fatores que pode promover um encontro potente, ou não.

Sabe-se que historicamente, vincular a busca da saúde a partir de mudança de comportamento, de hábitos, de “força de vontade” sempre esteve presente no campo da saúde. Não é diferente quando atrelamos a mudança na prática do cuidado, exclusivamente, ao profissional de saúde e propõe-se ofertas educativas para “mudar seu comportamento”.

Esta constatação nos faz refletir sobre a importância de termos um olhar abrangente para as diversas interações que se colocam em rede, em movimento. Importante não limitar a análise ao exercício da vontade individual, desvinculando-o de toda uma rede de saberes e poderes que interferem na incorporação de uma nova prática, inovação ou evidência científica a partir do momento em que esse profissional recebe as novas orientações. Muitas vezes, essa ênfase só faz aumentar a culpabilização do profissional e “desobriga” a gestão, em todas as suas instâncias, de ter clareza e planejamento amplo das ações necessárias (de curto, médio e longo prazo) para decidir pela adoção, implementação e sustentabilidade.

As ações educativas são estratégias importantes, não há o que se duvidar, para a incorporação de uma inovação no campo da saúde, entretanto, não são suficientes. Para que se tornem efetivas na contribuição para a incorporação das inovações no campo da saúde, necessitam de planejamento cuidadoso a partir de alguns critérios pedagógicos, além da necessidade de analisar se a inovação apresenta uma evidência forte, se o contexto externo é amistoso, se as orientações políticas são coerentes com a proposta, se o ambiente interno e as relações ali existentes permitem mudanças, se os indivíduos estão abertos a essas mudanças e se o planejamento para implementar a inovação é consistente.

Importante considerar, como já apresentado nesse trabalho, que existem inovações simples que podem, sim, se beneficiar muito da adoção exclusivamente pelo indivíduo. Entretanto, inovações no campo da saúde mental, que envolvem mudança de prática, de olhar, de modelo de cuidado, são inovações complexas e, portanto, mesmo que a ação de formação e adoção tenha sido muito bem-sucedida, não será suficiente para garantir a sustentabilidade. É

imperativo incluir, considerar, denunciar outras interferências que sempre estarão presentes e em interação contínua.

Optamos por apresentar, nas considerações finais, a sistematização de algumas reflexões construídas a partir dessa pesquisa, objetivando contribuir com futuros projetos de implementação no campo da saúde mental. A escolha ocorre tendo em vista ser um exercício reflexivo, a partir de um estudo de caso exploratório, e que não há nada de definitivo, mas alguns indícios que nos apontam para algumas dimensões que podem tornar o caminho menos sinuoso em direção a um itinerário de inclusão de uma ética do cuidado no campo da saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei esse trabalho afirmando que o mundo necessita ser visto a partir do paradigma da complexidade, de conhecimentos multidimensionais, da resignificação do cuidado e do autocuidado, do desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, para as práticas colaborativas, para um conceito integral de saúde em que a tradicional separação entre saúde física e mental seja abandonada. Falar desse mundo é falar de um mundo em que as evidências científicas precisam chegar ao dia a dia do trabalho e da vida, garantindo maior equidade a todos, entretanto, o mundo complexo também está presente no movimento do conhecimento, ele também é marcado pelas múltiplas relações, interações, que o atravessam, assim como anos.

Sendo assim, importante reconhecer os meus atravessamentos, reconhecer que escrevo a partir do meu lugar de profissional da saúde, de trabalhadora de uma ETSUS, de alguém que viveu e ainda vive no corpo a intensidade de uma pandemia, de um mundo que, por vezes, não reconheço. É desse lugar e sob esse ponto de vista que me é possível depreender e apreender com o mergulho no entrelaçamento dos campos da saúde mental, formação de trabalhadores da saúde e Translação de Conhecimento.

O campo da Saúde Mental é marcado por estigmas e por uma longa história de lutas por direitos humanos. Incorporar ao dia a dia dos profissionais de saúde uma nova prática de cuidado em saúde mental, amparada no acolhimento, no respeito as singularidades, na autonomia dos sujeitos, como o que propõe a RD, é da ordem da incorporação de uma inovação complexa.

Importante também considerar as especificidades do campo da saúde mental, as sutilezas envolvidas num cuidado que ultrapassa os limites da doença, que sinaliza para as possibilidades da vida. Nas palavras de um dos entrevistados, “[...] o campo da saúde mental tem muita dificuldade de encontrar evidências, de mostrar os efeitos do que faz, mostrar uma evidência, olha, o cuidado está aqui [...] quando eu penso [que] atenção psicossocial é o resultado da qualidade de vida e que qualidade de vida [diz respeito] há maiores conexões, laços com a vida [como demonstrar]” (Entrevistado B).

Essa especificidade do campo, também está presente quando se pensa no processo de formação dos profissionais de saúde e na TC, na incorporação de uma prática de cuidado que preza por uma lógica da singularidade, da subjetividade, pela relevância das relações que se constrói no território, em rede, em movimento e, de métodos e instrumentos que podem

encontrar evidências de seus efeitos, tendo como referência um paradigma de ciência não tradicional.

Sendo assim, pensar a Translação do Conhecimento, a Ciência da Implementação e a pesquisa de implementação é se debruçar, a partir de um olhar sutil, observando aspectos quase imperceptíveis das interações que em ato se colocam presentes. O movimento desse campo de conhecimento tem sido buscar modelos, estruturas, *frameworks* que possam nos dar alguma pista ou descrever o que existe em comum nos diversos cenários. A tarefa não tem sido fácil, talvez porque mapear interações, confluências em movimento, exija novas estratégias frente a essa complexidade.

Olhar para o lugar dos processos formativos nesse contexto de incorporação das evidências científicas é olhar para uma parte desse processo. É necessário ficar atento para não sermos capturados pela lógica que individualiza, culpabiliza e desresponsabiliza os outros atores envolvidos no processo de Translação do Conhecimento. As ofertas de formação em saúde, não há dúvida, contribuem com a translação de evidências científicas, desde que sejam propostas e adequadas pedagogicamente ao contexto, à maturação da inovação, ao planejamento para implementação e a estratégias de sustentação.

Entre esses diversos fatores, merecem destaque aqueles que envolvem as relações de micropolítica, presentes em todos os cenários. Relações que estão presentes, mas insistem em se fazer invisíveis, exigindo um olhar cuidadoso, atento, para mapear relações, afetos, poder, que potencializam ou desqualificam a incorporação de uma inovação. E, não podemos desconsiderar entre os fatores, aqueles relacionados às políticas públicas que, de forma proposital, insistem em não ganhar o destaque necessário, insistem em se esquivar apostando em condutas individualizantes.

A análise do projeto Caminhos do Cuidado, por toda sua dimensão, permitiu-nos observar um pouco desse movimento. Encontramos um contexto externo, em que a narrativa, a partir de uma política do medo, exigia uma resposta da gestão. A resposta vem, entre outras ações, com financiamento bastante significativo, que viabilizou a capilaridade, a construção do material, a formação de orientadores e tutores, e demais estratégias de logística para que a ação pudesse ocorrer simultaneamente em todo o país. Enfim, viabilizou as condições para que o *Caminhos do Cuidado* pudesse contribuir com a implementação de uma nova lógica de cuidado. A viabilidade financeira encontrou uma equipe mobilizada, desejosa de colocar na rua seus princípios, concepções e práticas de cuidado pautadas pela ética, que já defendia, há algum tempo, “[...] um encontro pra lá de potente”. Essa equipe mobilizada, potente, tecnicamente

capaz vai desenhando uma formação a partir dos princípios do SUS, das políticas de Saúde de Mental, da Atenção Primária, da Educação Permanente em Saúde, além de estratégias tecnológicas e de governança que, conseqüentemente, produz movimentos de capilarização e de afetação em todos os atores envolvidos que foram muito significativos. Entretanto, o mundo é complexo e as relações de poder presentes na micropolítica dos espaços de saúde, nas mudanças organizacionais realizadas ou não realizadas, e na gestão da política pública produzem interferências para a efetiva incorporação e sustentação de uma inovação.

A feliz e potente confluência de fatores que permitiu que o projeto *Caminhos do Cuidado* ultrapassasse suas metas e se tornasse uma referência de ação educacional na temática da saúde mental não significa que o mesmo tem força suficiente para produzir e manter os mesmos efeitos nos diversos territórios. Estes, os diversos territórios, estão sujeitos a relações de força e a interações pessoais que ali se estabelecem. Em que pese, importante frisar, que os processos de implementação são condição *sine qua non* para facilitar a translação do conhecimento. Se estes, forem mal executados, comprometem a incorporação da inovação, não pelo efeito da inovação, mas pelo próprio processo de implementação, situação contrária ao que observamos na execução do projeto *Caminhos do Cuidado*.

Ou seja, é preciso reconhecer que a Translação do Conhecimento é um construto teórico-conceitual e tem seu “fechamento” de ciclo com a implementação, que, por sua vez, envolve a avaliação de necessidades, equipe, planejamento, adaptação de estratégias e engajamento dos atores, inclusive o engajamento dos atores de cada território.

Se analisarmos o Projeto Caminhos do Cuidado, sob a perspectiva dos determinantes da implementação, observaremos que eles foram rigorosamente cumpridos, as barreiras foram sendo superadas e os fatores facilitadores estavam em perfeita harmonia, uma confluência muito feliz de encontros, pessoas, desejos e aspectos políticos. No entanto, se analisado quanto aos determinantes da inovação (experiência do destinatário) o processo formativo, mesmo sendo um passo fundamental, não foi suficiente para a implementação da evidência na prática, tendo encontrado muita dificuldade para se manter como uma referência de cuidado.

Essa constatação reforça a tese de que os processos de formação são ações importantes no campo da Translação do Conhecimento, em especial, no campo da saúde mental, mas não são suficientes para promover a incorporação de práticas complexas, como as que envolve o cuidado em saúde. Para que seja possível a incorporação de uma nova prática de cuidado é fundamental uma análise cuidadosa sobre a adoção da inovação, um planejamento rigoroso para sua implementação, o levantamento de barreiras e facilitadores e de ações de sustentabilidade.

Ou seja, os processos de TC exigem a participação da gestão, a pactuação de fluxos, a organização do serviço, o planejamento a longo prazo. As ações de formação devem ser entendidas como uma das atividades a serem desenvolvidas, jamais a única. Somente a interação e o compromisso dos vários atores envolvidos no campo da saúde poderão promover a TC de inovações complexas no campo da saúde mental de forma sustentável.

Mesmo reconhecendo os diversos fatores e processos envolvidos na TC, justifica-se a sistematização de alguns aspectos que podem contribuir com projetos futuros de formação no campo da saúde mental. Ressaltando, sempre, que as ações formativas são uma das ações, não a única, mas, de fato, extremamente importante quando se pretende desenvolver novas habilidades e competências para favorecer mudanças nas práticas de cuidado.

Portanto, se após a análise inicial, houve a decisão pela incorporação de uma inovação, e a ação de formação é uma das estratégias, busque planejar as ações de formação articuladas e pactuadas com a gestão, inclusive com mudanças sustentáveis no ambiente de trabalho.

O planejamento é uma tarefa importante do processo. Dedicar-se a entender melhor os detalhes da inovação, como ela pode responder às necessidades mapeadas, quais aos recursos disponíveis, quais as barreiras e facilitadores para a implementação da ação, identificar um *framework* capaz de contribuir com a preparação da implementação, são atividades importantes.

Planejar estratégias para a sustentação da incorporação na prática diária é bastante relevante. Quando essas estratégias estão planejadas desde o início, aumenta-se a possibilidade de sua adoção ao longo do processo de implementação. É sempre válido arriscar novas estratégias, em especial, aquelas que envolvem trocas, compartilhamentos, encontros, seja por meio de espaços virtuais ou presenciais, afinal, o que movimenta o conhecimento são as pessoas, já nos alertava Latour.

Outra ação importante está amparada na lógica da Educação Permanente em Saúde, é importante discutir e levantar as necessidades de formação com os destinatários da ação, envolvê-los, ouvi-los, trazer as necessidades reais do trabalho e construir de forma coletiva. O caminho e a possibilidade de incorporar um novo conhecimento passa, inevitavelmente, pela abertura para essa escuta, e a possibilidade de que essa escuta ocorra a partir de práticas prescritivas se torna mais reduzida. A mesma lógica cabe para a equipe envolvida na ação, é importante criar espaços de intenso diálogo e de vivência da construção compartilhada.

Como já amplamente apresentado nesse trabalho o campo da saúde mental aponta para a intensa necessidade de respeito às pessoas, seus modos de vida, as relações estabelecidas no território, a construção de redes solidárias, e acolher essa perspectiva requer mudanças de atitudes, de valores, de posicionamento na vida. Portanto, incluir na organização da formação espaços de reflexão, utilizar metodologias ativas de aprendizagem, criar espaço para que o medo, o estigma e o preconceito em relação aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas possam ser verbalizados pode aumentar as chances de ressignificação.

Para implementar mudanças complexas no campo da saúde, é imprescindível incluir todos os atores, nesse sentido, organizar ofertas de formação que envolvam todos os trabalhadores de um serviço pode favorecer a incorporação na prática do serviço. Formar apenas um grupo de trabalhadores pode provocar um grande tensionamento na equipe e, assim, dificultar a implementação. A experiência do *Caminhos do Cuidado* nos permitiu observar que, mesmo o profissional de nível médio tendo se tornado mais aberto a uma prática de cuidado mais acolhedora, a ausência de interlocução no espaço do trabalho não permitiu que se observasse mudanças sustentáveis na prática dos serviços.

A análise da TC, identificar se a inovação foi incorporada, só é possível a partir de análises em cada território, do acompanhamento e monitoramento sensível dos fatores que facilitaram, dificultaram ou mesmo impediram a TC a partir dos atravessamentos a que estamos sujeitos o tempo todo. Afinal, estamos num mundo complexo, de múltiplas interações, e as pessoas carregam essa multiplicidade, tornando-se vetores de maior ou menor incorporação das inovações.

Com certeza, essas são perguntas que exigem análises locais, exigem projetos de pesquisa de implementação que consigam mapear as sutilezas, as relações “invisíveis” que no espaço da micropolítica, no ambiente interno, têm força. Para tanto, é importante reconhecer que, nos processos de implementação, a participação de diferentes coletivos e de pessoas que conhecem as realidades locais são fundamentais.

As Escolas Técnicas do SUS estão neste lugar institucional, entre o território e suas necessidades, entre as políticas públicas e as novas evidências. Um lugar de fronteira permeado por tensões, mas também um *locus* potencial para o diálogo, para a articulação entre as produções científicas e os profissionais de saúde, podendo contribuir para a construção de uma nova lógica de cuidado no campo da saúde mental.

Bem, iniciei esse trabalho com algumas perguntas e, agora, ao concluí-lo, me faço novas perguntas, entre elas estão: em que momento do planejamento da implementação de uma inovação está o processo formativo? Como a Inteligência Artificial vai atravessar a TC? Como a formação pode ampliar seu campo de atuação, atuando em estratégias de planejamento, articulação política, sustentabilidade? Como pensar na perspectiva de aprendizagem ao longo da vida (blocos de aprendizagem)? Claramente perguntas que me mobilizam, perguntas que podem e devem ser respondidas pelo novo campo de conhecimento que se abriu com a TC e CI.

Sendo assim, concluo esse trabalho com a certeza de que ainda temos um campo muito vasto a ser explorado. Observar detalhadamente, descrever, encontrar pontos comuns, organizar esses pontos em estruturas operacionais que nos ajudem em outros contextos de implementação, mapear contextos externos, não nos permitir ser capturados pela simplificação é uma tarefa de todos nós, é uma tarefa da ciência. Quando essa tarefa se debruça sob inovações complexas do campo da saúde que envolvem mudança no modelo de cuidado, ética e respeito ao outro, acolhida a toda forma de sofrimento, reconhecimento de que “não há saúde sem saúde mental”, é necessário incluir todos os fatores que facilitam ou dificultam essa nova prática.

A oferta de ações educativas, mesmo quando muito bem concebidas, planejadas e implementadas, nunca será suficiente. Sempre estará atrelada às orientações e diretrizes da política pública, às relações que se estabelecem no dia a dia das relações, nas redes que conseguimos manter vivas e pulsantes. Para nosso conforto, a rede somos nós e a alimentação e retroalimentação do processo se dá no devir da vida, num mundo complexo.

Um mundo complexo, em constante transformação, que não sei como irá acolher essa tese. Pergunto-me se ela já está ultrapassada, se o campo da formação, da saúde mental, da Translação do Conhecimento continua o mesmo com as mudanças provocadas pela pandemia, pela inteligência artificial, pelas formas de apreensão e aplicação do conhecimento. Não tenho como saber, o que me cabe, então, é recorrer a Rubem Alves (2004), e buscar a alegria dos “[...] adultos que voltaram a ser crianças e que sabem que a vida é uma grande brincadeira...”

Sigo assim, brincando e aprendendo com a vida!

REFERÊNCIAS

- AARONS, G. A.; HURLBURT M.; HORWITZ, S. M. Advancing a concept model of evidence-based practice implementation in public service sectors. **Adm Policy Ment Health**, [s. l.], v. 38, p. 4–23, Jan. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-010-0327-7#article-info>. Acesso em: 6 jul. 2023.
- ACKERLEY, C. What's in a Word? unpacking the communicative implications of knowledge translation as a term. **Stream: Interdisciplinary Journal of Communication**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 26-44, Sept. 2017. DOI: <https://doi.org/10.21810/strm.v9i2.237>. Disponível em: Acesso em: 1 mar. 2021.
- ALMEIDA, E. S. Impactos da nova Política de Saúde mental Brasileira sobre o cuidado psicossocial: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 13, p. 1-12, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35890>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/35890/30034/396266>. Acesso em: 10 mar. 2023.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>. Disponível em: scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2020.
- ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 10. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. (org.). **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro e Editora, 2008.
- ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **Journal of the American Institute of planners**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 216-224, 1969. DOI: 10.1080/01944366908977225. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F01944366908977225>. Acesso em: 6 jul. 2023.
- BARWICK, M.; DUBROWSKI, R.; PETRICCA, K. **Knowledge translation: the rise of implementation**. Washington, DC: American Institutes for Research, 2020.
- BASSINELLO, G. A. H; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de lembrar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. p. 620-626, jul./ago. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400022>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/wbP4VdmyfDLMRPjBXrmjm4M/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2017.

BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BAUER, M. S.; KIRCHNER, J. Implementation Science: what is it and why should i care? **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 283, n. 112376, p. 1-6, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31036287/>. Acesso em: 6 jul. 2023.

BAUER, M. S. *et al.* An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMCPsychology**, [s. l.], v. 3, n. 32, p. 1-12, Sept. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>. Disponível em: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-015-0089-9>. Acesso em: 8 mar. 2021.

BIRKEN, S. A. *et al.* Advancing understanding and identifying strategies for sustaining evidence-based practices: a review of reviews. **Implementation Science**, [s. l.], v. 15, n. 88, p. 1-13, Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01040-9>. Disponível em : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01040-9>. Acesso em : 6 jul. 2023.

BOMFIM, R. A. (org.). **Introdução à ciência da implementação para profissionais de saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2021.

BORGES, F. T. *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400020. Acesso em: 8 dez. 2020.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento I: de Gutenberg a Diderot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento II: da enciclopédia à Wikipédia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final**. Brasília, DF: [s. n.], 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 6 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf. Acesso em: 6 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, 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**: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 32, p. 37-42, 16 fev. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 96, p. 43, 21 maio 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 138, p. 79-80, 20 jul. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Caminhos do Cuidado**: caderno do aluno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 132 p. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.fiocruz.br/bitstream/handle/handle/669/Caderno%2>

Odo%20aluno.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 1 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Caminhos do Cuidado:** caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 180 p. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.fiocruz.br/bitstream/handle/handle/574/Caderno%20do%20tutor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Guia de Saúde Mental:** atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://www.mpgp.mp.br/portal/arquivos/2019/09/20/12_25_41_614_guia_saude_mental_2ed_web.pdf. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos do Cuidado:** formação de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da saúde da família – em saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF: [s. l.], 2013d. (Primeira versão do projeto – não há edição impressa/digital).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013e. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos do cuidado:** formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da atenção básica: relatório 2014. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas de Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade jurídica com usuários e dependentes de drogas.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. Disponível em: https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Atividade_Judici%C3%A1ria_com_Usu%C3%A1rios_e_Dependentes_de_Drogas.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos do Cuidado:** relatório 2016. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Avalia Caminhos.** [S. l.: s. n.], 2017.

BRASIL. 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? rev. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Relatório Final do Projeto Caminhos do Cuidado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2018. Disponível em:

https://repositorio.observatoriodocuidado.fiocruz.br/bitstream/handle/handle/1696/Relatorio2017Tecnico_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 de out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 163, p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10473.htm. Acesso em: 10 out. 2022.

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH. **Knowledge Translation at CIHR**. [S. l.], 28 jul. 2016. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html#7>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CASTRO, J.; SANTANA, J.; NOGUEIRA, R. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002. 128 p.

CERRUTI, A. C. **Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do município de São Paulo, 17 anos de história**: “na corda bamba e sem sombrinha”. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36606>. Acesso em: 1 nov. 2020.

CHARLSON, F. *et al.* Implementation of the mental health Gap Action Programme (mhGAP) within the Fijian Healthcare System: a mixed-methods evaluation. **International Journal of Mental Health Systems**, [s. l.], v. 13, n. 43, p. 1-10, June 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0301-z>. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-0301-z>. Acesso em: 8 jul. 2023.

CHAULAGAIN, A. *et al.* WHO mental health Gap Action Programme intervention guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study. **International Journal of Mental Health Systems**, [s. l.], v. 14, n. 47, p. 1-17, June 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-02000379-2>. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00379-2>. Acesso em: 16 nov. 2020.

COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS, H. Brief history of global mental health. *In*: PATEL, V. *et al.* (ed.). **Global Mental Health**: principles and practice. Oxford: Oxford University Press, 2014. cap. 1, p. 3-26.

COLLINS, P. Y. *et al.* Research priorities, capacity, and networks in global mental health. *In*: PATEL, V. *et al.* (ed.). **Global Mental Health**: principles and practice. Oxford: Oxford University Press, 2014. cap. 19, p. 425-449.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. cap, 8, p. 141-168. (Coleção Loucura & Civilização).

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. *In*: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (org.). **Psicologia Social**: temas em debate. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008, p. 109-126.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F5vfm6dCsVbm9qfngypZ54t/?lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2023.

DAMSCHRODER, L.J. Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 283, n. 112461, p. 1-6, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178119307541?via%3Dihub>. Acesso em: 8 jul. 2023.

DAMSCHRODER, L. J.; HAGEDORN, H. J. A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. **Psychology of Addictive Behaviors**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 194-205, June 2011. DOI: 10.1037/a0022284. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21443291/>. Acesso em: 8 jul. 2023.

DAMSCHRODER, L. J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings in practice: a consolidated framework for advancing the science of implementation. **Implementation Science**, [s. l.], v. 4, n. 50, Aug. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>. Acesso em: 8 jul. 2023.

DAMSCHRODER, L. J. *et al.* Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. **Implementation Science**, [s. l.], v. 17, n. 7, p. 1-10, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-021-01181-5>. Acesso em : 8 jul. 2023.

DESJARLAIS, R. *et al.* **World Mental Health**: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.

DESLANDES, S. f.; GOMES R.; MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to implementation Science. **Implementation Science**, [s. l.], v. 1, n. 1, Feb. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-1-1>. Acesso em: 8 jul. 2023.

FERREIRA, I. F. R. O paradigma da redução de danos na clínica de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. **Boletim de Análise Político-Institucional**, [s. l.], n. 18, p. 71-79, dez. 2018. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8882/1/bapi_18_cap_8.pdf. Acesso em: 11 jan. 2023.

FORMAN, S. G. *et al.* Implementation science and school psychology. **School Psychology Quarterly**, [s. l.], v. 28, n. 2, p.77-100, Apr. 2013. DOI: 10.1037/spq0000019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23586516/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-230, out. 1997.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, jan./jun. 2006.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, [s. l.], v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, Dec. 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112623/>. Acesso em: 1 fev. 2021.

GARCIA, F. D. O.; FERNADES, I. F. A. L. A importância do matricimaneto para funcionamento da rede de atenção psicossocial – RAPS: fortalecendo a atenção básica no território de São Mateus. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 207-223, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/11376>. Acesso em: 10 mar. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAHAM, I. D. *et al.* Lost in knowledge translation: time for a map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006. DOI: 10.1002/chp.47. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16557505/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

GREEN, L. W. *et al.* Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration. **Frontiers in Public Health Services & Systems Research**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 1–9, 2014. DOI: 10.13023/FPHSSR.0301.03. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524659/>. Acesso em: 8 jul. 2023.

GREENHALGH, T. *et al.* Diffusion of Innovations in Service Organizations: systematic review and recommendations. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 82, n. 4, p. 581-629, Dec. 2004. DOI: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>. Acesso em: 8 jul. 2023.

GRYSCHER, A. L. *et al.* Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200009>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 dez. 2020.

GUIMARÃES, M. C. S. Entre o superlativo e o diminutivo: as tecnologias a serviço da difusão da informação científica. *In*: MANDARINO, A. C.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. Disponível em:
<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4047> Acesso em 12/07/2019. Acesso em: 29 abr. 2022.

GUIMARÃES, M. C. S. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 26, p. 50-58, Jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100006>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/N64LhMNzQs4M8kDZBm3n9Vy/?lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2022.

GUREJE, O.; STEIN, D. J. Disorders, diagnosis, and classification. *In*: PATEL, V. *et al.* (ed.). **Global Mental Health: principles and practice**. Oxford: Oxford University Press, 2014. cap. 2, p. 27-40. ISBN: 978-0-19-992018-1.

HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. *In*: PORTOCARRERON, V.; (org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

HOLMES, E. A. *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 547-560, June 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32304649/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KAKUMA, R. *et al.* Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. **Lancet**, [s. l.], v. 378, n. 9803, p. 1654-63, Nov. 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3). Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008420/>. Acesso em: 8 jul. 2023.

KAKUMA, R.; MINAS, H.; DAL POZ, M. Strategies for strengthening human resources for mental health. *In*: PATEL, V. *et al.* (ed.). **Global Mental Health: principles and practice**. Oxford: Oxford University Press, 2013. cap. 10, p. 193-223.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *In*: CONGRESSO LIBERO-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA 4., 2015. Aracaju. **Atas** [...]. Sergipe: Universidade Tiradentes, 2015. Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>. Acesso em: 9 jul. 2023.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANCETTI, A. Síntese metodológica. *In*: LANCETTI, A *et al.* (org.) **Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-120.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LATOUR, B. “Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência”. In: Nunes, J. A., Roque, R. (org.). **Objectos impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência**. Porto: Edição Afrontamento: Biblioteca das Ciências Sociais, 2008. cap. 1, p. 39-61.

LATOUR, B. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator–Rede**. Salvador: EDUFBA; Bauru: EDUSC, 2012.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LE BON, G. **Psicologia das Multidões**. [S. l.]: Presses Universitaires de France, 1980. Edição Roger Delraux.

LE, P. D. *et al.* Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review using implementation science frameworks. **Implementation Science**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 1-25, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01179-z>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-021-01179-z>. Acesso em: 9 jul. 2023.

LIMA, J. *et al.* **Memória da educação profissional em saúde no Brasil: anos 1980 -1990**. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/ResultadoPesquisa/rp8.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2009.

LYON, A. R. *et al.* Developing the mental health workforce: review and application of training approaches from multiple disciplines. **Adm Policy Ment Health**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 238-253, July 2011. DOI: 10.1007/s10488-010-0331-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21190075/>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MACHADO, F. V. *et al.* Educar, intervir e avaliar em saúde: análises dos itinerários formativos do projeto Caminhos do Cuidado. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 111-127, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n1p111-127>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2489>. Acesso em: 9 jul. 2023.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M. S.; SILVA, C. H.; LAGUARDIA, J. Conceito e modelos de ‘knowledge translation’ na área de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 225-246, jan./mar. 2020. DOI: 10.29397/reciis.v14i1.1677. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1677>. Acesso em: 9 jul. 2023.

MATEUS, M. D. *et al.* The Mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **International Journal of Mental Health Systems**, [s. l.], v. 2, n. 12, Sept. 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>. Disponível em:
<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-2-12>. Acesso em: 9 jul. 2023.

MCCREADIE, M; RICE, R. E. Trends in analyzing access to information. Part I: cross-disciplinary conceptualizations of access. **Information Processing & Management**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 45-76, Jan. 1999. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306457398000375>. Acesso em: 8 fev. 2023.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESQUITA, F. C. **Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos – Estado de São Paulo – Brasil**. 2001. 191 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-31032020-110246/pt-br.php>. Acesso em: 9 jul. 2023.

MOREL, R. L. M. **Ciência e Estado: a política científica no Brasil**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979, p. xv-22.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. 3. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 2002.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 8. ed. rev. e modificada pelo autor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MONTENEGRO, Y. F. L.; BRILHANTE, A. V. M.; MUNGUBA, M. C. Paradoxo nas políticas sobre drogas: embates discursivos sobre a Lei 13.840/2019 em portais de notícia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210064>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tjXJFgJzLfHsJB5PLQ5y44d/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2023.

NOAL, D.; PASSOS, M.; FREITAS, C. (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2020. 342 p. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44264/2/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

NORONHA FILHO, A. Educação profissional em saúde: o PROFAE proposta neoinstitucional. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís. **Anais [...]** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2009. Disponível em:
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/11_educacao/educacao-profissional-emsau-de-o-profae-proposta-neo-institucional.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

OLIVA, A. Kuhn: o normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade científica. In: PORTOCARRERO, V. (org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências: as abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. cap. 3, p. 67-102.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Estratégia e plano para a saúde mental. *In*: CONSELHO DIRETOR, 49., SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL, 61., 2009, Washington, D.C. **CD49/11**. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2009. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33930/CD49-11-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 8 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trabalhando juntos pela Saúde**: relatório mundial de saúde 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_inicio.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Depressão**. Brasília, DF, [201-?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 25 jan. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Strategy on substance use and public health**. *In*: DIRECTING COUNCIL, 50.; SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE, 62., Oct. 2010. Washington, D.C. **CD50/18**. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/cd5018-2010-strategy-substance-use-and-public-health>. Acesso em: 8 jan. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Plan of action on psychoactive substance use and public health. *In*: SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE, 148., June 2011. Washington, D.C. **CE148/12**. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/ce14812-substance-use-plan-action-psychoactive-substance-use-and-public-health>. Acesso em: 8 jan. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Plano de ação sobre saúde mental. *In*: CONSELHO DIRETOR, 53.; SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, 66., 2014. Washington, D.C. **CD53/8**. Washington, D.C.: PAHO/WHO, 2014. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-8-p.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **MI-mhGAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096>. Acesso em: 8 jan. 2021.

PAPINI, P. A *et al.* **Notas sobre as reduções de danos no Caminhos do Cuidado**. [S. l.: s. n], 2017.

PEIXOTO-PINTO, E. E. *et al.* Desdobramentos da educação Permanente em Saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-98, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kmcXdbfTgjKsBGG3xzShPGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2023.

PEREIRA, M. C. K. R.; FELIPPE, A. M. Internação involuntária: discussões sobre os impactos da Lei 13.840/2019 no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. **Cadernos de Psicologia**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 394-418, 2020. Disponível em: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2847>. Acesso em: 8 fev. 2022.

PETERSEN, I. *et al.* Scaling up integrated primary mental health in six low- and middleincome countries: obstacles, synergies and implications for systems reform. **BJPsych Open**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 1-8, Sept. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.7>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/scaling-up-integrated-primary-mental-health-in-six-low-and-middleincome-countries-obstacles-synergies-and-implications-for-systems-reform/10C32D247A9A27B3405EBD0200C31E55>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. *In*: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

PETUCO, D. R. S.; MEDEIROS, R. G. **Saúde Mental, Álcool e outras drogas: contribuições à IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. [S. l.: s. n.], 2010. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf. Acesso em: 9 jul. 2023.

PHILLIPSON, L. *et al.* Applying knowledge translation concepts and strategies in dementia care education for health professionals: recommendations from a narrative literature review. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 74-81, 2016. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954249/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PORTELA, G. Z. *et al.* Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02702017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702237&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 jan. 2021.

PRINCE, M. J. *et al.* Mental health and the global health and development agendas. *In*: PATEL, V. *et al.* (ed.). **Global Mental Health: principles and practice**. Oxford: Oxford University Press, 2014. cap. 6, p. 102-115. ISBN: 978-0-19-992018-1.

PRONKO, M. *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26282>. Acesso em: 23 jan. 2021.

REZENDE, M. A. **Caminhos do cuidado: uma análise da formação do currículo emsaúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem**. 2017. 211 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/4391>. Acesso em: 9 jul. 2023.

RODRIGES, E. V. **Ensaio cartográfico, relatando a vivência da implantação de um projeto de educação permanente: o projeto Caminhos do Cuidado**. 2014. 40 f. Monografia (Especialização em Formação integrada multiprofissional em educação e Ensino da saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/115473>. Acesso em: 08 fev. 2021.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. Nova York, NY: Free Press, 2003.

ROWE, G.; FREWER, L. J. A typology of public engagement mechanisms. **Science Technology Human Values**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 251-290, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1177/0162243904271724>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0162243904271724>. Acesso em: 9 jul. 2023.

RUAS, C. **Caminhos do Cuidado**: passo a passo. Desenho Inicial do Projeto - expectativas e objetivos, 2013. Documento/circular interna do Projeto, sem publicação.

RUAS, E. C. M. A comunicação inclusiva como princípio de conversa para a educação permanente no SUS: o projeto aminhos do Cuidado como laboratório. **Comun. & Inf**, Goiânia, v. 20, n. 3, p. 84-98, out./dez. 2017. Disponível em: https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2018/01/pdf_dc14cdbec0_0000028925.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

RUAS, E. C. M.; ALMEIDA, A. M. P.; SANTOS, P. Análise do curso “Caminhos do Cuidado”: Mudanças das práticas de cuidado e capacitação. **Indagatio Didactica**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 183-205, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.34624/id.v12i3.20067>. Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/20067>. Acesso em: 9 jul. 2023.

SAFAEINILI N. *et al.* CFIR simplified: pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. **Learn Health Systems**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 1-9, Sept. 2009. DOI: 10.1002/lrh2.10201. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/lrh2.10201>. Acesso em: 9 jul. 2023.

SAHIN, I. Detailed review of Rogers’ diffusion of innovations theory and educational technology-related studies based on Rogers’. **The Turkish Online Journal of Educational Technology – TOJET**, v. 5, n. 2, p. 14-23, Apr. 2006. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1102473.pdf>. Acesso em: 16 nov 2022.

SAMPSON, U. K. *et al.* Implementation research: the fourth movement of the unfinished translation research symphony. **Global Heart**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 153-158, Mar. 2016. DOI: 10.1016/j.gheart.2016.01.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27102036/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SANTOS, B. de S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, [s. l.], 1988. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8489/10040>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 995-1015, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FvQTcRD6BZBj7yr86kHtkKP/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2023.

SÁ-SILVA, R. J.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [s. l.], ano 1, n. 1, p. 1-14, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 9 jul. 2023.

STANHOPE, V.; TUCHMAN, E.; SINCLAIR, W. The implementation of mental health evidence based practices from the educator, clinician and researcher perspective. **Clinical Social Work Journal**, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 369-378, Dec. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0309-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-010-0309-y>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SÓRIO, R. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. **Formação**, Brasília, DF, v. 2, n. 5, p. 45-58, maio 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2005.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

STORER, N. A Internacionalidade da ciência e a nacionalidade dos cientistas. *In*: BEN-DAVID, J. et al. **Sociologia da ciência**. Rio de Janeiro: FGV, 1975. p. 115-136.

TARDE, G. **A opinião e as massas**. Tradução: Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

TARDE, G. **Monadologia e Sociologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

TORRES, O. M. *et al.* Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental na Atenção Básica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 19, p. 77-96, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69051/41532>. Acesso em: 9 jul. 2023.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 1041-1050, Mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcmYvnBmPXLznnMN/?lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2023.

VELHO, L. Conceitos de Ciência e a Política Científica, Tecnológica e de Inovação. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 13, n. 26, p. 128-153, jan./abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/q5SC5wGHhpGpzL86NZyDgDS/?format=pdf>. Acesso em: 9 jul. 2023.

VOLKOW, N. D. *et al.* Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 213-214, June 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20428>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20428>. Acesso em: 9 jul. 2023.

WANDEKOKEN, K. D.; BORGES, L. H.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Desafios na Produção do Cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, DF, edição especial, p. 37-53, fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23318>. Acesso em: 9 jul. 2023.

WAKIDA, E. K. et al. Barreiras e facilitadores para a integração dos serviços de saúde mental na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Systematic Reviews**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 211, nov. 2018. DOI: 10.1186/s13643-018-0882-7. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0882-7>. Acesso em: 9 jul. 2023.

WALLIN, L. Knowledge translation and implementation research in nursing. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 576-587, Apr. 2009. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18674761/>. Acesso em: 9 jul. 2023.

WILSDON, J. WILLIS, R. **See-through Science**: why public engagement needs to move upstream. London: HenDI Systems, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, and substance use disorders**. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2020**. Geneva: WHO, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Knowledge translation**. [S. l.], 2021b. Disponível em: https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/en/. Acesso em: 25 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030**. Geneve: WHO, 2021c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 5. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2015. 290 p.

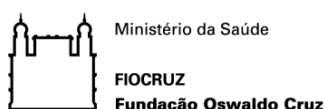
APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE

Perguntas disparadoras:

1. Como foi identificado que existia um problema a ser enfrentado na formação de técnicos e Auxiliares de enfermagem e ACS no campo da Saúde Mental (álcool e outras drogas)? Quem (setores, instituições, pesquisadores) participaram da discussão?
2. Qual/quais o(s) objetivo(s) do projeto? Qual a expectativa de resultados?
3. Como foi o processo de construção das estratégias para atingir o(s) objetivo(s) do projeto? Foram levantadas barreiras potenciais e estratégias para driblá-las?
4. Sobre a construção do material utilizado na formação. Como foi o processo de construção? Quem participou? Houve adequações para as diferenças regionais do Brasil?
5. O que se sabe sobre o que aconteceu após a conclusão do projeto?
6. Na sua opinião, qual o aprendizado que o Caminhos do cuidado deixou? Se fosse possível reproduzir um projeto nessas dimensões o que você faria diferente? .



APÊNDICE B - REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “TRANSLAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: O LUGAR DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO”, sob a responsabilidade da pesquisadora Elzimar Evangelista Peixoto Pinto, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), sob a supervisão de Maria Cristina Soares Guimarães.

O convite se deve ao fato da sua participação ativa na concepção, organização e/ou implementação do **Projeto Caminhos do Cuidado Formação em Saúde Mental – Crack, Álcool e outras Drogas**. Seu nome foi identificado a partir da documentação pública que registra a história do projeto, a partir do qual foi também possível identificar uma forma de contato.

O Objetivo da pesquisa é identificar e analisar as dimensões de Translação de Conhecimento (TC) e Pesquisa de Implementação (PI) inscritas no citado **Projeto Caminhos do Cuidado**, com vistas a explicitar suas conexões com a formação de profissionais em saúde. Consideramos que sua participação será fundamental para elucidação da pergunta de pesquisa, qual seja, a trajetória do Caminhos do Cuidado como experiência de implementação de uma política pública.

Você é convidado a participar de uma entrevista individual, que será realizada por meio de plataforma virtual, quando terá oportunidade de concordar com o processo de consentimento, após leitura e aceite verbal do presente RCLE. A entrevista será gravada, e terá uma duração aproximada de 60 minutos, em dia e horário de sua escolha. A gravação será transcrita para análise, e você poderá ter acesso a ela em qualquer tempo da pesquisa.

Os riscos que você estará sujeito são classificados como baixos, e se referem a identificação indireta a partir das falas e considerações sobre o projeto. Há também o risco de

mobilizar lembranças de carga emocional sobre o período que envolveu sua participação no projeto. Registre-se, ainda, os riscos envolvidos no uso de plataformas virtuais em função das limitações de segurança envolvidas na transferência e armazenamento dos dados. Você pode desistir de participar a qualquer momento, e mesmo deixar de responder a qualquer pergunta colocada. A formação da presente pesquisadora em Psicologia contribuirá para acolher as possíveis emoções advindas das lembranças, dos desafios e das tensões que porventura possam ser lembradas durante a entrevista. Para minimizar os riscos relacionados ao uso de meios virtuais, a pesquisadora realizará download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, e todos os registros serão destruídos após cinco anos. Entretanto, é necessário informar que não se pode garantir seu anonimato, o que decorre do tamanho da amostra mobilizada no projeto (cinco participantes).

Os benefícios de sua participação na pesquisa são reconhecidos como indiretos, voltados para o desenvolvimento de competências para a prática da gestão e da atuação profissional, na medida em que tem potencial para refletir sobre a concepção e desenvolvimento de ações de formação em saúde.

Você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo a qualquer tempo, mesmo após sua participação. Importante destacar que a participação da pesquisa é voluntária e a qualquer momento da sua realização será possível a retirada do registro de consentimento. Não há nenhum pagamento ao participante, mas você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa e, terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa por meio do envio do relatório final da tese, após sua aprovação. Você deve, ainda, manter uma via do seu RCLE.

Qualquer dúvida sobre qualquer aspecto desse estudo, você pode contatar a pesquisadora Elzimar Evangelista Peixoto Pinto ou Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz nos endereços abaixo. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Elzimar E. Peixoto Pinto - telefone (27) 99971 2722, endereço eletrônico elzimarpeixoto@gmail.com e endereço residencial Rua Gelu Vervloet dos Santos, 280/704A, Jardim Camburi, Vitória/ES.

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz, telefone (21) 3865 9809, endereço eletrônico cep.epsjv@fiocruz.br, endereço institucional - Avenida Brasil, 4.365, Manguinhos, CEP – 21040-360.

Declaro estar ciente das informações deste Registro de Consentimento e concordar em participar da pesquisa.

Em __/__/2022

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A - CFIR – VERSÃO 2022

<p>Framework guidance: The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19] The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project: (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below) (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR</p>	
<p>I. Innovation domain Innovation: The “thing” being implemented [20], e.g., a new clinical treatment, educational program, or city service Project Innovation: [Document the innovation being implemented, e.g., innovation type, innovation core vs. adaptable components, using a published reporting guideline [21,22,23,24]. Distinguish the innovation (the “thing” that continues when implementation is complete) [20, 25] from the implementation process and strategies used to implement the innovation [26, 27] (activities that end after implementation is complete) [28].]</p>	
Construct name	Construct definition <i>The degree to which:</i>
A. Innovation Source	The group that developed and/or visibly sponsored use of the innovation is reputable, credible, and/or trustable
B. Innovation Evidence Base	The innovation has robust evidence supporting its effectiveness
C. Innovation Relative Advantage	The innovation is better than other available innovations or current practice
D. Innovation Adaptability	The innovation can be modified, tailored, or refined to fit local context or needs
E. Innovation Trialability	The innovation can be tested or piloted on a small scale and undone

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

- (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)
- (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed
- (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

F. Innovation Complexity	The innovation is complicated, which may be reflected by its scope and/or the nature and number of connections and steps
G. Innovation Design	The innovation is well designed and packaged, including how it is assembled, bundled, and presented
H. Innovation Cost	The innovation purchase and operating costs are affordable
II. Outer Setting domain	
Outer Setting: The setting in which the Inner Setting exists, e.g., hospital system, school district, state. There may be multiple Outer Settings and/or multiple levels within the Outer Setting, e.g., community, system, state	
Project Outer Setting(s): [Document the actual Outer Setting in the project, e.g., type, location, and the boundary between the Outer Setting and the Inner Setting.]	
Construct name	Construct definition <i>The degree to which:</i>
A. Critical Incidents	Large-scale and/or unanticipated events disrupt implementation and/or delivery of the innovation
B. Local Attitudes	Sociocultural values (e.g., shared responsibility in helping recipients) and beliefs (e.g., convictions about the worthiness of recipients) encourage the Outer Setting to support implementation and/or delivery of the innovation
C. Local Conditions	Economic, environmental, political, and/or technological conditions enable the Outer Setting to support implementation and/or delivery of the innovation

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

(1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)

(2) Replace broad construct language with project-specific language if needed

(3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

D. Partnerships & Connections	The Inner Setting is networked with external entities, including referral networks, academic affiliations, and professional organization networks
E. Policies & Laws	Legislation, regulations, professional group guidelines and recommendations, or accreditation standards support implementation and/or delivery of the innovation
F. Financing	Funding from external entities (e.g., grants, reimbursement) is available to implement and/or deliver the innovation
G. External Pressure	External pressures drive implementation and/or delivery of the innovation <i>Use this construct to capture themes related to External Pressures that are not included in the subconstructs below</i>
1. Societal Pressure	Mass media campaigns, advocacy groups, or social movements or protests drive implementation and/or delivery of the innovation
2. Market Pressure	Competing with and/or imitating peer entities drives implementation and/or delivery of the innovation
3. Performance Measurement Pressure	Quality or benchmarking metrics or established service goals drive implementation and/or delivery of the innovation

III. Inner Setting domain

Inner Setting: The setting in which the innovation is implemented, e.g., hospital, school, city. There may be multiple Inner Settings and/or multiple levels within the Inner Setting, e.g., unit, classroom, team

Project Inner Setting(s): [Document the actual Inner Setting in the project, e.g., type, location, and the boundary between the Outer Setting and the Inner Setting.]

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

- (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)
- (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed
- (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

Construct name	Construct definition <i>The degree to which:</i>
<i>Note:</i>	<i>Constructs A – D exist in the Inner Setting regardless of implementation and/or delivery of the innovation, i.e., they are persistent general characteristics of the Inner Setting</i>
A. Structural Characteristics	Infrastructure components support functional performance of the Inner Setting <i>Use this construct to capture themes related to Structural Characteristics that are not included in the subconstructs below</i>
1. Physical Infrastructure	Layout and configuration of space and other tangible material features support functional performance of the Inner Setting
2. Information Technology Infrastructure	Technological systems for tele-communication, electronic documentation, and data storage, management, reporting, and analysis support functional performance of the Inner Setting
3. Work Infrastructure	Organization of tasks and responsibilities within and between individuals and teams, and general staffing levels, support functional performance of the Inner Setting
B. Relational Connections	There are high quality formal and informal relationships, networks, and teams within and across Inner Setting boundaries (e.g., structural, professional)
C. Communications	There are high quality formal and informal information sharing practices within and across Inner Setting boundaries (e.g., structural, professional)

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

(1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)

(2) Replace broad construct language with project-specific language if needed

(3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

D. Culture	There are shared values, beliefs, and norms across the Inner Setting <i>Use this construct to capture themes related to Culture that are not included in the subconstructs below</i>
1. Human Equality-Centeredness	There are shared values, beliefs, and norms about the inherent equal worth and value of all human beings
2. Recipient-Centeredness	There are shared values, beliefs, and norms around caring, supporting, and addressing the needs and welfare of recipients
3. Deliverer-Centeredness	There are shared values, beliefs, and norms around caring, supporting, and addressing the needs and welfare of deliverers
4. Learning-Centeredness	There are shared values, beliefs, and norms around psychological safety, continual improvement, and using data to inform practice
<i>Note:</i>	<i>Constructs E – K are specific to the implementation and/or delivery of the innovation</i>
E. Tension for Change	The current situation is intolerable and needs to change
F. Compatibility	The innovation fits with workflows, systems, and processes
G. Relative Priority	Implementing and delivering the innovation is important compared to other initiatives
H. Incentive Systems	Tangible and/or intangible incentives and rewards and/or disincentives and punishments support implementation and delivery of the innovation

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

- (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)
- (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed
- (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

I. Mission Alignment	Implementing and delivering the innovation is in line with the overarching commitment, purpose, or goals in the Inner Setting
J. Available Resources	Resources are available to implement and deliver the innovation <i>Use this construct to capture themes related to Available Resources that are not included in the subconstructs below</i>
1. Funding	Funding is available to implement and deliver the innovation
2. Space	Physical space is available to implement and deliver the innovation
3. Materials & Equipment	Supplies are available to implement and deliver the innovation
K. Access to Knowledge & Information	Guidance and/or training is accessible to implement and deliver the innovation
IV. Individuals domain	
Individuals: The roles and characteristics of individuals	
Roles subdomain	
Project Roles: [Document the roles applicable to the project and their location in the Inner Setting or Outer Setting.]	
Construct name	Construct definition
A. High-level Leaders	Individuals with a high level of authority, including key decision-makers, executive leaders, or directors

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

(1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)

(2) Replace broad construct language with project-specific language if needed

(3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

B. Mid-level Leaders	Individuals with a moderate level of authority, including leaders supervised by a high-level leader and who supervise others
C. Opinion Leaders	Individuals with informal influence on the attitudes and behaviors of others
D. Implementation Facilitators	Individuals with subject matter expertise who assist, coach, or support implementation
E. Implementation Leads	Individuals who lead efforts to implement the innovation
F. Implementation Team Members	Individuals who collaborate with and support the Implementation Leads to implement the innovation, ideally including Innovation Deliverers and Recipients
G. Other Implementation Support	Individuals who support the Implementation Leads and/or Implementation Team Members to implement the innovation
H. Innovation Deliverers	Individuals who are directly or indirectly delivering the innovation
I. Innovation Recipients	Individuals who are directly or indirectly receiving the innovation
Characteristics subdomain	
Project Characteristics: [Document the characteristics applicable to the roles in the project based on the COM-B system [29] or role-specific theories.]	
Construct name	Construct definition: <i>The degree to which:</i>

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

- (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)
- (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed
- (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

A. Need	The individual(s) has deficits related to survival, well-being, or personal fulfillment, which will be addressed by implementation and/or delivery of the innovation
B. Capability	The individual(s) has interpersonal competence, knowledge, and skills to fulfill Role
C. Opportunity	The individual(s) has availability, scope, and power to fulfill Role
D. Motivation	The individual(s) is committed to fulfilling Role

V. Implementation Process domain

Implementation Process: The activities and strategies used to implement the innovation

Project Implementation Process: [Document the implementation process framework [8] and/or activities and strategies [26, 27] being used to implement the innovation. Distinguish the implementation process used to implement the innovation (activities that end after implementation is complete) from the innovation (the “thing” that continues when implementation is complete) [20, 25, 28].

Construct name	Construct definition: <i>The degree to which individuals:</i>
A. Teaming	Join together, intentionally coordinating and collaborating on interdependent tasks, to implement the innovation
B. Assessing Needs	Collect information about priorities, preferences, and needs of people <i>Use this construct to capture themes related to Assessing Needs that are not included in the subconstructs below</i>
1. Innovation Deliverers	Collect information about the priorities, preferences, and needs of deliverers to guide implementation and delivery of the innovation

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

(1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)

(2) Replace broad construct language with project-specific language if needed

(3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

2. Innovation Recipients	Collect information about the priorities, preferences, and needs of recipients to guide implementation and delivery of the innovation
C. Assessing Context	Collect information to identify and appraise barriers and facilitators to implementation and delivery of the innovation
D. Planning	Identify roles and responsibilities, outline specific steps and milestones, and define goals and measures for implementation success in advance
E. Tailoring Strategies	Choose and operationalize implementation strategies to address barriers, leverage facilitators, and fit context
F. Engaging	Attract and encourage participation in implementation and/or the innovation <i>Use this construct to capture themes related to Engaging that are not included in the subconstructs below</i>
1. Innovation Deliverers	Attract and encourage deliverers to serve on the implementation team and/or to deliver the innovation
2. Innovation Recipients	Attract and encourage recipients to serve on the implementation team and/or participate in the innovation
G. Doing	Implement in small steps, tests, or cycles of change to trial and cumulatively optimize delivery of the innovation
H. Reflecting & Evaluating	Collect and discuss quantitative and qualitative information about the success of implementation and/or the innovation <i>Use this construct to capture themes related to Reflecting & Evaluating that are not included in the subconstructs below</i>
1. Implementation	Collect and discuss quantitative and qualitative information about the success of implementation

Framework guidance:

The CFIR is intended to be used to collect data from individuals who have power and/or influence over implementation outcomes. See the CFIR Outcomes Addendum for guidance on identifying these individuals and selecting outcomes [19]

The CFIR must be fully operationalized prior to use in a project:

- (1) Define the subject of each domain for the project (see guidance for each domain below)
- (2) Replace broad construct language with project-specific language if needed
- (3) Add constructs to capture salient themes not included in the updated CFIR

2. Innovation	Collect and discuss quantitative and qualitative information about the success of the innovation
I. Adapting	Modify the innovation and/or the Inner Setting for optimal fit and integration into work processes

