



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

GIOVANA PELLATTI D' LOPES

**O COMITÊ GESTOR DA PESQUISA COMO ESTRATÉGIA PARA O
ENVOLVIMENTO, ENGAJAMENTO E PARTICIPAÇÃO DE PARTES
INTERESSADAS EM PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO**

CAMPINAS

2023

GIOVANA PELLATTI D´ LOPES

**O COMITÊ GESTOR DA PESQUISA COMO ESTRATÉGIA PARA
ENVOLVIMENTO, ENGAJAMENTO E PARTICIPAÇÃO DE PARTES
INTERESSADAS EM PESQUISAS DE IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**, área de concentração: **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

**ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA GIOVANA PELLATTI D´ LOPES, E ORIENTADA
PELA PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS.**

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L881c Lopes, Giovana Pellatti D, 1976-
O Comitê Gestor da Pesquisa como estratégia para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em pesquisa de implementação / Giovana Pellatti D Lopes. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

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

1. Exposição à violência. 2. Ciência da implementação. 3. Participação dos interessados. 4. Saúde mental. 5. Saúde coletiva. 6. Pesquisa qualitativa. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: The Research Steering Committee as strategy for stakeholder involvement, engagement and participation in implementation research

Palavras-chave em inglês:

Exposure to violence

Implementation science

Stakeholder participation

Mental health

Public health

Qualitative research

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Carlos Alberto dos Santos Treichel

Marília Cristina Prado Louvison

Data de defesa: 14-12-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <http://orcid.org/0000-0002-3074-4038>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6348619135076661>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

GIOVANA PELLATTI D´ LOPES

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROFA. DRA. MARILIA CRISTINA PRADO LOUVISON

3. PROF. DR. CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Área de Concentração: AD – Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

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

Data de Defesa: 14/12/2023

Para Pedro, meu filho, por ter me lembrado que o mestrado foi uma escolha minha. E ao Bruno, meu companheiro, que sustentou minha escolha como se fosse sua.

AGRADECIMENTO

Para as mulheres que me incentivaram a continuar e que insistiram em dizer que eu já era:

A Rosana Onocko, pelo exemplo, pela militância minuciosamente silenciosa e potente, pela defesa do usuário, da saúde mental e do SUS. Por tudo, mas principalmente por ter sustentado meu retorno à defesa incontestável da participação.

A Jô Benetton, pelo exemplo, pela militância por uma clínica criativa, viva e dinâmica, pela defesa política da Terapia Ocupacional, por defender um método extra-acadêmico e pela leitura poética e artística do cuidado em saúde mental. Por tudo, mas principalmente por me esperar ativamente e por ter sustentado meu retorno, diversas vezes, a defesa da clínica em Terapia Ocupacional.

As mulheres do Grupo de Mulheres do CAPSij Espaço Criativo, pelo exemplo, pela coragem das palavras, por um feminismo real construído em segredo, pelos encontros nas sextas pelas manhãs, pelo tapete guardado durante o meu adoecimento. Por tudo, mas principalmente por terem me lançado a compreensão dolorida da ambivalência na maternidade.

As mulheres da Casa da Gestante, pelo exemplo, pela defesa do próprio feminino, da sobrevivência psíquica em meio a violência, pela defesa da garantia de direitos. Por tudo, mas principalmente pela escolha de continuar sendo mulher apesar de mãe.

As mulheres do Comitê Gestor da Pesquisa, trabalhadoras do SUS e do SUAS, pelo exemplo, pelo compartilhamento do conhecimento, pela defesa potente dos usuários e suas famílias e pela prática de cuidado viva. Por tudo, mas principalmente pela insistência política pela participação e pela escolha sensata em diferenciarem-se das certezas acadêmicas.

Muito obrigada!

RESUMO

A violência é um problema de saúde pública amplamente reconhecido. Por tratar-se de fenômeno complexo, que atinge de diferentes formas os diversos grupos populacionais, dá-se como urgente a implementação de políticas e serviços que tenham como principal objetivo, ações voltadas a seus efeitos deletérios, incluindo os relacionados a saúde mental.

Em 2019, o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces – iniciou uma pesquisa sobre o planejamento ascendente, implementação e posterior avaliação quase experimental de um ambulatório voltado a adolescentes e adultos vítimas de violência, adscritos à região Norte da cidade de Campinas-SP. Tinha como objetivo inicial a oferta de atenção em saúde mental e o desenvolvimento de dispositivo para a articulação da rede de serviços já implementada no município, tanto para pessoas expostas diretamente a violência quanto aos expostos indiretamente (violência testemunhada).

Tendo como defesa ética-política o desenvolvimento de pesquisas que garantam a participação efetiva de partes interessadas, pensou-se na utilização de um Comitê Gestor da Pesquisa a fim de garantir o envolvimento, engajamento e participação de diferentes atores já próximos a pauta da violência.

Desta forma, utilizou-se do acumulado teórico-prático adquirido no desenvolvimento deste dispositivo em pesquisas anteriores para sua tradução para as Pesquisas de Implementação, garantindo efetivo desenho de contexto em mundo real, garantindo o diálogo entre pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde e assistência social.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo analisar a utilização de um Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) como estratégia para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessas em uma Pesquisa de Implementação, descrevendo-a de forma a tornar-se replicável em pesquisas futuras.

Trata-se de um estudo qualitativo, avaliativo-participativo, metodologicamente inserido dentro da Pesquisa de Implementação Pura com a

utilização do RE-AIM como modelo teórico conceitual, representado neste trabalho, por três de suas cinco dimensões.

Para tal, foram utilizados diários de campo e atas de reuniões do CGP além da aproximação da literatura acerca da participação social, pesquisa participativa e participação em Pesquisas de Implementação.

Observou-se que a utilização do CGP como estratégia para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas mostrou-se efetivo para o Alcance, Efetividade e Adoção de implementação de políticas, práticas e serviços. Além disso, qualificou a exploração e desenho do contexto, possibilitando aproximação e reconhecimento das linhas de cuidado e fluxos já existentes no que diz respeito ao cuidado de pessoas expostas a violência.

Além disso, possibilitou o desenvolvimento de dispositivos/arranjos não planejados inicialmente pela pesquisa, como a criação de espaço permanente de formação teórico-prática das equipes e dos serviços, além da criação de redes compartilhadas e complementares intersetoriais para a oferta de cuidado ampliado ao público-alvo, para além da oferta de implementação do ambulatório.

Espera-se com esse trabalho a caracterização descritiva de um dispositivo estratégico para a participação, a fim de colaborar com a taxonomia da Ciência de Implementação e para auxiliar em futuros desenhos participativos dentro das metodologias da Pesquisa de Implementação.

Palavras-chave: Exposição à Violência; Ciência de Implementação; Participação das Partes Interessadas; Saúde Mental; Saúde Coletiva; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Violence is a widely recognized public health problem. Because it is a complex phenomenon that affects different population groups in different ways, the implementation of policies and services that also aim at actions aimed at its deleterious effects, including those related to mental health, is urgent.

In 2019, the Laboratory of Collective Health and Mental Health – Interfaces – started research related to the bottom-up planning, implementation and subsequent quasi-experimental evaluation of an outpatient clinic aimed at adolescents and adult's victims of violence, attached to the northern region of the city of Campinas-SP. Its initial objective was to offer mental health care and the development of a device for the articulation of the network of services already implemented in the municipality, both for people directly exposed to violence and those indirectly exposed (witnessed violence).

Having as an ethical-political defense the development of research that guarantees the effective participation of interested parties, the use of a Research Steering Committee was thought of to ensure the involvement, engagement and participation of different actors already close to the violence agenda.

In this way, the theoretical-practical accumulated acquired in the development of this device in previous research was used to translate it into Implementation Research, ensuring effective context design in the real world, through dialogue between researchers, managers and health and social assistance workers.

Therefore, the present study aims to analyze the use of a Research Steering Committee as a strategy for the involvement, engagement, and participation of stakeholders in an Implementation Survey, describing it in such a way that it can be replicated in future research.

This is a qualitative, evaluative-participatory study, methodologically inserted within the Pure Implementation Research with the use of RE-AIM as a conceptual theoretical model, represented in this work by three of its five dimensions.

To this end, field diaries and minutes of Research Steering Committee meetings were used, in addition to a literature review on social participation, participatory research and participation in Implementation Research.

It was observed that the use of the Research Steering Committee as a strategy for the involvement, engagement and participation of stakeholders proved to be effective for the Reach, Effectiveness and Adoption of the implementation of policies, practices, and services. In addition, it qualified the exploration and design of the context, enabling approximation and recognition of the lines of care and flows that already exist about the care of people exposed to violence.

In addition, it enabled the development of devices not initially planned by the research, such as the creation of a permanent space for theoretical-practical training of teams and services, in addition to the creation of shared and complementary intersectoral networks to offer expanded care to the target audience beyond the offer of outpatient clinic implementation.

It is expected with this work the descriptive characterization of a strategy to collaborate with the taxonomy of Implementation Science and to assist in future participatory designs within the methodologies of Implementation Research.

Keywords: Exposure to Violence; Implementation Science; Stakeholder Participation; Mental health; Public Health; Qualitative Research.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Sobre a violência.....	12
1.2	Números da violência.....	16
1.3	Pesquisa de Implementação de um ambulatório para pessoas expostas a violência em um Hospital Universitário	20
1.4	A aproximação do Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces - com as Pesquisas de Implementação	28
1.5	Sobre as motivações, objetivos e justificativa.....	37
1.6	Metodologia	40
1.6.1	Sobre a estrutura para avaliação de implementação RE-AIM	41
2	REVISÃO DA LITERATURA	44
2.1	A pesquisa participativa nos estudos de implementação	44
2.1.1	A Participação Social.....	44
2.1.2	A Pesquisa Participativa.....	57
2.1.3	A Participação e as Pesquisas de Implementação	70
3	O Comitê Gestor da Pesquisa como estratégia de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à violência: envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas	81
3.1	As estratégias em Pesquisa de Implementação	81
3.2	Estrutura (<i>Framework</i>) em Pesquisas de Implementação	84
3.3	Contextualização do Comitê Gestor da Pesquisa: narrando o dispositivo estratégico de participação	85
4.	DISCUSSÃO E RESULTADOS	116
4.1.	Avaliação da estratégia “Comitê Gestor da Pesquisa” através das dimensões propostas pelo RE-AIM.....	116
4.2.	Sobre a dimensão ALCANCE	117
4.3.	Sobre a dimensão EFETIVIDADE/EFICÁCIA.....	129
4.4.	Sobre a dimensão ADOÇÃO	137
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
7.	APÊNDICES	163
7.1	Tabela 2: Desfechos de implementação – Definição, termos relacionados e resultados.....	163
7.2	Tabela 3: Lista de estratégias de implementação.....	165
8	Anexo	166

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sobre a violência

A violência é pauta importante nas diversas áreas do conhecimento e há muito foi reconhecida como um grave problema de saúde pública, tornado urgente o desenvolvimento de discussões acerca, principalmente, do *gap* relacionado a oferta de cuidado para suas vítimas.

Um marco importante nesse reconhecimento foi a declaração da Organização Mundial da Saúde – OMS, em sua 49ª Assembleia Mundial¹, quando, institucionalmente, admitiu-se a gravidade dos efeitos da violência em esfera global, justificando o investimento em esforços que identificassem, fatores de risco para o adoecimento relacionados a exposição da violência.

Dado esse marco, além do avanço em discussões que buscavam o cuidado às vítimas de violência, passou também a criação de agendas que desenvolvessem ações de prevenção as práticas de violência.

A ideia de que violência poderia ser evitada passou a fundamentar os estudos e as ações no campo da saúde pública² e da saúde coletiva, levando-se em consideração a importância dos marcadores sociais e de desigualdade na ocorrência da violência e por fim, no reconhecimento de que os agravos relacionados também têm relação com a dificuldade de acesso a direitos básicos pelas pessoas expostas a ela.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, trazendo à tona a pauta de que a violência constituía um dos mais graves problemas de saúde a serem enfrentado no país³ e que o impacto da chamada morbimortalidade por causas externas ainda tinha (e tem) grande representação nas causas de morte na população brasileira.

Em 2001, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências³, assumindo que as ocorrências ligadas aos acidentes e violências matam ou geram agravos à saúde. A

política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de eventos violentos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais, tendo como propósito fundamental, a redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

Com isso, sugere que ações devam contar com a integração entre os diferentes setores da própria saúde e com outros campos (de saberes e de intervenção), como de educação, assistência social, justiça e segurança pública, de âmbito governamental e não governamental, incluindo a necessidade de desenvolvimento de estratégias coletivas direcionadas a prevenção³ da ocorrência da violência, sugerindo o desenvolvimento de ações integradas, intersetoriais e em rede no que diz respeito, inclusive, ao cuidado de pessoas expostas a violência, assumindo, com isso, a existência dos efeitos deletérios associados.

A necessidade de ações integradas entre as diversas esferas de cuidado justifica-se pela complexidade da violência. Desde Freud^{4,5}, o evento da violência se descreve a partir de características sócio-históricas-temporais.

Com práticas caracterizadas de forma heterogênea e diversa, a violência multiplica-se em dimensões e em uma série plural de práticas em diferentes esferas, atingindo suas vítimas (e seus autores) de formas diferentes⁶. Ao final, descobrimos estar sempre envoltos a ela, em menor ou maior grau, mas com efeitos que atingem, prioritariamente, a maneira como nos relacionamos uns com os outros e com a sociedade.

Tratando-se de um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal⁷. Parte da dificuldade para conceituar a violência vem do fato dela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia³.

Para Silva Junior⁸, seria possível supor que a violência ocasionaria a ruptura de laços sociais constituídos no interior de uma determinada cultura e que, ao longo do tempo, a violência sofreria alterações de forma fenomenológica, visto a relação com as coordenadas discursivas de uma época e como os sujeitos

responderiam à essas coordenadas, situando então a violência como um sintoma contemporâneo, social e subjetivo.

Se a definição sobre violência se refere a padrões e valores predominantes de uma determinada época, refletir sobre a amplitude dos conceitos e definições ligados a ela coloca-se, então, como desafio introdutório quando das possíveis propostas ligadas a elaboração de políticas que tenham como intenção, o cuidado de pessoas expostas a violência, seja ela direta ou indiretamente.

Sob outro ponto de vista, Chauí⁹ faz relação entre o conceito de violência e a criação primeira da ideia e prática da lei como expressão de uma vontade coletiva e pública (criação da lei e o direito). Com isso, a ideia de igualdade e liberdade como direitos estaria no extremo oposto das práticas violentas, opondo-se às políticas democráticas e as lutas contra a dominação dos privilégios através do poder exercido pela força, pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

Com isso, a violência poderia ser definida como o exercício de um poder ou de uma força sobre um outro, contra sua vontade e sem seu consentimento⁸ e como toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior ou exteriormente alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural⁹.

Identificadas em muitas dimensões (física, psíquica, material ou simbólica), a violência apresenta-se também em diferentes esferas: econômica, social, política, institucional, na forma de práticas muito heterogêneas, com diferentes tipos e perfis de agressores e vítimas envolvidas⁶. Dessa maneira, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, as exclusões econômicas, políticas e sociais, a corrupção como forma de funcionamento das instituições, o racismo, o machismo, a intolerância religiosa, sexual e política passam a ser entendidas também como formas de violências⁹.

Dada esta amplitude, as pesquisas sobre violência têm se preocupado com seus efeitos potenciais sobre a saúde física e mental, sobre os padrões de relacionamento social, sobre atitudes, crenças e valores em relação à violência e sobre o comportamento violento, buscando também possíveis efeitos da exposição à violência sobre a socialização entre as pessoas⁹.

Isto posto, seria correto afirmar que a violência causa impactos negativos em quem a sofre diretamente, mas também em um outro círculo de vitimização, que afeta, por exemplo, a família da vítima direta, seus amigos, as pessoas que a circundam e que se importam. São as vítimas indiretas do ato violento⁶.

O contato contínuo com a violência, percebida como incontrolável, tem sido discutido como um tipo de experiência com impacto psicológico, emocional e físico, não só sobre aqueles que se envolvem diretamente, como vítimas ou autores de violência, mas também sobre aqueles que testemunham tais episódios. A experiência de ser vítima ou de testemunhar violência tem sido abordada da perspectiva da exposição à violência¹⁰.

Além dos impactos já citados com relação a exposição contínua direta ou indiretamente a violência, outros impactos importantes estariam ligados a transmissão do experienciado, uma dessensibilização que implicaria em subestimar as consequências da violência para as vítimas e em responsabilizá-las pelo que lhes ocorre, o que poderia acarretar uma redução da capacidade de se vincular ou confiar em outras pessoas além do risco da normalização da violência¹⁰.

Estima-se que para cada vítima direta de homicídio há em torno de sete a dez familiares afetados indiretamente, sem considerar amigos, vizinhos e colegas de trabalho que se relacionavam com a pessoa que sofreu a violência, incluindo as ligadas a quem a praticou¹¹.

Esta estimativa não se aplica apenas aos homicídios. Segundo Schilling⁶, a complexidade da violência desenvolveria, inclusive, dificuldade no desenvolvimento de criação de redes vivas para o cuidado de pessoas com demandas tão diferenciadas, mesmo quando expostos indiretamente à violência ou diretamente a violências de mesma tipificação o que destaca a importância do direcionamento de políticas públicas de cuidado levem em consideração, a singularidade dos processos necessários, e muitas vezes urgentes, para o cuidado dessas vítimas.

Ter em pauta a importância do cuidado, também a quem testemunha a violência, é uma agenda urgente, visto que transtornos mentais como ansiedade, depressão, além de insônia e o transtorno do estresse pós-traumático têm sido diagnosticados em pessoas que perderam de forma violenta algum familiar¹¹.

Além disso, observa-se sentimento de insegurança constante em quem presenciou qualquer outro tipo de violência, seja ela criminal, estrutural, institucional, interpessoal, em espaços sociais ou violência urbana, intrafamiliar, auto infligida, de gênero ou raça, dando indícios que o sofrimento psíquico se apresenta como um dos muitos efeitos deletérios da violência.

Fato é que o mal causado pela violência sofrida, testemunhada ou acompanhada da forma midiática, precisa, necessariamente, abrir agenda para discussão sobre seus efeitos deletérios e, mais que isso, é urgente (e crescente) a necessidade de retomada das discussões associadas a aplicação efetiva das políticas públicas existentes, implementação de novos serviços associados a pauta e avaliação qualificada dos já existentes.

Adiar tal agenda é recusar-se a reflexão sobre os efeitos deletérios da violência, lançando a sorte, principalmente, a saúde mental de brasileiros, expostos as mais diversas situações de constrangimento e dificuldade de acesso a direitos humanos básicos, como a sobrevivência, assistidas diariamente, por exemplo, ao longo do governo Bolsonaro.

1.2 Números da violência

Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde³.

Segundo Cerqueira (et al)¹², o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) sinalizou 45.503 homicídios no Brasil no ano de 2019, o que corresponde a uma taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes, sendo 51,3% responsáveis pela vitimização letal violenta de jovens entre 15 e 29 anos, totalizando 23.327 óbitos nesta faixa etária, configurando um problema endêmico no país.

Ainda nesta publicação¹², é possível observar que em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil e outras 3.756 tiveram suas vidas ceifadas identificadas como Mortes Violentas Por Causa Indeterminada. Além do necessário grifo na questão raça/cor (66% das mulheres mortas eram negras), 33,3% do total das mortes ocorreu na residência destas, o que indica um provável aumento da prática de violência doméstica, sugerindo que o desenvolvimento de políticas públicas não poderia prescindir das discussões relacionadas ao gênero, raça/cor, tampouco de alertar-se para a necessidade de cuidados direcionados a crianças e adolescentes que tinham como rede exclusiva ou principal, a mulher assassinada.

O município de Campinas-SP conta com o Sistema de Notificação de Violência de Campinas¹³, o SISNOV, desde 2005. Trata-se de um sistema intersetorial e interinstitucional para notificações de casos suspeitos ou confirmados de violências, sistematizadas a partir da seguinte caracterização: violência contra a mulher, contra a criança, contra o adolescente, contra a pessoa idosa, do tipo autoprovocada, sexual e violência doméstica, assim como tráfico de pessoas, trabalho infantil, violência financeira/econômica, negligência e/ou abandono e violências ligadas a intervenções legais.

Trata-se de um sistema eletrônico, de acesso restrito a trabalhadores que integram a rede ligada ao poder público municipal e suas secretarias, incluindo os serviços da Saúde, Assistência Social e Educação, além de outras instituições conveniadas do município como as Universidades, Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Conselho Tutelar e Vara da infância e Juventude.

Dentro de seus objetivos estão o registro dos casos de violência assistidos pela rede de atenção cadastrada, construir base de dados com o propósito de gerar informações e indicadores que visam o apoio do desenvolvimento de políticas específicas voltadas a proteção, prevenção e assistência às vítimas e autores de violência, incluindo a interrupção do ciclo de práticas violentas.

O banco de dados gerado pelo SISNOV tem origem nas notificações compulsórias realizadas pelos serviços cadastrados. Para tal, uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenadoria Setorial de Informática do município, oferecem treinamentos voltados aos trabalhadores responsáveis pela notificação, que, por sua vez, é realizada através do preenchimento de documento

especificamente criado para tal, a Ficha de Notificação do Sistema de Notificação de Violência em Campinas¹³.

Além da notificação, o sistema oferece para consulta os fluxos municipais para o atendimento de mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência, o fluxograma de atendimento e de informação para tentativas de suicídio, o protocolo para atendimentos de vítimas de abuso sexual e o Programa de atendimento às violências e maus tratos domésticos contra a pessoa idosa.

Anualmente, a equipe do SISNOV torna público os dados relacionados à violência obtidos através das notificações em eventos correlacionados ao tema e com a oferta de boletins informativos, descritos resumidamente a seguir.

Segundo o Boletim SISNOV nº 12¹⁴, 8565 notificações de violência foram registradas no ano de 2017. Destas, 56,2% correspondem a violências praticadas contra crianças entre 0 e 11 anos, sendo a negligência, violência física e sexual os tipos mais notificados. Com relação aos autores, os pais ou madrastas e padrastos somam 54,8% das notificações.

O Boletim SISNOV nº 13¹⁵ trouxe como destaque as notificações relacionadas a violência psicológica, sendo esta citada como a menos notificada entre os anos 2016 e 2018, correspondendo a 7,7% do total. O destaque para o tema da violência psicológica, embora de expressão numérica bem menos marcante que as demais formas de violência, possibilitam chamar a atenção para um tipo de prática que atinge especialmente crianças e adolescentes e que está na base de muitas outras formas de violência quando associadas as relações intrafamiliares conflituosas.

O Boletim problematiza ainda a importância da identificação precoce dos conflitos intrafamiliares que, por sua vez, podem impactar gravemente os comportamentos e o desenvolvimento psicológico das vítimas, propondo o estabelecimento de cuidados que ofereçam apoio a essas famílias, a fim de prevenir a ruptura de laços e contribuir de alguma forma para a construção de relações mais pacíficas e respeitadas nos diferentes papéis desempenhados pelos membros de uma família.

Enfatiza ainda que as informações oferecidas não se tratam de intervenções na forma como os pais e responsáveis educam seus filhos, mas, uma

vez identificados conflitos graves, são necessárias propostas que previnam a prática da violência e promovam relações respeitadas e fundadas no afeto, mesmo tendo claro que alguns conflitos são inevitáveis.

É fundamental lembrar que a identificação da violência psicológica não é simples, dado este que pode significar certa invisibilidade do problema, dificultando o acesso a dados efetivos que possam auxiliar a elaboração e implementação de políticas públicas específicas.

Na edição nº 14¹⁶ apresenta uma edição especial abordando exclusivamente os dados de violência contra a mulher, com dados resultantes das notificações no período 2015 a 2019, acrescidos dos dados referentes ao período de janeiro a setembro de 2020.

As notificações de violência contra mulheres somam 4218 no período descrito, tendo como maior prevalência a violência física, praticada pelo cônjuge, sendo a força corporal/espancamento o meio de agressão mais predominante.

Já em 2021, o Boletim número 15¹⁷ e o último publicizado pela plataforma, traz uma edição especialmente ligada aos dados relacionados a violência contra vítimas do sexo feminino, fundamentados pelas notificações dos anos 2019, 2020 e o primeiro semestre de 2021, somando-se 3.191 notificações para este recorte.

Conforme informações, a mulher adulta de raça branca foi quem mais sofreu violência no período pré-determinado na cidade de Campinas, sendo predominante a violência física seguida pela violência sexual. No que diz respeito aos autores de violência, o cônjuge aparece novamente como o principal autor.

O Boletim traz ainda considerações acerca do contexto pandêmico assumindo que os dados de notificação são insuficientes para revelar a realidade da violência contra as vítimas do sexo feminino, repetindo-se o padrão nacional que, apesar de registrarem aumento nos casos, também apresentam dificuldades nos canais de denúncia oficiais.

Como citado anteriormente, o município conta com fluxos bem desenhados para alguns segmentos de cuidado ligados a violência, porém, temos observado, pouco conhecimento desses fluxos entre os trabalhadores, principalmente

nos serviços de Saúde, mesmo estando os três níveis de atenção citados como responsáveis pela oferta de cuidado as vítimas.

De acordo com os dados disponíveis na plataforma, é possível identificar que o desenho dos fluxos data de, no mínimo, 10 anos atrás, o que pode justificar o distanciamento dos trabalhadores da proposta política do município para o cuidado das vítimas de violência e, da mesma forma, um certo desconhecimento sobre suas responsabilidades com os efeitos deletérios da violência na saúde de quem as sofre ou a testemunha.

Já na rede ligada a Assistência Social, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), prevê, entre outras ações, o cuidado e proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e programas associados, como o Programa de Atenção Integral as Famílias e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.

Ao analisarmos os dados dos Boletins SISNOV é importante observarmos que as notificações estão, em sua maioria, associadas as violências físicas agudas, o que, em geral, aumenta a probabilidade de procura por serviços de pronto atendimento ou de urgência em saúde, causando a notificação compulsória dos casos.

Tal observação deixa claro a gravidade associada a falta de agendas que priorizem tanto a ampliação das discussões sobre a pauta da violência quanto o desenvolvimento e ampliação de políticas públicas, serviços e práticas voltados as pessoas que sofrem direta ou indiretamente a violência, visto a gravidade de seus efeitos inclusive na saúde mental.

1.3 Pesquisa de Implementação de um ambulatório para pessoas expostas a violência em um Hospital Universitário

Em 2019, o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces – iniciou uma pesquisa relacionada ao planejamento ascendente, implementação e posterior avaliação quase experimental de um ambulatório dirigido a crianças,

adolescentes e adultos vítimas de violência, adscritos à região Norte da cidade de Campinas-SP.

A necessidade de implementação deste ambulatório fundamentou-se nos altos índices de violência vivido pelas mulheres, adolescentes e crianças da cidade de Campinas e no reconhecimento dos riscos ligados à perpetuação dessa violência de formas transgeracional¹⁸ e intergeracional, como um destino herdado¹⁹, podendo então perpassar gerações²⁰.

Tendo em vista estas afirmações, a pesquisa tinha como objetivo implementar um serviço ambulatorial de assistência psicossocial às pessoas em situação de violência, desenhar as características deste serviço a partir de estudo qualitativo com os principais grupos de interesse através da realização de Grupos Focais e a realização de um Comitê Gestor da Pesquisa, qualificar a articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços e assistência já oferecidas pela Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede e construir evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento de transtornos mentais associados à exposição à violência (componente quase experimental).

Esperava-se, como resultado da execução do projeto, o aumento da oferta de atendimentos à população vítima de violência do distrito norte do município de Campinas, a ampliação do trabalho entre a rede de Saúde, Assistência Social e o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com vistas a proporcionar uma experiência eficaz de integração e regulação do cuidado entre os vários níveis de atenção, o desenvolvimento de tecnologia de intervenção psicossocial com evidência de efetividade com a devida adequação à sociedade e cultura brasileira e o desenvolvimento de um plano de comunicação intra e extra setorial sobre a temática da violência que pudesse contribuir para a prevenção e para o desenvolvimento de vinculação e acesso precoce de pessoas expostas à violência ao cuidado em saúde mental.

Definida como uma Pesquisa de Implementação, no que diz respeito principalmente a sua metodologia, o projeto foi dividido em três etapas principais, sendo elas a pré-implementação, implementação e pós-implementação, esta última voltada a avaliação de todo o processo.

A etapa de pré-implementação foi marcada pelo grande investimento no que diz respeito ao contexto em que a pesquisa seria realizada, assim como sua caracterização.

Tendo a pesquisa o tema da violência como norteador, foi necessário o aprofundamento teórico das questões relacionadas, seja no que diz respeito ao levantamento de dados secundários ligados a bancos municipais, estaduais e nacionais de dados sociais, ou às questões teóricas que envolviam o tema da violência, assim como suporte teórico para a defesa da escolha pela psicoterapia psicanalítica breve em grupo como proposta de cuidado as pessoas expostas a violência.

Para tal, realizamos vasto levantamento teórico sobre a definição da violência de maneira múltipla e compartilhada, respeitados, inclusive, os interesses dos pesquisadores, que, por sua vez, encontravam-se semanalmente, em horário pré-determinado, para o compartilhamento destes estudos prévios.

Além disso, uma disciplina, devidamente cadastrada junto ao Programa de Pós-graduação da UNICAMP foi oferecida, a fim de maior aproximação com os temas relacionados a realização de terapias grupais, com duração de um semestre, aberto também a comunidade.

Contudo, e tendo a psicanálise como um eixo central de investimento teórico-prático, passamos a contar com supervisões semanais, realizadas pela coordenadora da pesquisa, que, por sua vez, é psicanalista, sendo possível então dialogar sobre as questões teóricas acerca dos grupos psicanalíticos, discussões sobre a intersecção violência e psicanálise.

Ainda na etapa de pré-implementação, as ações relacionadas ao objetivo de desenhar as características do ambulatório a partir de estudo qualitativo e participativo com os principais *stakeholders*, começaram a ser desenvolvidas. Alinhados a experiências anteriores, foi possível a caracterização de quais seriam os principais grupos de interesse da pesquisa, inicialmente definidos como usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e dos serviços da Assistência Social em todas as complexidades de atenção.

A inclusão dos *stakeholders* e outras partes interessadas em pesquisas

consiste em uma estratégia significativa para garantir o sucesso de uma intervenção²¹, contribuindo para a delimitação do foco da intervenção de acordo com as necessidades da população e as demandas dos serviços, aumentando a sustentabilidade nas etapas de implementação e pós-implementação²² e contribuindo para a mediação e o estabelecimento das conexões necessárias entre as políticas públicas e aqueles que utilizam os serviços nas comunidades locais²³ e em contextos reais.

Entre essas ações para o desenho do Ambulatório, constituímos um Comitê Gestor da Pesquisa (CGP) no início de 2019, com a participação de pesquisadores da Universidade, gestores e trabalhadores, tanto da Saúde, quanto da Assistência Social lotados no Distrito Sanitário Norte da cidade de Campinas, alvo da escrita desse trabalho.

A partir do aprofundamento do trabalho com o Comitê Gestor da Pesquisa (CGP), foi possível a melhor caracterização do desenho participativo da pesquisa e, com isso, já no segundo semestre de 2019, ampliamos a participação dos grupos de interesse com a inclusão de stakeholders identificados através da realização de grupos focais e grupos focais hermenêuticos com mulheres, homens, crianças, pré-adolescentes, adolescentes, trabalhadores, gestores e lideranças comunitárias que, por sua vez, compuseram também a primeira Oficina de Consenso da pesquisa, realizada no primeiro semestre de 2020.

Por sua vez, os Grupos Focais e Grupos Focais Hermenêuticos, assim como o CGP, consolidaram a construção participativa e ascendente do processo de implementação, à medida em que foram construídas diretrizes com os diferentes grupos de interesse, o que norteou a construção da proposta da oferta de cuidado do Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas à Violência (NAPEV - nome dado ao ambulatório) e proporcionou o início das discussões de como o serviço se consolidaria na rede de atenção a pessoas expostas à violência.

Essa consolidação permitiu também a aproximação com o experimentado pelos usuários pela exposição à violência, nos aproximando da percepção real do forte impacto emocional e social, tanto nas pessoas que a vivenciaram, quanto nos trabalhadores que os acompanham nos serviços, expandindo nossa compreensão sobre o conceito de violência, das vivências e das ações necessárias para enfrentá-

las, na perspectiva dos potenciais beneficiados pela implementação do NAPEV.

A escolha pela metodologia participativa, envolvendo os grupos de interesse que utilizariam o serviço, permitiu destacar a necessidade da integração das redes de cuidado para garantir a efetividade e o sucesso da implementação, aspectos não previstos no desenho inicial do NAPEV, o que ressalta a característica de flexibilidade e adaptação do desenho inicial para a abertura ao contexto, necessários neste tipo de investigação no mundo real.

O contexto pandêmico ligado ao COVID-19 atingiu negativamente a pesquisa, inclusive na etapa de pré-implementação. O levantamento de dados secundários, cujo objetivo principal estava ligado a caracterização da rede de cuidado já existente, foi sustentada de forma adaptada através da manutenção das reuniões do CGP de forma remota, com vistas ao aprofundamento com relação a aproximação das práticas e serviços já existentes para o cuidado de pessoas expostas à violência na região Norte de Campinas.

Ainda nesta etapa, e como citado anteriormente, uma Oficina de Consenso foi realizada com o objetivo de pactuações acerca do fluxo para atendimento, capacitação de trabalhadores e apoio as ações dos serviços.

Como resultado do diálogo estabelecido e das pactuações consensuadas, efetivou-se o desenho para o funcionamento do NAPEV, indicando-se também a necessidade de criação de dispositivo para apoio e sustentação da rede de cuidado, mais tarde denominada como Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição à Violência (RASEV) e estabelecida ao longo da etapa de implementação.

Já a etapa de implementação foi bastante atingida pela pandemia de COVID-19. O necessário isolamento social proposto como medida de prevenção à transmissão do vírus, mudou consideravelmente a maneira como o cuidado era ofertado pelos serviços, incluindo os adotados e envolvidos na pesquisa, identificados como pontos importantes dentro do fluxo de atenção as pessoas expostas à violência no município.

O acesso dos usuários expostos à violência, tanto na Assistência Social quanto na Saúde, foi prejudicado e muitas vezes negligenciado, o que acabou por marginalizar ainda mais não só quem estava sabidamente exposto à violência, mas

aqueles que não conseguiam acessar direito básico para a sobrevivência, principalmente mulheres e crianças.

Tendo como proposta inicial estar sediado no Hospital das Clínicas da UNICAMP, o NAPEV teve o início de suas atividades adiado diversas vezes, levando os pesquisadores às discussões acerca da necessidade de sustentação do previsto inicialmente no projeto de pesquisa, até que fosse possível o início da realização dos atendimentos e necessária adaptação da implementação do NAPEV, a fim de oferecer atendimento a quem parecia ter urgência disso.

Ao longo da pandemia, a reitoria da UNICAMP criou um Comitê Científico de Contingência do coronavírus que passou, então, a orientar as ações contra a propagação do vírus no âmbito dos campus universitários, acompanhando o cenário da pandemia por COVID-19 no estado de São Paulo e, em especial, nas cidades de Campinas, Limeira e Piracicaba, onde se localizam os campus da UNICAMP^{24,25}.

O Comitê de Contingência suspendeu todas as atividades presenciais pela primeira vez em 12/03/2020, ato este sustentado por tempo indeterminado em nota comunicada em 29/06/2020.

Com a suspensão das atividades presenciais por tempo indeterminado na UNICAMP, o coletivo de pesquisa opta por deslocar as ações do NAPEV temporariamente para o território, aqui compreendido a partir do georreferenciamento dos serviços da assistência social e de saúde no distrito norte de Campinas.

A partir dessa reorganização, o NAPEV realizou grupos educativos e psicanalíticos para adolescentes (com idade entre 14 e 17 anos) e para mulheres (com idade acima de 18 anos) expostos à violência, já referenciados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde e pelos serviços da proteção social básica e da proteção especial da assistência social, tanto da média, quanto da alta complexidade.

Com a adaptação da implementação, o desenho do estudo quase experimental para o ensaio clínico randomizado, citada no projeto inicial com o objetivo principal de avaliar a efetividade da exposição aos grupos terapêuticos de base psicanalítica, precisou também de modificações.

Inicialmente projetado para avaliação a partir da exposição dos usuários ao cuidado através de grupos de base psicanalítica, tendo como grupo controle os não

expostos a terapêutica proposta, optamos por ampliar a oferta, tornando o grupo controle também exposto à terapêutica em saúde mental com a oferta de grupos educativos de educação popular em saúde, enquanto uma tecnologia de atenção psicossocial.

Com isso, a construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental) foi um objetivo parcialmente atingido. Em função das restrições decorrentes da pandemia do Covid-19, não foi possível realizar os grupos de forma ampla, e, portanto, obter uma amostra significativa que favorecesse a análise de dados.

A implementação da RASEV também se deu ao longo da etapa de implementação. Estabelecida através da metodologia do Apoio Matricial como estratégia de implementação na rede, a RASEV teve como objetivos centrais a construção de espaços de compartilhamento de saberes, educação permanente, cuidado e articulação multiprofissional e intersetorial entre os trabalhadores^{26,27}, estes, ligados diretamente ao cuidado de usuários e suas famílias, com histórico de exposição à violência.

Ainda na mesma etapa, planejamos e realizamos uma Oficina com Especialistas proposta como uma das formas de avaliação do já experimentado nas ações relacionadas a implementação, visto os importantes atravessamentos ligados a pandemia nas duas primeiras etapas da implementação.

A Oficina contou com a participação de todos os pesquisadores ligados ao projeto, e dos professores Lilia Blima Schraiber, Maria Tavares, Julio Sergio Verztman e Lilian Miranda que, por sua vez, puderam contar com uma apresentação elaborada para que pudessem tomar contato com as produções relacionadas a pesquisa como um todo, explorando os objetivos gerais e específicos do projeto, incluindo a experiência da criação e sustentação do Comitê Gestor da Pesquisa, os Grupos Focais e Hermenêuticos e suas narrativas assim como a Oficina de Consenso realizada com a participação de *stakeholders* e outras partes interessadas.

A decisão de ofertar os atendimentos no território, a escolha pela oferta de duas modalidades de atendimento (grupos psicanalíticos e grupos educativos), a construção coletiva e participativa da RASEV e o entendimento da necessidade de

supervisão clínica para os terapeutas, sessão a sessão, foram pautas amplamente discutidas neste encontro.

O encontro nos trouxe ainda a reflexão sobre a necessidade de sustentação das ações ligadas ao projeto, como a elaboração de capacitação para os trabalhadores da rede e outras ações relacionadas a RASEV, assim como a relevância da inserção efetiva e permanente do NAPEV com a oferta de grupos psicanalíticos para pessoas expostas a violência e ações ligadas aos grupos educativos junto aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Além disso, a realização da Oficina com Especialistas trouxe para a pesquisa (e para pesquisadores) apontamentos importantes acerca do caráter quase inédito do trabalho. Tais apontamentos nos trouxe a percepção de que, para sustentar um ambulatório psicossocial para o cuidado de pessoas expostas à violência, a partir da teoria psicanalítica, seria necessário a construção do que chamávamos de camadas de cuidado, a fim da elaboração da violência também no coletivo de pesquisadores.

Para tal, foi necessário a continuidade do aporte teórico por parte dos pesquisadores, especialmente voltado a leitura psicanalítica acerca da transmissão transgeracional da violência, vínculo, grupo e rede^{18,28,29,30} a fim de amplificar a condição de ouvir e dar suporte para conteúdos e atuações violentas, tanto para a violência narrada pelos usuários quanto pelos trabalhadores, sustentando à condição psíquica de pensar em cada fase do trabalho.

Após o início das atividades ligadas a etapa de pré-implantação, inaugurada pela Oficina com Especialistas, uma nova Oficina de Consenso foi realizada, com o objetivo de restituição das questões relacionadas a toda a pesquisa, sustentando a importância da participação dos atores envolvidos no projeto ao longo das três etapas.

A restituição se deu através de apresentação dos dados de forma longitudinal, com o objetivo de que fosse possível o diálogo e *feedback* de todas as etapas e percursos da implementação, tanto do NAPEV quanto da RASEV.

Para além do consenso com relação a sustentação e efetiva implementação do NAPEV na UNICAMP e na rede já constituída de cuidado a adolescentes e mulheres expostas a violência, foi possível pactuar a necessidade da implementação do dispositivo ambiência para crianças, com o propósito de acolher filhos e filhas, irmãos e irmãs dos pacientes atendidos pelo NAPEV, realizada simultaneamente aos atendimentos, garantindo o acesso ao cuidado para quem não possuía rede de apoio para o cuidado de crianças.

Destacou-se ainda a importância da sustentação dos grupos de estudo e supervisão semanal para os terapeutas, a sustentação das devolutivas dos casos atendidos através de reuniões com serviços encaminhadores, intersetorialmente, assim como a continuação das atividades da RASEV.

A saber, todo o consenso realizado com as partes interessadas ano de 2022 vem sendo sustentado pelo coletivo de pesquisa, mesmo sem contar, até o momento, com novo financiamento para tal.

1.4 A aproximação do Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces - com as Pesquisas de Implementação

O interesse pela escrita desse trabalho parte da defesa e do desafio de que a construção do conhecimento se dê de forma democrática, participativa e coletiva, fato esse, sabemos, pouco frequente, inclusive nas instituições de ensino e pesquisa.

Sendo assim, sustentar um coletivo de pesquisa que defenda a participação alinhado a uma práxis de cogestão já nos desenhos de seus projetos e que defenda o engajamento de partes interessadas em todas as etapas e processos necessários para a construção de conhecimento é essencial para a efetividade da implementação de práticas, serviços e políticas.

O Laboratório de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental Interfaces há muito se dedica à construção democrática e coletiva do conhecimento ao defender, principalmente, a participação de diferentes atores sociais em suas pesquisas, comprometendo-se a escuta dos grupos de interesse e partes interessadas e garantindo que haja sempre uma vertente política em suas pesquisas. Assim sendo,

a participação tem sido condição necessária ao desenvolvimento de políticas efetivamente comprometidas com mudanças sociais²⁵.

Integrando o Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP desde 2004 e coordenado pela professora Rosana Teresa Onocko Campos, o coletivo tem por objetivo a articulação do estudo, reflexão, pesquisa e formação a partir de pesquisas interconectadas entre a temática da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, realizando discussões teórico-práticas sobre temas relacionados as políticas públicas de saúde mental, com ênfase em pesquisas avaliativas participativas e na análise dos arranjos organizacionais da Atenção Básica em Saúde e na Atenção Especializada em Saúde Mental³².

Para tal, realiza, sistematicamente, discussões metodológicas nas linhas de pesquisa qualitativa, participativa e de abordagem hermenêutica-narrativa associando-as, mais recentemente, a Pesquisas de Implementação voltadas a implementação de práticas, serviços e políticas públicas com ênfase na Psicanálise, Violência e Apoio Matricial, com vistas a construção e avaliação de redes de cuidado em saúde mental.

Ao longo dos anos, a questão da participação de atores sociais na formulação, coleta de dados e análise de resultados em pesquisas vem tornando o Interfaces especializado em discussões teórico-práticas que garantam o efetivo engajamento das partes interessadas de forma ética e política em pesquisas.

Essa especialidade construiu-se através da realização de um número expressivo de pesquisas ao longo dos anos, sendo as principais delas:

- Pesquisa Avaliativa da Rede de Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campinas-SP: entre a saúde coletiva e a saúde mental (CNPq 554426/2005-6 – CT-Saúde/MCT 07/2005 – Estudo de Saúde Mental – 2005)
- Estudo Avaliativo de Arranjos e Estratégias Inovadoras na Organização da Atenção Básica à Saúde (FAPESP PPSUS – 06/61411-4 – 2007)
- Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos. (CNPq 575197/2008-0 – MCT/CNPq/CT-Saúde/MSTIE/DECIT 33/2008 – Saúdem Mental – 2008)

- Experiência, Narrativa e Conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário (CNPq 575197/2008-0 – MCT/CNPq/CT-Saúde/MSTIE/DECIT 33/2008 – Saúde Mental – 2008).
- Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: indicadores para avaliação e monitoramento de Centros de Atenção Psicossociais do Tipo III do Estado de São Paulo (FAPESP 09/53130-3 PPSUS – 2010)
- ARUCI – Aliança Internacional de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (CRSH/SSHRCC – 2009)
- Inquérito sobre o funcionamento da Atenção Básica e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras (CNPq – 2014).
- Recovery: instrumentos para sua aferição na realidade brasileira (CNPq Chamada Universal 2016 – Processo 420086/2016-1).

Mais recentemente, conforme citado anteriormente, dois projetos ligados a metodologia das Pesquisas de Implementação foram desenvolvidos, sendo eles:

- Pesquisa de Implementação de um Ambulatório para Pessoas Expostas à Situação de Violência em um Hospital Universitário (CNPq 426778/2018-9 MCTIC/CNPq 28/2018 – Universal/faixa C – 2018).
- Pesquisa de Implementação de dispositivos de integração da Rede de Saúde Mental no município de Itatiba-SP. (CNPq MS-SCTIE-Decit/CNPq nº 12/2018 - 2018).

Os espaços de interação e participação sempre estiveram presentes nas pesquisas realizadas pelo Interfaces, seja de forma longitudinal, pontual e/ou eventual, representados por Grupos de Estudo, Grupos de Apreciação Partilhada, Seminários, Oficinas (de capacitação, de planejamento, de consenso e de apreciação de especialistas), Grupos Focais e Grupos Focais Hermenêuticos, Grupos de Intervenção e Comitês, este último, alvo desta escrita.

Uma experiência importante no que diz respeito a participação de partes interessadas é a Pesquisa Avaliativa da Rede de Saúde Mental de Campinas, em que dois espaços foram denominados como Comitê: o Comitê Científico e o Comitê de Pesquisa que, por sua vez, são denominados de Dispositivos de Participação, indicando, que já em sua primeira grande pesquisa, o Interfaces caminhava no sentido

da criação de estratégias que pudessem envolver, engajar e tornar possível a participação de partes interessadas em seus projetos.

O Comitê Científico tinha como objetivos principais o estabelecimento de elos e interlocuções entre os pesquisadores e as respectivas equipes nos aspectos operacionais e técnicos da investigação a ser feita, dar apoio ao desenvolvimento das ações de campo e promover aproximação de aspectos metodológicos e conceituais envolvidos no estudo, possibilitando assim, um espaço potencial de cogestão e controle de decisões, inclusive as técnicas^{31,33}.

Já o Comitê de Pesquisa foi constituído para fazer a interface proativa entre serviços (trabalhadores, usuários e familiares) e o grupo de estudos e para o empoderamento dos trabalhadores no que concerne à avaliação^{31,33}.

Entendido como articulador entre a Universidade e a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas, este Comitê, com representantes de trabalhadores dos serviços e pesquisadores, constituiu o desenho do projeto, respeitando que os dispositivos e indicadores da pesquisa fossem construídos pelos próprios sujeitos envolvidos.

As primeiras tarefas tiveram íntima relação com a efetividade da realização de Grupos Focais e Grupos Focais Hermenêutico dessa pesquisa, assim como no agenciamento e aplicação de um questionário em campo. Em seus resultados, encontramos maior vinculação e legitimação dos pesquisadores com os serviços e o envolvimento dos membros do Comitê de Pesquisa em outras instâncias acadêmicas, assim como a participação ativa dos atores na pauta da Reforma Psiquiátrica na Universidade e na construção do saber acadêmico, além da possibilidade de discussões sobre as relações de trabalho e a relação entre os serviços³⁴.

Um grande acumulado teórico-prático, para além do Comitê Científico e do Comitê de Pesquisa, se deu ao longo de uma outra pesquisa, realizada em parceria Brasil/Canadá e fomentada pela Aliança Internacional de Pesquisas entre Universidade e Comunidade (ARUCI).

Denominada “Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, o Interfaces desenvolveu sua primeira experiência ligada à utilização do Comitê

Cidadão³⁵, que, por sua vez, e em adaptação ao originalmente concebido pela ARUCI, previa a participação de usuários e familiares em todas as instâncias de decisão na pesquisa.

No Brasil, foi fundamental para a tradução e adaptação do “Meu Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR)”, indicando o protagonismo de seus participantes e a efetiva inclusão destes como corresponsáveis pelo processo de produção de conhecimento em saúde mental, propiciando aumento nos graus de autonomia, empoderamento e exercício de cidadania, como defendido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira^{36,37,38}.

Já em 2019, na pesquisa intitulada “Pesquisa de Implementação de dispositivos de integração da Rede de Saúde Mental no município de Itatiba-SP”, o dispositivo denominado Comitê Gestor da Pesquisa (CGP) identificou e analisou suas contribuições para o acesso a desfechos relacionados à implementação de uma pesquisa no campo da saúde mental, tendo como pressuposto que o dispositivo, e aqui também referenciado como ferramenta, se constituía como uma estratégia de fomento à participação das partes interessadas para o planejamento, execução e na avaliação do projeto.

Em conclusão, nas principais contribuições deste CGP estiveram a promoção da participação das partes interessadas na pesquisa, conferindo maior profundidade à participação, a possibilidade de avaliação e monitoramento de aspectos como a viabilidade da pesquisa para o campo de estudo e o acesso aos desfechos da pesquisa de implementação de forma contínua e significativa, aliado a contextos reais³⁹.

Haja visto o descrito anteriormente, é notório o acumulado teórico prático do Interfaces com pesquisas que tem na participação das partes interessadas o seu desenho principal. Dito isto, faltava-nos o diálogo com a ainda recente Pesquisa de Implementação que, por sua vez, está em evidência principalmente em países em que há alto investimento em ciência.

Ao que parece, seria necessária a implementação do dialeto, carinhosamente chamado pelo Interfaces, como “Implementês”, para que conseguíssemos dialogar sobre aquilo que já fazemos, respeitado então o contexto brasileiro.

Considerada como uma ciência recente, as Pesquisas de Implementação vêm ganhando destaque entre as metodologias aplicáveis a estudos relacionados a implementação de práticas baseadas em evidências nos serviços e políticas públicas, sendo uma das terminologias passíveis para a conceituação sobre o campo da Ciência de Implementação⁴⁰.

A Ciência de Implementação consiste em investigações científicas que apoiam a utilização de abordagens de cuidados em saúde, e mais recentemente na assistência social e educação, que se mostrem eficazes e baseadas em evidências através da base de conhecimento clínico/científico (ou teórico/prático) para o uso rotineiro em contextos reais⁴¹.

Descrita como complexa, o surgimento da Ciência de Implementação é marcado, segundo Fixsen e Blase⁴², pela observação de que a sensação de saber o que fazer não causa impacto, mesmo com esforços bem-intencionados de mudança. Acrescentam ainda que, o uso de abordagens já desgastadas resulta em resultados previsíveis, geralmente evoluindo para aceitação de 5% a 15% de quem poderia tornar uma inovação eficaz.

Tal complexidade é citada, principalmente, em função da influência que as relações podem determinar nos resultados e na importância da descrição qualitativa das variáveis independentes e práticas de uma implementação⁴².

Sendo assim, utiliza-se de estudos sistemáticos dos problemas de pesquisa, testagem de intervenção e avaliação do real impacto de programas que possam contribuir com uma prática replicável, e, com isso, global⁴⁰. Conta com a sistematização de um conjunto de estratégias, geralmente estudadas pelas Pesquisas de Implementação, especificamente selecionadas com a finalidade de integrar com sucesso uma intervenção de saúde pública baseada em evidências em ambientes específicos⁴¹.

Um amplo conjunto de características como contexto, a identificação de fatores que se apresentam como barreiras ou facilitadores da implementação, os principais públicos ou grupos de interesse para a pesquisa e as variáveis de resultado da implementação definem ou constroem uma estrutura de investigação que possibilitará a utilização da questão de pesquisa como base para selecionar, entre a

ampla gama de métodos qualitativos, quantitativos e mistos, o delineamento do estudo ou pesquisa.

Em geral, a Pesquisa de Implementação se concentra em fechar a lacuna entre a evidência e a prática, e atualmente concentra-se na ampliação das conceituações do conhecimento, na natureza contingente dos contextos clínicos, organizacionais e políticos, na configuração e mediação da implementação, nas estratégias e intervenções que facilitam a ação de implementação e na interface entre a produção de conhecimento e seu uso na política e nas práticas de saúde⁴³.

Portanto, vem ampliando o entendimento acerca da elaboração, avaliação e publicação de estratégias confiáveis para melhorar os processos e resultados relacionados à saúde e facilitar a adoção generalizada dessas, principalmente no que diz respeito a identificação das barreiras e facilitadores da implementação⁴⁴, o que nos lança à importância da descrição do contexto em que a pesquisa se dará, considerando os fatores que podem influenciar positivamente e até mesmo negativamente uma implementação.

Sugerindo sempre, como em outras disciplinas, o desenvolvimento de perguntas ligadas a *Como*, *Quando*, *Onde* e *Por Que* as mudanças ou intervenções acontecem ou não, assim como quem são os envolvidos nas estratégias e mudanças propostas^{45,46}, as Pesquisas de Implementação são habitualmente realizadas através de uma ampla variedade metodológica (qualitativos, quantitativos e mistos) mantendo como aspecto principal a compreensão e ações ligadas as características do mundo real, com especial investimento nos grupos de interesse ligados a pesquisa.

Assim sendo, é importante que tenhamos claro qual a pergunta da investigação, visto a necessidade de que os objetivos estejam alinhados a escolha de teorias, estruturas e modelos de implementação. Tal escolha deve possibilitar a construção, compreensão, descrição, análise da implementação e disseminação dos resultados, esse último de maior desafio, visto a não padronização para tal.

Mesmo sendo os métodos mistos de pesquisa os mais reconhecidos dentro das Pesquisas de Implementação, os métodos qualitativos vêm sendo descritos de maneira positiva entre os teóricos da área. O Nacional Cancer Institute⁴⁷, em parceria com o National Institute of Health (NIH)⁴⁸, tornaram público uma revisão acerca dos

métodos qualitativos em Pesquisas de Implementação, levantando os principais pontos positivos e recomendações para o uso desta metodologia^{45,49}:

- . Possibilitar a compreensão das perspectivas das pessoas envolvidas e/ou afetadas pela implementação de uma intervenção (essencial para garantir que as intervenções abordem os problemas reconhecidos como de alta prioridade e que usam abordagens que são viáveis e aceitáveis em contextos de prática no mundo real).

- . Estabelecer e manter as partes interessadas da comunidade, engajamento e parcerias.

- . Definir o problema e desenvolver pesquisas ou questões de avaliação e hipóteses informando a concepção e implementação de intervenções através da seleção de estruturas adequadas de implementação, usando uma abordagem de pesquisa participativa, incluindo as partes interessadas, sejam trabalhadores, pesquisadores, familiares e pacientes com o propósito de pensar em intervenções para melhorar a adesão ao tratamento e diretrizes.

- . Compreender os contextos nas diversas configurações. Os métodos qualitativos são adequados para explorar como o contexto, as ações e as pessoas contribuem para uma implementação bem-sucedida (ou não implementada), possibilitando a avaliação de barreiras e facilitadores de implementação, assim como determinar fatores / determinantes de implementação.

- . Incentivar e documentar a reflexão sobre os processos de implementação (a fidelidade ao uso e implementação da intervenção estratégica e suas adaptações podem ser documentadas e mais bem compreendidas, assim como a adoção de práticas aprimoradas).

- . Melhor avaliação descritiva dos resultados e suas especificidades, (possibilitando o estudo da eficácia da implementação)

- . Selecionar e adaptar, ou desenvolver, estratégias de implementação.

- . Compreender os mecanismos de mudança e as relações entre eles, auxiliando no entendimento de como as intervenções ou mudanças poderiam ser sustentadas.

. Contribuir para o desenvolvimento teórico das Pesquisas de Implementação.

A escolha de teorias, modelos e estruturas (*frameworks*) também se apresenta como atividade primordial dentro das Pesquisas de Implementação. Quando usadas em pesquisas, elas podem orientar o projeto e a condução do estudo, informar o pensamento teórico e empírico de equipes de pesquisa e ajudar na interpretação dos resultados⁴⁹, além de possibilitar a avaliação dos esforços e facilitar a escolha de estratégias de implementação, incluindo as ligadas à participação das partes interessadas.

Há na metodologia das Pesquisas de Implementação orientações acerca da utilização de teorias, estruturas e modelos para as Pesquisas de Implementação e, a depender dos objetivos da pesquisa, é possível que seja necessário a utilização de mais que uma teoria, estrutura ou modelo⁵⁰.

Um modelo e uma estrutura vêm sendo mais utilizados pelo Interfaces, sendo eles o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) e o *Reach, Efficacy/Effetiveness, Adoption, Implementation, Maintenance* (RE-AIM), ambos já traduzidos e validados para a língua portuguesa, sendo o último mais bem caracterizado ao longo deste trabalho.

Das características citadas sobre a importância da escolha de uma estrutura para as Pesquisas de Implementação, a seleção das estratégias para implementação se apresenta como uma ação essencial.

Definidas como métodos ou técnicas, as estratégias de implementação compreendem esforços deliberados e intencionais para melhorar a aceitação e a sustentabilidade das intervenções⁵¹ e indicam a descrição das ações a serem feitas para que a implementação se dê, ou como a implementação se dará operacionalmente.

Sendo assim, identificar, desenvolver e testar estratégias de implementação são objetivos importantes da Ciência da Implementação, no entanto, o uso de linguagem inconsistente ou descrições inadequadas destas na literatura vem dificultando certa sistematização de dados relacionados⁵².

Com isso, a seleção de estratégias de implementação se justifica por possibilitar avaliações prospectivas que identificam potenciais necessidades, barreiras ou facilitadores da implementação, sendo recorrentemente denominadas como determinantes da prática.

Desse modo, informações sobre quantidade ou intensidade das estratégias de implementação, como a quantidade de tempo gasto com um facilitador externo, o tempo e a intensidade do treinamento, ou a frequência de auditoria e feedback devem ser designados como prioridade, assim como é importante a maneira como se publica, ou se publicita resultados⁵¹.

1.5 Sobre as motivações, objetivos e justificativa

Minha chegada no Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces se deu em meados de 2018, em um momento que me parecia crucial para as definições sobre os caminhos a serem trilhados por aquele coletivo a partir dali.

Com meu retorno à Universidade, vi-me estrangeira novamente. Mestrandos e doutorandos pareciam ansiosos com a falta de clareza sobre suas escritas ou sobre como suas escritas se dariam e a que prazo. Palavras difíceis, métodos específicos, prazos, dados epidemiológicos, atualizavam em mim uma experiência difícil vivida há muitos anos.

Estar ali como trabalhadora da saúde mental e não como pesquisadora, pareceu-me uma oportunidade real de trazer o contexto da prática clínica para junto daquilo que vinha questionando: para quem afinal é o que se produz na Universidade?

Aos poucos, fui me deparando com um projeto que eu passaria a integrar e que poderia somar a defesa de um modo de fazer que incluiria possibilidades de práticas de cogestão e participativas em pesquisas. Na verdade, isso não era novidade alguma ali.

Com uma participação mais livre, tanto na escrita quanto no desenvolvimento das ações ligadas ao projeto de Pesquisa de Implementação de um ambulatório para pessoas expostas a violência, transitei entre um certo apoio

estratégico logístico prático a um mergulho teórico sobre como aquele grupo defendia a construção do conhecimento.

Em meio a reuniões com representantes de serviços da saúde, assistência social, pesquisadores e a pauta da violência, fui retomando e me autorizando a rever meu posicionamento diante da Universidade. Afinal, de que valeria meu desafeto se nada produzisse com ele.

Depois de uma aula sobre grupos, naquele momento ministrada pelos professores Rosana Onocko e Pablo Castanho, e já envolvida em dispositivos participativos da pesquisa, acabei por ter um *insight*: o Comitê Gestor da Pesquisa é o que quero fazer aqui na Universidade!

A ideia de poder escrever sobre esse dispositivo me deu lugar junto ao coletivo, me reencaminhou a teorias já experimentadas, me lançou a novas e me encheu de esperança. Na clínica, no campo e no núcleo, vinha experimentando uma certa desesperança e foi na Universidade que me reencontrei com o Sistema Único de Saúde e com a militância por uma reabilitação psicossocial em saúde mental.

Quanto mais me encantava com os encontros do Comitê Gestor da Pesquisa (CGP), com mais seriedade eu os experimentava. O que inicialmente sentia como fragilizado, ou gostava de chamar de Cogestão para a Pesquisa, transformou-se em um mergulho sobre a importância da participação em pesquisas e quanto mais me via envolvida, mais necessidade teórica sentia, e, acabei por descobrir o quão sério e importante é e deve ser um Comitê que se dispõe a estar participativo.

Não era novidade para o coletivo aquilo que me encantava, tampouco a defesa de que pesquisa só se fazia desse jeito, mas foi com a retomada dessas discussões que o CGP começou a dialogar com a Pesquisa de Implementação e com a implementação do ambulatório para pessoas expostas a violência e vem daí, a motivação por essa escrita.

O estabelecimento de um CGP para a pesquisa, composto por representantes da Universidade, Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social, se deu pela expectativa de que esta seria uma estratégia capaz de fomentar o envolvimento e engajamento das partes interessadas, de forma participativa, durante o desenvolvimento da pesquisa.

Isso acabaria possibilitando a produção de conhecimento advindo do encontro entre os saberes práticos e daquilo que se pode caracterizar como experiencial, partindo da construção de um saber compartilhado a partir de um contexto real: gestores, trabalhadores e as redes de cuidado que representam, além dos pesquisadores e professores da Universidade.

Nesse sentido, o CGP poderia ser pensado como uma estratégia ou um dispositivo estratégico de cunho democrático que poderia contribuir ativamente para que as mais diferentes práticas e experiências se encontrassem com a Universidade e, a Universidade, por sua vez, pudesse ser colocada como elo que ligaria as duas redes em um propósito único: qualificar a rede de atenção às pessoas expostas à violência.

Sim, defendemos e sabemos tornar uma pesquisa quali-quantitativa participativa. Mas agora, queremos que esse conhecimento possa ser dialogado também com as Pesquisas de Implementação a fim de que, inclusive, possibilitemos a replicação do saber-fazer para quem defende os processos participativos como a gente.

Isto dito, o CGP tornou-se então meu objeto de estudo e observação, agora não mais como forma de cogestão em pesquisas, mas como um dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e efetiva participação de partes interessadas em uma Pesquisa de Implementação.

Para tal, são **objetivos gerais** deste trabalho:

- Avaliar o processo de utilização de um Comitê Gestor de Pesquisa como estratégia para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em Pesquisas de Implementação.

E para o alcance destes, são **objetivos específicos**:

- Identificar a utilização de metodologias qualitativas de pesquisa e sua utilização para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em pesquisas.

- Sustentar a realização de um Comitê Gestor de Pesquisa em uma Pesquisa de Implementação.

- Analisar como a efetivação de um Comitê Gestor de Pesquisa garante o envolvimento e engajamento de forma participativa das partes interessadas na implementação de um ambulatório de atenção a pessoas expostas a violência.

1.6 Metodologia

A questão da metodologia para este trabalho foi alvo de muita investigação, visto a prática e defesa ética-política do Interfaces por metodologias que tenham o desenho de contexto e a participação de *stakeholders* garantidos de forma longitudinal em seus projetos.

Ao longo da aproximação teórica com a multiplicidade de métodos já experimentados, pareceu-me apropriado definir esta dissertação como uma pesquisa qualitativa, participativa e que se propõe avaliativa, visto seu objetivo de analisar o CGP como uma estratégia para o envolvimento e engajamento de partes interessadas na implementação do NAPEV.

Já na Ciência de Implementação, as pesquisas habitualmente são caracterizadas por Tipos de Estudo, incluindo os Estudos Híbridos e a Pesquisa de Implementação Pura, esta última utilizada para a escrita deste trabalho e delineada como um estudo observacional.

E finalmente, o modelo teórico conceitual em Pesquisa de Implementação utilizado nesta pesquisa será o RE-AIM, mais bem caracterizado a seguir no que diz respeito as suas dimensões.

1.6.1 Sobre a estrutura para avaliação de implementação RE-AIM

A estrutura RE-AIM aborda a implementação de forma já apresentada em sua denominação, descrita aqui a partir da escolha de bibliografia específica utilizada para este trabalho^{53,54,55,56, 57}.

. R – *Reach* (Alcance): Dimensão que mensura de que forma, a porcentagem, a representatividade e o efetivo Alcance dos grupos de interesse ligados intervenção, iniciativa ou proposta de implementação. Inclui-se aqui a possibilidade de avaliação das razões pelas quais os grupos de interesse participam ou não.

. E – *Effectiveness* (Efetividade/Eficácia): São avaliados os resultados positivos e negativos da intervenção, assim como os desfechos da implementação e quais e como os componentes utilizados contribuem para a eficácia ou efetividade da intervenção.

. A – *Adoption* (Adoção): Refere-se à representatividade das instituições, organizações ou partes interessadas dispostas a adotar uma determinada política, programa ou prática, assim como a análise dos motivos pelos quais se dispuseram a participar. Nesta dimensão é importante a descrição das estratégias e adaptações necessárias para que a adoção seja efetivada.

. I – *Implementation* (Implementação): refere-se à fidelidade dos chamados agentes de intervenção aos vários elementos de uma intervenção, incluindo consistência, tempo e custo da proposta, assim como a avaliação da condução adequada da implementação. Pode ser avaliada nos níveis individual e institucional (organizacional), mensurando-se a adesão dos participantes e a forma com que a intervenção pretendida foi entregue. Avaliar a implementação é crucial para determinar quais intervenções são práticas o suficiente para ser eficaz em determinados contextos.

. M – *Maintenance* (Manutenção): Aplicável a nível institucional (organizacional) e individual, esta dimensão trata-se da medida que uma prática, programa ou política tornou-se institucionalizada e incluídas na rotina da instituição ou

serviço e quais seriam os efeitos benéficos a longo prazo. Ainda frágil teoricamente, esta dimensão apresenta-se como um desafio visto a dificuldade de encontrar pesquisas que informem a institucionalização das intervenções.

Conceituado há mais de 20 anos, o RE-AIM tem sido um dos principais modelos de estrutura destacados, dentro da Ciência de Implementação, para o desenho, desenvolvimento e avaliação em Pesquisas de Implementação. Surge a partir da necessidade de mudança no paradigma relacionado aos processos de saúde e doença, através do reconhecimento da multiplicidade em que determinantes de contexto e desfechos em saúde poderiam se apresentar⁵⁷.

Segundo Holtrop, Rabin e Glasgow⁵⁸ (2018) e Glasgow et al⁵⁹ (2019), a estrutura destacou-se pela ampliação na forma como as avaliações de impacto de uma intervenção eram conduzidas, antes voltadas tradicionalmente a resultados de eficácia e eficiência, possibilitando, então, a análise de dados de maneira ampliada, seja externamente ou internamente, facilitando tanto a transparência de resultados como sua replicação, tornando-se uma das estruturas de planejamento e avaliação de resultados mais comumente utilizadas no campo da saúde pública^{58,60}.

Inicialmente definido como uma estrutura e ferramenta para a avaliação, projeção de programas e projetos e construção de resultados mais generalizáveis⁶¹, sua utilização vem se ampliando para o planejamento e desenho de projetos, implementação, avaliação e análise de resultados com vistas a disseminação da própria estrutura, facilitando a replicação dos resultados com foco na validação dos dados. Embora a avaliação tenha sido um foco inicial, o RE-AIM enfatiza a tradução da pesquisa para a prática, o *design* para disseminação e a importância de considerar o contexto no planejamento e no design, além da avaliação⁶².

Seu uso mais generalizado em Pesquisas de Implementação se dá, em partes, pela flexibilidade para abordar problemas de saúde pública de maneira prática e mais compreensível a pesquisadores, trabalhadores e formuladores de política⁶⁰. Além disso, o modelo possibilita a revisão do processo de implementação, incluindo a descrição e avaliação do uso de estratégias a partir de sua estrutura, justificando a escolha do RE-AIM para a escrita deste trabalho.

Contudo, e por ser considerada uma estrutura de organização “roteirizada”, o RE-AIM vem se mostrando especialmente útil em fatores contextuais de forma pragmática, implicando-se mais estrategicamente aos contextos de vida real, possibilitando a ampliação e contextualização de resultados, com foco no impacto populacional⁶¹.

Em publicações mais recentes há destaque para estudos que incluem uma avaliação mais aprofundada do contexto, desenvolvimento e aplicação de medidas padronizadas de pesquisa ligadas as dimensões RE-AIM e seus itens, bem como a aplicação iterativa da estrutura.

Há ainda investimento da expansão das questões relacionadas ao custo, valor, sustentabilidade, e, mais direcionado a este trabalho, a exploração da integração do RE-AIM a dinâmicas de sistemas participativos e outros métodos de engajamento de partes interessadas^{60,62} assim como em sua aplicabilidade em ambientes não relacionados à pesquisas especificamente, mas em sua utilidade pragmática em projetos que não possuem grandes orçamentos para implementação e avaliação de práticas⁶¹.

Atualmente, o site www.re-aim.org⁵³ colabora substancialmente para que os recursos e ferramentas do RE-AIM sejam estudadas, aplicadas e avaliadas, com destaque a oferta de questionários e formulários autoaplicáveis, *checklists*, representações gráficas como figuras, quadros e tabelas que facilitam o uso do RE-AIM, bem como medidas e orientações digitais para sua utilização.

O site conta ainda com informações ligadas ao Modelo de Sustentabilidade de Implementação Prática (PRISM) que inclui fatores contextuais e multiníveis relevantes para a implementação (incluindo os resultados do RE-AIM) do planejamento a sustentabilidade, sugerindo uma estrutura integrada desenvolvida para a melhora da adoção e a implementação sustentável de intervenções baseadas em evidências, seja em serviços de saúde, saúde pública, educação ou na comunidade.

Concluindo, os dados necessários para a análise de resultados deste estudo, que se baseará na revisão das dimensões do modelo de estrutura RE-AIM,

serão extraídos de diários de campo elaborados ao longo da pesquisa, que, por sua vez, somam um total de 187 páginas.

Além disso, serão incorporadas 25 atas das reuniões do Comitê Gestor da Pesquisa, abrangendo tanto as reuniões ordinárias quanto as extraordinárias, juntamente com 5 atas das Oficinas de Planejamento e 02 atas das Oficinas de Consenso, realizadas no período de 2019 a 2022.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A pesquisa participativa nos estudos de implementação

2.1.1 A Participação Social

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, fruto da luta de diversos movimentos sociais, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando de forma significativa o acesso dos cidadãos brasileiros à saúde, visto a instituição de suas diretrizes que estabelecem o direito à saúde de maneira integral, universal e gratuita.

Somado a isso, estabeleceu-se os três princípios organizativos do Sistema, sendo eles:

. A Universalidade: visa garantir o direito do cidadão brasileiro ao acesso a saúde, determinando como dever do Estado a elaboração de políticas públicas que visam garantir e qualificar este acesso;

. A Equidade: princípio que trata sobre a oferta de cuidado em saúde, paramentada pelos determinantes sociais de saúde e na compreensão de que a desigualdade social, por exemplo, pode tornar a necessidade de acesso a saúde maior ou menor, priorizando, assim, a oferta a grupos populacionais que apresentam maior risco de adoecimento ou morte e;

. A Integralidade que, por sua vez, amplia a concepção de saúde, com propostas de ações integrais, seja na prevenção ou promoção da saúde, sem prejuízo a assistência relacionada a reabilitação e tratamento, incluindo a compreensão da relação da saúde a questões sociais e ao sofrimento psíquico.

Sendo assim, é de se destacar a importância da Participação Social no SUS, visto que discussões sobre as pautas da diversidade, cidadania e desigualdade social deveriam nortear tanto a formulação de políticas públicas específicas, quanto proporcionar a facilitação de acesso ao cuidado, ofertando atendimento a partir da especificidade e necessidades dos cidadãos e de suas comunidades.

A Participação Social, já definida como princípio organizativo do SUS, foi regulamentada através da Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990⁶³, na qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão, incluindo decisões acerca das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde¹, trazendo um marco legal que admite a importância da participação de atores sociais e/ou da comunidade de forma a possibilitar a discussão, definição, implementação e, não menos importante, a execução e avaliação de políticas públicas ligadas a saúde.

Ora citada como diretriz, ora como princípio, a Participação Social traz à tona a importância da construção e manutenção de uma democracia, aqui definida como um sistema sociopolítico, no qual se procura negociar os conflitos e as divergências, partindo-se de contextos reais, que, além de comporem o quadro das dificuldades e dos problemas a serem enfrentados, são igualmente a expressão concreta de uma realidade dinâmica, produtiva e criativa⁶⁴.

Uma democracia da qual se participa de fato, que encontra escuta e que produz ações, responsabilizando-se por uma participação implicada no que diz respeito aos aspectos ligados as políticas públicas, entre estes, a oportunidade de que se apresentem ou se transformem em políticas sociais, sustentando-se a partir do eixo do que mais recentemente se convencionou a chamar de empoderamento de sua clientela³¹.

“Nesse sentido, a vertente política relativa à participação e aos diferentes graus de cogestão possíveis, deveria assumir a mesma importância das outras duas vertentes – a socioeconômica (ocupação e renda) e a assistencial (voltada ao sustento de grupos que não

podem fazê-lo) que em tese constituem as políticas sociais. Podemos então, depreender que a participação é uma condição necessária a uma política social realmente comprometida com mudanças sociais, podendo ser o meio para que se previna a degradação da assistência em assistencialismo e/ou domínio da vertente socioeconômica pela tecnocracia” (31)

Atrelar a Participação Social a Democracia exige amplo diálogo, principalmente sobre os meios de participação da sociedade e os modelos democráticos, entre eles, os semidiretos ou participativos, pensados como instrumento de fomentação da relação entre o Estado e a quem se destina suas ações⁶⁵.

Portanto, seria prudente que a concepção de Participação Social pudesse se assemelhar às características da democracia, mas apresentada de modos diversos e as vezes, representadas por disputas, conflitos e diferenças.

Segundo Fuzari⁶⁵, a busca pela compreensão do espaço da participação perpassaria por um aprofundamento da compreensão dos conceitos de representação, a própria participação e a formas clássicas de democracia.

A exemplo, encontramos em Tatagiba e Teixeira⁶⁶ uma análise sobre os principais programas políticos do primeiro governo Lula, que, segunda elas, combinavam a expectativa da democratização do acesso ao bem público e a defesa de um modelo alternativo de produzir e acessar os mesmos bens.

Sendo assim, os programas se assemelhariam a algumas características da Participação Social, com ênfase, entre outras, na participação dos territórios, buscando o desenvolvimento de comunidades engajadas a partir do reconhecimento e legitimação das formas coletivas de saber e de produção dos bens públicos⁶⁶.

Assim pensada, a Participação Social partiria do ponto de vista de quem de fato precisa dela, a partir de uma experiência real e comunitária, através de inserção de uma política organizada de forma a não se tratar o direito como assistencialismo.

Participar seria algo comum a todas as políticas sociais redistributivas, porque é o caminho fundamental de todas. Não haveria sentido em imaginar uma

determinada política social que fosse participativa e outra não, já que, não sendo participativa, também não seria social⁶⁴.

“Além disso, a prática garantiria, de acordo com alguns teóricos da investigação/ação, que as atividades realizadas cheguem a resultados comunitários e não estejam determinadas por interesses pessoais. Em algumas organizações políticas e sociais, se supõe, inclusive, que as práticas são uma espécie de seguro contra as tendências individualistas próprias do trabalho teórico. Sem negar o narcisismo quase intrínseco à reflexão e à análise teórica, considero que o uso das práticas, desarticulado da reflexão e realimentação teórica, as reduz frequentemente a um empirismo voluntarista e rotineiro. Daí que a questão não seja excluir o teórico, mas questionar o teorismo, bem como o praticismo, e assim promover a articulação constante entre teoria e prática.” (67)

Contudo, definir a Participação Social não é tarefa fácil, visto seus vários significados e graus de importância a partir do contexto em que ela se dá, ou deveria se dar. Saber como é entendida, onde está localizada nas relações estabelecidas entre o sujeito e o coletivo e de que maneira ela se insere nos mais diferentes espaços, são caminhos necessários para a sua compreensão. Além disso, faz-se necessário a reflexão acerca de em qual realidade ela se apresenta e qual objetivo espera alcançar.

Por essa pluralidade de concepções e/ou definições, estamos sempre em um certo risco de lançarmos mão da expressão sem que de fato consideremos a participação efetiva de atores sociais, o que torna importante uma reflexão fundamentada, ligada a objetivos claros, relacionada a aquilo que se espera com a Participação Social, o que deve incluir certa instrumentalização dos atores representados acerca da definição sobre a própria Participação Social.

“A noção de participação é polissêmica e envolve diferentes perspectivas, com inserção em campos distintos, como o da política e da produção de conhecimentos, dentro de outros possíveis. O ideário participativo, surgido a partir dos anos 1960 sobre a noção de participação e emancipação popular, assumiu contornos mais amplos e fluidos nas disputas travadas por ocasião da constituinte.” (68)

Sendo assim, a participação social é base constitutiva da democracia e, por conseguinte, o aperfeiçoamento e a ampliação de uma, estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra. O que torna a compreensão dessas relações uma tarefa complexa é que a democracia, assim como a participação, é uma categoria guarda-chuva, que comporta múltiplas e variadas definições⁶⁹.

Entendendo a polissemia como algo passível de diversos significados, nos cabe aqui explicitar de qual participação, ou a qual objetivo nos debruçaremos neste trabalho.

A Participação Social vem sendo discutida como atividade importante no que diz respeito a elaboração de políticas públicas de atenção à saúde desde meados do século XIX e tinha, como um de seus objetivos, o desenvolvimento de ações organizadas, voltadas a ações coletivas, e por vezes, individuais, de representantes da sociedade civil, principalmente, dos que viviam à margem de direitos. Com vistas ao desenvolvimento de políticas sociais com efetiva participação democrática, foi se entendendo a importância dos aspectos socioculturais, abrindo escuta à experiência da vida cotidiana e à realidade desta no desenvolvimento de políticas sociais, possibilitando, segundo Menéndez⁶⁷:

“Questionar o já dado, opor-se ao instituído, à dominação, à manipulação e à cooptação, mas também à burocratização. A Participação Social possibilitaria o desenvolvimento da autonomia nos planos do sujeito e do grupo; questionaria a verticalidade das organizações e da tomada de decisões, ou pelo menos de algumas formas de verticalidade. De uma perspectiva política, a PS pressuporia um exercício permanente de democratização e, como se disse anteriormente, de cidadania; ainda, explicitamente ou de maneira larvar, alguns pensaram a Participação Social em termos de democracia direta ao colocar o eixo na tomada de decisões. Além disso, a participação possibilitaria a transformação do próprio sujeito, ao transformá-lo em ator que não reduz seu papel à reprodução da estrutura, mas que contribui para produzi-la e mudá-la.” (67)

Acrescenta ainda que a Participação Social poderia favorecer ou ainda promover ações criativas, o envolvimento do sujeito/grupo, a conscientização, a

responsabilidade, a democratização, assim como o senso de pertença e que tais características poderiam ser utilizadas para intervir sobre o processo que denomina como saúde/doença/atenção, salientando que essas características deveriam ser compreendidas como ações necessárias para o desenvolvimento da participação, evitando-se, com isso, o equívoco da crença de que a mesma já contivesse tais trações “em si”.

Portanto, é crucial que tenhamos clareza ao pensar na Participação Social, como já citado anteriormente, quais são nossos objetivos e, não menos importante, que tenhamos estratégias para que ela se dê de fato. Para tal, parece-nos necessário um planejamento voltado as especificidades do processo participativo, inclusive para a identificação dos desafios e dificuldades para que a participação se dê efetivamente.

Com relação aos objetivos, Menéndez⁶⁷ faz destaque a algumas características de como a Participação Social poderia se apresentar, tendo como ponto de partida as expectativas relacionadas aos processos de saúde/doença/atenção. Dentre os objetivos citados da Participação Social encontramos:

- . atividade específica ligada à melhoria da saúde e à diminuição de danos ligados a doenças, legitimando o Estado ou o grupo que promove esse tipo de atividade;

- . meio de organizar a comunidade/bairro/grupo, mas considerando o processo ligado a saúde/doença/atenção como central para gerar este exercício organizacional;

- . meio de participação voluntária para a avaliação e supervisão da utilização de recursos públicos, aplicados a estratégias de tratamento ou ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;

- . engajamento da população a fim de planejamento e aceitação de propostas desenhadas e decididas pelo poder público;

- . instrumento decisivo no desenvolvimento de experiências e capacidades participativas e organizacionais, com vistas à aquisição de conhecimentos, garantindo o exercício democrático da cidadania, com o propósito de produzir transformações micro e macrossociais;

. garantia de continuidade das atividades propostas, vistas as fragilidades de sustentação e manutenção das propostas elaboradas pelas mais diversas instituições, incluindo aqui, os serviços de saúde.

Chamamos atenção, ainda, para três outros objetivos relevantes sinalizados por Menéndez⁶⁷, que podem nos trazer reflexões sobre como a Participação Social pode apresentar-se frágil ou ser proposta de maneira equivocada se entendida sob o viés da participação democrática ou mesmo na defesa da construção coletiva de decisões:

. A Participação Social considerada como não relevante para a modificação substancial das condições de saúde, mas para fins de soluções ligadas a mudanças estruturais e/ou soluções técnicas;

. A Participação Social como mecanismo que soluciona parcialmente os problemas, mas que deve ser promovida porque em função de diferentes fatores, como redução de recursos financeiros ou da redução da cobertura de atenção, entre outras, essa participação garantiria um mínimo de intervenção e/ou eficácia sobre os problemas;

. A Participação Social como um mecanismo de 'distração', de mediatização, de reforço de relações de hegemonia/subalternidade a respeito dos setores sociais subalternos.

Ainda na exploração dos objetivos da Participação Social, encontramos em Furtado (et al)⁶⁸ a caracterização das dimensões a serem alcançadas através dos processos participativos, definidas pelo autor como amplitude e profundidade da participação.

Por amplitude, entende-se a diversidade de atores sociais envolvidos, ou a representação de diferentes grupos de interesse específicos, que podem variar a partir dos objetivos da Participação Social, possibilitando a escuta de diferentes pontos de vista e uma representatividade democrática pluralizada. Sendo assim, a escolha pela Participação Social a abrangência dos grupos de interesse participantes garantindo-se a diversidade dos segmentos sociais⁷⁰.

Já por profundidade e segundo o mesmo autor, entende-se a potencial capacidade de interação, intervenção e implicação dos atores sociais ou grupos de

interesse diversos nos vários aspectos e em diferentes fases do processo participativo, dando-se, inclusive, já nas definições dos objetivos e desenhos iniciais de uma proposta de política pública ou social, ou, como em nosso caso, em investigações que farão propostas de políticas públicas, assim como durante todo o processo de implementação.

“Por seu turno, a profundidade pode ser qualificada pelo grau em que esses mesmos grupos interagem e interferem em aspectos como controle de decisões técnicas, definições de questões, análise dos dados, dentre outros”. (68)

Sob o mesmo ponto de vista, Escorel⁶⁹ elenca alguns aspectos que, por sua vez, estariam ligados às análises das dimensões da Participação Social, entre eles, os relacionados a organização, à democratização, à autonomia e à gestão da instância participativa.

Segundo a mesma autora, a gestão da instância participativa precisaria preocupar-se, em especial, ao que se referem às regras de ingresso dos sujeitos interessados em participar, às oportunidades que estes sujeitos têm de atuar e de deliberar (em particular o acesso à informação), aos recursos voltados para a qualificação e a capacitação dos sujeitos, à sustentabilidade e à resolutividade.

Contudo, entendemos a Participação Social como processo ético político democrático, e, com isso, sentimos necessidade de nos questionarmos sobre as formas como a participação se daria em suas diversas instâncias.

Nos é habitual defender os processos participativos na interface entre saúde coletiva e saúde mental e geralmente nos deparamos com ela, ou com seus objetivos, através de estratégias ligadas ao controle social. Entretanto, temos clareza e que a “simples” aproximação com o termo ou definição sobre o conceito de participação não vem sendo suficiente para que ela se dê de forma efetiva, mesmo nas instituições que a defendem.

A fim de aprofundamento teórico na caracterização da Participação Social, retomaremos adiante questões sobre o planejamento participativo, aqui representados por componentes básicos que nos parecem ter correlação direta, entre outras questões, a nos colocar disponíveis para a participação, facilitando, como esperado, o diálogo entre as várias esferas representadas.

Segundo Demo⁶⁴, o planejamento participativo se daria através da composição de três componentes básicos, sendo eles:

a) O processo inicial da formação da consciência crítica e autocrítica na comunidade, através do qual se elabora o conhecimento adequado dos problemas que afetam o grupo (autodiagnóstico), colaborando para a formulação comunitária, através de seu saber e em consórcio com o saber técnico, de um posicionamento crítico diante da realidade;

b) Formada a consciência crítica e autocrítica, segue-se a necessidade de formulação de uma estratégia concreta de enfrentamento dos problemas, que saiba destacar prioridades, caminhos alternativos, propostas de negociação, entre outros. Daquilo que se denominaria como reconhecimento teórico, partir-se-ia para a ação, dentro de um contexto planejado.

c) Consumando o terceiro ponto, aparece a necessidade de se organização para participação, sendo este uma estratégia fundamental para os dois passos anteriores, demonstrando, sobretudo, a capacidade de organização, que, por sua vez, é um teste fundamental dos compromissos democráticos do grupo, aliado ao desafio de fazer acontecer.

O autor acrescenta ainda, que o tratamento do fenômeno participativo, entendido como o próprio cerne da qualidade na realidade social, exigiria revisão teórica e metodológica do planejamento participativo, citando caminhos a serem percorridos para tal: a supressão da relação verticalizada entre sujeito e objeto, a união dialética entre teoria e prática, convivência (vivência) prática mínima com o fenômeno participativo e identificação ideológica com a pauta, além de atitude equilibrada diante dos métodos clássicos, com vistas a impulsionar os avanços na dimensão qualitativa com profissionalismo e seriedade ainda maiores.

Planejar este fenômeno não seria impeditivo de que se busque convencer a comunidade da necessidade de determinada ação, desde que o processo de convencimento se faça dentro de um espaço conquistado de participação, ou seja, partindo-se dos interesses da comunidade, levando-se em conta sua contribuição e sua potencialidade, o que exigiria um certo movimento de convencer e se deixar ser convencido⁶⁴.

Além das questões previamente mencionadas, que se relacionam ao planejamento, objetivos e dimensões da Participação Social, encontramos também em Escorel⁶⁹, uma representação conceitual acerca das formas de participação, definidas pela autora como:

- a) A 'presença': definida como a forma menos intensa e mais marginal da participação, englobando comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, sem que se oportunize ao indivíduo qualquer contribuição pessoal;
- b) A 'ativação': participação em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente;
- c) A 'participação': quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

Tendo em vista suas características e reconhecendo a importância da Participação Social, torna-se evidente que não podemos evitar considerar os desafios que essa prática (que é também escolha) nos apresentará. Dentre os principais desafios, além da complexidade para sua definição, está uma discussão crucial e ainda sensível: a efetividade da participação.

Segundo Laval⁷¹, além da complexidade para a definição da participação, sendo ela multidimensional e polissêmica nos sentidos práticos, teórico e institucionais, aferir seus efeitos ainda é prática pouco consensuada, principalmente com relação aos efeitos esperados ou quanto à relevância de avaliá-la por seus efeitos, considerando ainda que ponderar o valor da participação pela sua utilização, equivaleria a desvalorizá-la ou torná-la secundária em relação ao efeito esperado.

Contudo, é inegável a urgência da criação de agenda que torne central a avaliação de um conjunto de ações que comporiam a produção de significados presentes na experiência de participação e na observação sobre o estabelecimento das relações institucionais estabelecidas para tal, afinal, compreender a complexa rede de relações presentes nos espaços de interação social, exige articulação com arranjos de poder e de autonomia gerados pela própria participação⁷².

Além disso, segundo Furtado⁷⁰, supor que trabalhadores, grupos de interesses ou atores sociais estejam ávidos por participarem pode ser um equívoco, visto que o necessário para a participação disputará espaço com outras atividades já

realizadas pelos convidados e exigirá importantes esforços e trabalho ao longo do tempo. Também por isso, as diferenças de interesses, expectativas e saberes exigem recursos condizentes para que a colaboração e a participação superem a condição de prescrição politicamente correta ou de novos nomes para velhas práticas⁶⁸.

Com isso, é importante ressaltar que processos democráticos de participação conferem a liberdade e o direito de participar, mas não necessariamente estabelece os mecanismos e os processos para tal. Até mesmo a multiplicação dos órgãos representativos decorre de pressões e demandas da sociedade, por isso uma democracia participativa exige uma cidadania ativa, pessoas e coletividades que participem³¹.

Para Menéndez⁶⁷, a Participação Social traria à tona, recorrentemente, as dificuldades que existem na construção e na manutenção de organizações grupais ou comunitárias que a garantam, lembrando-nos que a população costuma demorar a organizar-se, e que, contudo, uma vez estabelecida tal organização, conflitos por micropoderes surgirão entre seus membros e que interesses pessoais e setoriais podem dificultar a gestão da participação e conduzir, frequentemente, à extinção da experiência.

Isto posto, é urgente promover um debate menos idealizado sobre a participação. Temos adotado o termo como parte de nossa rotina sem, de fato, nos envolver em diálogos significativos com representantes da sociedade, em sua diversidade, incluindo suas comunidades e coletivos sociais aos quais pertencem.

Para tal é preciso abordar com seriedade a questão do direito à participação e sua conexão com a cidadania. Atualmente, o termo participação é frequentemente utilizado mais como um jargão que em ações concretas que defendem dispositivos ou arranjos capazes de fomentar o diálogo e, conseqüentemente, o entendimento sobre a importância da participação.

Habitualmente definimo-nos abertos à participação do outro sem que tenhamos clareza dos objetivos ou que tenhamos investido na oferta de informação sobre seu conceito, podendo, com isso, produzir pouca implicação ou nenhuma implicação destes atores. Conceituar teoricamente a Participação Social não vem produzindo, necessariamente, participações efetivas o que torna desafiador sustentar

a clareza em relação ao seu objetivo ou sentido atribuído pelos atores que a ela estão ligados.

Desta forma, poderíamos acometer aos participantes, inclusive, a sensação de que participar fosse algo do espectro do dever e não apenas por uma certa “oportunização”. Porém, parecemos ainda distantes do compromisso ético político ligado ao compromisso pela participação social e comunitária, pressupostos pelo conceito de cidadania, no qual direitos e deveres deveriam estar associados também a uma sensação de pertencimento comunitário e não apenas ligados a direitos individuais.

Com isso, teria a Participação Social responsabilidades individuais para com o coletivo, mas, sobretudo, investimento e responsabilização desses atores no que diz respeito à mudança de sua realidade e da realidade da comunidade no qual estão inseridos. Segundo Demo⁶⁴, processos participativos acentuam cidadania organizada, ou seja, não a individual, por mais que essa também tenha sua razão de ser.

Sendo assim, a organização cidadã traduziria um aspecto importante da competência democrática, por coerência participativa, bem como por estratégia de mobilização e influência. Não se interessar por formas de participação organizada significa já uma visão ingênua do processo social, porque, por mais crítica que seja a cidadania individual, não quer dizer que tenha relevância social, como estratégia de transformação⁶⁴.

Ao entendermos a Participação Social como um compromisso, é preciso que a coloquemos em destaque na construção de políticas sociais públicas que, para além de estarem intimamente ligadas a questões primordiais da sociedade, trariam para os atores sociais empoderamento, representado pela possibilidade concreta de cogestão e sustentabilidade do que se criou conjuntamente e de forma participativa, tratando-se, então, de um processo histórico infundável, que faz da participação um processo de conquista de si mesma. Não existe participação suficiente ou acabada. Não existe como dívida ou como espaço pré-existente. Existe somente na medida de sua própria conquista⁶⁴.

Assim sendo, a Participação Social deveria possibilitar que seus atores e/ou a comunidade a qual pertencem, pudessem encontrar local de fala e escuta

qualificada, respeito às diferenças e possibilidades reais de co-construção, trazendo para cena suas percepções, necessidades e interesses, de forma que pudessem sentir-se envolvidos no compartilhamento de decisões que acabam por atingir sua própria experiência comunitária e social.

Participar é estar em constante exercício democrático no qual seria possível estar em cogestão de propostas mais efetivas, com a devida atenção as reais necessidades da comunidade, visando, inclusive, o exercício da cidadania, aqui pensada como um usufruto de direitos, ou no exercício dos direitos cidadãos, em contrapartida aos deveres, visando a diminuição das desigualdades sociais e a concretização de políticas que respeitem os direitos civis, políticos e sociais.

“Para mudanças sociais são fundamentais condições objetivas e subjetivas favoráveis, podendo predominar uma à outra, de acordo com o momento histórico. A política social participativa busca resgatar a problemática das condições subjetivas, no sentido da importância da organização política, dentro de estruturas dadas, quer dizer, sem secundarizar a questão da base objetiva material.” (64)

Contudo, a Participação Social mostra-se, principalmente em momentos políticos nos quais vivemos, importante (e talvez essencial) ferramenta não apenas a respeito das pautas sobre saúde, mas também no que diz respeito ao fortalecimento da democracia, tarefa essa que nos exigirá uma reflexão acerca dos processos, incluindo aqui as potências e dificuldades associadas.

Investir em participação possibilitaria leitura honesta, efetiva e direcionada à criação de políticas sociais públicas visando o envolvimento efetivo, a conscientização sobre problemas relacionados e mais que isso, a implicação da sociedade nas mais diversas etapas da implementação de práticas, serviços e políticas públicas.

Enfim, e como pensado por Furtado (et al)⁶⁸, ainda que a participação constitua elemento decisivo para evitar a degradação e manipulação das iniciativas oriundas de políticas públicas, outras formas de participação necessitam ser criadas, direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação dessas políticas.

É necessário expandir de maneira significativa e ampliada a participação de quem conduz boa parte dos programas e serviços ligados às políticas públicas, estabelecendo, assim, espaços de participação que tenham como ponto de partida o conhecimento a ser gerado pela própria participação, seja por trabalhadores, gestores, usuários ou familiares⁶⁸.

2.1.2 A Pesquisa Participativa

A Pesquisa Participante, ou Participativa, como chamaremos aqui, surge entre 1960 e 1980, período este marcado por discussões acerca da importância da Participação Social, incluindo na relação metodológica em pesquisas, implementação e avaliação de políticas públicas, aqui no Brasil, mais especificamente, na década de 1980, com a chegada da Constituição.

Segundo Gabarrón e Landa⁷³, a Pesquisa Participativa nasce a partir do que chamam de “crise nas Ciências Sociais” período esse essencialmente problematizado em função da relevância social das investigações científicas e a produção de conhecimentos psicossociais em pesquisas, o que convocou, a exemplo, a Psicologia Social ao desenvolvimento de raciocínio científico voltado ao controle social, com vistas à problematização de estruturas de poder que sustentavam a produção de conhecimento da época.

“Algumas das tendências apontadas, especialmente as que trabalham em investigação/ação ou em investigação participativa, questionaram o papel e a função dos especialistas e da atividade acadêmica e profissional em geral, indicando que o conhecimento que produzem não se refere às necessidades e problemas dos conjuntos sociais, que grande parte de suas contribuições são complexas e difíceis de manejar pela população, e que suas pesquisas têm a ver basicamente com objetivos acadêmicos e profissionais que tendem frequentemente a reproduzir jogos acadêmicos. Além disso, alegam que os especialistas têm funcionado a favor dos interesses de determinados grupos, e operado como controle dos grupos

subalternos mediante aspectos específicos, principalmente dentro do campo da saúde.” (67)

Historicamente, a correlação prática da Pesquisa Participativa esteve ligada a movimentos sociais, segundo Brandão⁷⁴, reconhecendo-se como alternativas de projetos de enlace e mútuo compromisso com o envolvimento de pessoas ligadas ao que chamou de agências sociais “eruditas” e “populares”, partindo então do interesse de diferentes possibilidades de relacionamentos entre os dois polos de atores sociais envolvidos nas pesquisas, sugerindo que a mesma se desse de forma interativa e participante.

Complementa ainda que as Pesquisas Participativas tendem a ser concebida como um instrumento, um método de ação científica, ou um momento de um trabalho popular de dimensão pedagógica e política quase sempre mais amplo e de maior continuidade do que a própria pesquisa.

Portanto, a história narrada pela Pesquisa Participativa parece se enlaçar aos conceitos e defesa da Participação Social, dialogada neste trabalho anteriormente. Além disso, observa-se o surgimento de uma proposta metodológica dialogada as lutas sociais, que assume, então, responsabilidade ético-política em pesquisas, passando a relacioná-las a realidade dos contextos sociais e principalmente à realidade de quem antes era considerado apenas “objeto de pesquisa”.

Isto posto e sabendo ser a questão metodológica importante para qualquer trabalho que se ponha científico, colocamo-nos a reflexão sobre de que maneira e com quais critérios escolheríamos o método a ser utilizado para esta escrita, o que nos lançou a aproximação acerca das concepções das vertentes das Pesquisas Qualitativas, entendendo que:

“O método delimita, dirige e controla os procedimentos de reflexão e prática. O pensamento na ciência não é um livre pensar, mas um percurso definido do pensamento, no interior de uma liberdade primeira: da eleição do problema e dos referenciais teóricos que permitirão a eleição do método. O que distingue a ciência da ideologia ou das representações e das crenças do senso comum é a presença do método. O pesquisador torna-se um agente do método e um instrumento da ciência.” (75)

Dentro das metodologias da Pesquisa Qualitativa, a aproximação com a teoria da técnica da pesquisa avaliativa, avaliação de quarta-geração, pesquisa-ação, pesquisa participante e avaliação participativa pareciam confluir para as bases conceituais da Pesquisa Participativa, esta última, então, escolha para o diálogo neste trabalho.

Assim sendo e em busca da defesa metodológica para o desenvolvimento da escrita, optamos por uma breve descrição de alguns dos métodos qualitativos citados, com vistas ao embasamento teórico proposto.

No que diz respeito as bases principais dos métodos qualitativos, encontramos em Turato⁷⁶ a defesa de que as principais bases filosóficas ou paradigmáticas dos métodos qualitativos aplicados às ciências do homem, passaram, historicamente, ao desenvolvimento de métodos próprios em cada campo do conhecimento, isto vindo a ocorrer sobretudo com a fenomenologia e com o estruturalismo.

Segundo o autor, três pontos determinantes devem ser considerados quando dialogadas com as bases dos métodos qualitativos: pela natureza do objeto, pela forma como o sujeito do conhecimento pode aproximar-se desse objeto e pelo conceito de verdade que cada esfera do conhecimento define para si, acrescentando ainda a importância de denominar o método também como compreensivo-interpretativo, visto seu objeto tratar-se de dar significado ao comportamento, as práticas e as instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos.

“Em pesquisa científica, quando fazemos uma pergunta que guiará nossa investigação, parte da resposta já se nos apresenta como hipótese. A metodologia que elegemos, e que nos define o percurso do pensamento e da ação prática investigativa, é nossa marca de sujeito ético-político na produção científica. Em razão do objeto e dos referenciais para seu estudo, escolhemos a metodologia que será epistemologicamente fecunda e adequada tanto às perguntas, que nos conduzem a direção em que exploraremos o objeto, quanto ao processo investigativo que será, então, desencadeado.” (75)

Dentro da escolha pela metodologia qualitativa em pesquisas, encontramos em Deslandes⁷⁷, conceitos sobre as pesquisas avaliativas. Segundo o autor, as

pesquisas avaliativas, a partir da aproximação da sociologia aos métodos qualitativos de avaliação, passaram a validar a interpretação dos sujeitos sobre a ação avaliada e sobre sua própria participação nesta ação, passando então a considerar a contextualização de um campo de opiniões, de crenças e de valorização às suas condições sociais de produção.

Acrescenta ainda que as abordagens qualitativas nos remeteria a uma ampla diversidade de vertentes e filiações oriundas da sociologia, antropologia, psicologia, história, dentre outras disciplinas afins, privilegiando a busca de significados da ação social ligados a pesquisa segundo a ótica dos sujeitos pesquisados, agora já entendidos como sujeitos sociais.

Ainda em Deslandes⁷⁷, a avaliação do tipo qualitativa estaria sempre presente quando o avaliador desejar compreender quais os significados que os sujeitos atribuem a qualquer uma das dimensões de uma pesquisa ou implementação de uma prática ou programa, incluindo as definições de demanda, objetivos, ações necessárias, metas, resultados e sustentabilidade.

Espera-se então, uma prática que dialogada entre o encontro da prática no cotidiano real, levando-se em consideração, necessariamente, os valores culturais e a expectativa dos possíveis atores sociais envolvidos na pesquisa, em sua diversidade.

“E finalmente, como qualquer avaliação, a de natureza qualitativa tem o compromisso de ser útil, viável, ética e coerente do ponto de vista metodológico. Visa apoiar a tomada de decisões e melhorar a efetividade das estratégias dos programas e projetos. E, de acordo com as posturas científicas e ideológicas de seus pesquisadores, também por comprometer-se com o avanço da consciência crítica e com o “empoderamento” dos sujeitos envolvidos.” (77)

Muito do que lemos sobre as Pesquisas Avaliativas e Pesquisas de Avaliação Participativa são encontradas como parte das definições ligadas as Pesquisas Participativas, o que nos trouxe questões relacionadas as semelhanças importantes entre elas.

Encontramos em Furtado e Campos³¹ e em Furtado (et al)⁶⁸, a descrição de que a avaliação participativa, inserida dentro das pesquisas avaliativas é entendida

como processo realizado por meio do estabelecimento de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou outros agentes envolvidos no processo de avaliação ou ainda por determinado programa ou serviço e que não são avaliadores senso estrito, como profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores, ou, até mesmo, segmentos mais distantes como clientela não abordadas ou mal atendidas pelo objeto avaliado.

Acrescentam ainda que a utilização da metodologia também se justificaria por questões de ordem pragmática, onde o conhecimento gerado estaria efetivamente ligado a solução de problemas observados pelos grupos de interesse com vistas ao aumento da permeabilidade e apropriação dos resultados, por questões políticas e ideológicas ou baseados nas ideias de justiça social e democracia.

Segundo os autores, por meio do envolvimento no processo de avaliação (ou de pesquisas em geral), indivíduos pertencentes a grupos oprimidos e setores marginalizados teriam a oportunidade de se fazer ouvir e de influenciar o curso de um dado programa ou serviço, podendo também aumentar seu poder de compreender e agir e, por último, a utilização desta metodologia se justificaria também por uma razão epistemológica, derivada da aceitação de que a realidade é sempre construída e que somente assim é que se poderia aproximar-se melhor daquilo que pesquisadores costumam definir como realidade.

Ainda em Furtado e Campos³¹, encontramos a descrição dos tipos possíveis de avaliação participativa:

. A pragmática, ligada essencialmente a solução de problemas ou melhorias de um determinado programa e pelo envolvimento de grupos de interesse;

. A pluralista, em que há previsão da existência de importantes conflitos de valores entre diferentes grupos de interesse, assegurando sempre o controle do processo, sendo de responsabilidade dos avaliadores ou pesquisadores a garantia de compreensão e a consideração das diferentes perspectivas e concepções que sustentam determinados atores envolvidos com o programa ou serviço avaliado;

. A participativa emancipadora, que, por sua vez, teria como cerne o empoderamento, o desenvolvimento dos participantes não avaliadores, dotando-os de capacidade no que diz respeito a forma e ao conteúdo do estudo desenvolvido, aumentando sua capacidade de intervenção na realidade cotidiana.

“Identificamos, assim, convergência e necessária articulação entre participação popular, que deve influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas e serviços básicos na área social e a participação de diferentes segmentos da comunidade na produção de conhecimentos sistemáticos sobre essas mesmas políticas e serviços. A avaliação participativa de programas e serviços na área social seria, assim, tributária das relações entre participação popular e políticas públicas por um lado e pesquisa e ação, por outro.” (31)

Com isso, justificam a inclusão de diversos atores em pesquisas de avaliação participativa através da potencialidade de tornar as investigações mais significativas e culturalmente apropriadas aos diferentes grupos de interesse, principalmente e sobretudo, considerando então, a participação nesses estudos, como um compromisso coletivo nas tomadas de decisão e mudança.

Ainda na temática das avaliações participativas, encontramos em Guba⁷⁸ a definição de avaliação de quarta-geração, que segundo o autor, trata-se de um modelo em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como enfoques organizacionais que seriam implementados de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista. Sendo assim, destaca-se a construção ativa do conhecimento pelos sujeitos envolvidos no processo e não exclusivamente pesquisadores.

Esse paradigma fundamenta-se no entendimento de que o aprendizado seria um processo ativo e social onde espera-se que sua construção se dê por meio da interação entre as pessoas, com o ambiente e com a realidade social, determinantes para a compreensão de contextos reais.

Com isso, o pesquisador buscaria compreender como as partes interessadas interpretam, organizam e atribuem significado às informações, a partir de seus contextos, oferecendo uma visão crítica ampliada (e mais profunda) do que se espera pesquisar, implementar ou avaliar, possibilitando então, a construção coletiva e compartilhada destes objetivos.

Para Couto, Carrieri e Ckagnazaroff⁷⁹, essa construção ou o próprio construtivismo, permitiria a aquisição de conhecimentos como um processo de

confrontos entre visões pessoais de mundo autorregulado pelo empreendimento humano de formação de significados com ferramentas e símbolos culturalmente desenvolvidos, atualizado sempre e ao longo da interação existentes nas pesquisas, trazendo a necessidade de se considerar a subjetividade e multiplicidade das perspectivas a serem observadas.

Sob o mesmo ponto de vista, Guba⁷⁸ defende a utilização dos interesses dos chamados *stakeholders* a partir de alguns argumentos: os interessados são grupos que correm risco e que estão suscetíveis a explorações, à privação de poder e à privação de direitos, geralmente usuários do que será avaliado ou pesquisado e, assim, aptos a ampliar o alcance da investigação para grande proveito do processo hermenêutico/dialético, possibilitando construções conjuntas, colaborativas e compartilhadas do conhecimento.

Sob o mesmo ponto de vista, porém, já na descrição de outra metodologia, encontramos em Thiollent⁸⁰ a definição de pesquisa-ação como um dos vários temas ligados a pesquisa social de base empírica, definida enquanto uma linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação.

Segundo o autor, a pesquisa-ação seria concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, estariam envolvidos de modo cooperativo ou participativo, entendendo as relações de interesses e as circunstâncias socialmente apresentadas, sobretudo a intrínseca relação com a dinâmica histórica.

“Devemos considerar que as interações entre pesquisa e ação atendem por diversos nomes: pesquisa-ação, pesquisa ação-participativa, pesquisa baseada na comunidade, pesquisa colaborativa, dentre outros. Essas abordagens inserem pessoas ligadas ao objeto em estudo que por suas formações, status social, experiência ou especialidades são normalmente colocados à margem da produção científica.” (31)

Explorar os fundamentos, terminologias e abordagens vinculadas às investigações qualitativas possibilitou um caminho que conduz a uma apreciação

substancial da relevância da metodologia na construção do conhecimento. Entretanto, em contraste a essa valorização, a diversidade de conceitos parece dificultar certa autorização para uma escrita mais livre, com risco a oportunidade da narração do experimentado na prática.

Nesse sentido, põe-se como desafio uma escrita mais livre, com o objetivo de ampliar a descrição das vivências ao longo do processo investigativo (que também é científico/criativo) associado e por meio da utilização da metodologia. Esta, por sua vez, voltada a representação detalhada de práticas efetivas, inseridas em contextos sociais específicos e sustentando-se a partir da realidade observada.

Sendo assim e somado as descrições anteriores, chegamos à escolha metodológica para este trabalho. Segundo Gabarrón e Landa⁷³, a Pesquisa Participativa nasce de uma certa síntese de suas antecessoras, assimilando a riqueza de experiências ou realizações derivadas de pelo menos três décadas de conhecimento construído, tendo sua identidade manifestada através de bases conceituais e operativas, sendo elas:

- O ponto de partida como a realidade concreta dos grupos com quem se trabalha;
- A luta pelo estabelecimento de relações horizontais e antiautoritárias;
- A priorização dos mecanismos democráticos na divisão do trabalho;
- O impulso dos processos de aprendizagem coletiva através de práticas ou estratégias grupais;
- O reconhecimento das implicações políticas e ideológicas subjacentes a qualquer prática social, seja de pesquisa ou de educação;
- O estímulo à mobilização de grupos e organizações para a transformação da realidade social, ou para ações em benefício da própria comunidade, e
- A ênfase à produção e comunicação do conhecimento.

Segundo os autores, a Pesquisa Participativa partiria de três temas essenciais em relação à identidade epistêmica desta metodologia. O primeiro estaria relacionado a ação transformadora ligada a pesquisa e a relação entre pesquisadores, trabalhadores e atores sociais para além das dimensões a serem alcançadas com a

ação. O segundo dos temas seria a produção de conhecimento, discutindo a importância da confrontação entre o conhecimento científico e o popular, sugerindo, então, que, os processos desenhados para que a produção de conhecimento fosse de fato sociabilizada entre os diversos atores envolvidos. E, por fim, a participação e os níveis em que se inserem pesquisadores ao desenvolverem ações transformadoras, sugerindo reflexões acerca de como a participação contribuiria para o desenvolvimento de uma democracia popular.

Além do descrito, outros elementos estariam definidos como centrais na Pesquisa Participativa, entre eles a explicitação de um objetivo ideológico e uma mensagem política previamente estabelecida a partir da militância política do pesquisador, trazendo à tona a importância das manifestações ligadas às ações políticas que devem aparecer de maneira concreta e manifesta.

De forma semelhante, Schraiber⁷⁵ traz considerações acerca da produção científica da saúde coletiva que buscaria levantar questões em duas esferas problematizadoras: o engajamento ético-político e o adensamento conceitual das construções teóricas, estando ambas relacionadas à pesquisa ética e politicamente implicada, em que o sujeito pesquisador delimitaria seu objeto em razão da importância social, política e histórica que a ele se atribui buscando integração deste com a produção de conhecimento.

“Entre os objetivos comuns desses estilos militantes, está a formação de quadros capazes de participar na elaboração de políticas e não somente em sua aplicação. Seu compromisso segue sendo semelhante às outras modalidades: colocar o conhecimento a serviço dos interesses populares para a transformação da sociedade em geral. Essa modalidade (independentemente de suas limitações e de seus requisitos rigorosos) representa uma resposta ao problema de conhecer e atuar numa realidade concreta para resolver problemas específicos.” (73)

Retomando Gabarrón e Landa⁷³, encontramos ainda, a fim da caracterização da Pesquisa Participativa, quatro etapas fundamentais com vistas ao processo metodológico, sendo elas:

- A aproximação do grupo e a inserção do pesquisador como ente político na situação dada;
- O momento de observação e coleta de dados;
- A pesquisa e organização dos dados, e
- A comunicação sobre os resultados no grupo ou na comunidade para sua análise e discussão.

A partir da descrição destas etapas, nos deparamos com a complexidade apresentada pela metodologia que exige, antes mesmo da aproximação dos grupos de interesse aqui entendidos como entes políticos, definição acerca de da situação social em que uma pesquisa se daria, para então, determinarmos quais atores deveriam/poderiam representar a comunidade de maneira ativa e participativa.

Com isso, decidir pela utilização de metodologias participativas convocaria pesquisadores não apenas a um cumprimento protocolar científico, mas a um posicionamento enquanto sujeitos políticos, inclusive antecedendo o que a pesquisa poderia representar para as partes interessadas, antes mesmo da definição do objeto a ser investigado.

Silva⁸¹ descreve que esta modalidade de pesquisa apresenta dois atributos básicos: relação de reciprocidade entre sujeito e objeto e relação dialética entre teoria e prática. Segundo o autor, significa que o conhecimento da realidade só se dá no estabelecimento de uma relação entre pesquisador, técnicos, grupos, em que já não se pode mais falar na separação produzida pela dicotomia entre sujeito e objeto da investigação.

Tal afirmativa no leva as considerações levantadas por Turato⁷⁶ quando defende que, antes caracterizadas como “objeto da ciência”, pessoas reais passam a perceber, com suas vidas, que deveriam alcançar finalmente o poder de serem “sujeito”, não apenas na terminologia de um projeto de pesquisa, mas no sentido de participar do ato, de gerar os conhecimentos e apropriar-se deles para usá-los na transformação de seu mundo, reescrevendo sua própria história de classe.

“O pesquisador e os demais envolvidos com essa realidade passam a construir um sujeito, uma unidade em ação, que busca desvendar aspecto ou aspectos da realidade, apropriando-se

criticamente desta. Portanto, a ciência, nesse sentido, é produto de um coletivo e é colocada a serviço de um projeto de sociedade.” (81)

Entre os teóricos da Pesquisa Participativa parece haver consenso de que todo e qualquer estudo deva partir da realidade dos participantes ou de suas comunidades, respeitadas, inclusive, as diferenças observadas entre eles, no que diz respeito a experiência individual. Outro consenso é de que a prática é compromisso e que o conhecimento produzido através das pesquisas deve assumir também um papel pedagógico a seus pares, promovendo transformações pessoais e comunitárias que teriam como objetivo diminuir as desigualdades sociais.

“Assim, a pesquisa é “participante” não apenas porque uma proporção crescente de sujeitos populares participa de eu processo. A pesquisa é “participante” porque, como uma alternativa solidária de criação de conhecimento social, ela se inscreve e participa de processos relevantes de uma ação social transformadora de vocação popular e emancipatória.” (74)

Para Brandão⁷⁴, a Pesquisa Participativa, associada então a educação popular, deveria investir em quatro propósitos principais:

- a) Responder de maneira direta à finalidade prática a que a pesquisa se destina, como um meio de conhecimento de questões sociais a serem participativamente trabalhadas;
- b) Tornar-se instrumento dialógico de aprendizado partilhado e, portanto, sustentar sua vocação educativa e, como tal, politicamente formadora;
- c) Tornar participativo os processos mais amplos e contínuos de construção progressiva de um saber popular e para a criação de uma ciência popular;
- d) Partilhar, com a educação popular, de toda uma ampla e complexa trajetória de empoderamento dos movimentos populares e de seus integrantes.

Retomando Silva⁸¹, encontramos similaridade conceitual e voltamos a dialogar sobre a dimensão participativa em pesquisas enquanto associação ao processo de conhecimento, com destaque a dois aspectos principais: um já mais desenvolvido pela literatura, destacando a necessidade de que os setores populares integrem o processo de conhecimento enquanto sujeitos, transformando-os também

em pesquisadores, junto a cientistas e acadêmicos, colocando o conhecimento produzido a serviço das classes populares e de suas lutas e o segundo que coloca a possibilidade de o conhecimento, mesmo quando produzido sem a participação direta das classes populares, possa ser disponibilizado para participar e contribuir para o avanço de lutas sociais.

Ou seja, o conhecimento produzido pela pesquisa pode e deve colocar-se a serviço das transformações sociais, mesmo que os sujeitos sociais interessados nessa transformação não tenham atuado como pesquisadores ou como participantes em todos os momentos do processo de investigação.

Feitas as considerações, encontramos na Pesquisa Participativa uma proposta real de transformação social, seja comunitária ou na vida de sujeitos imersos em uma realidade social a margem de direitos. Individualmente, o processo experimentado em Pesquisas Participativas pode criar nas pessoas envolvidas ou não, uma consciência maior de seus recursos e, com isso, incitá-las a desenvolver uma confiança maior em si mesmas e em suas capacidades de transformação da realidade.

Portanto, trata-se de um método de pesquisa científica, no qual a participação da coletividade organizada, processualmente, permite uma análise objetiva e autêntica da realidade social em que o pesquisador é partícipe e aprendiz comprometido no processo⁷³. Não há na Pesquisa Participativa a intenção de solução de problemas sociais, mas de colocar a produção do conhecimento advindo dela para junto daqueles que sabem contar como ninguém sobre a própria realidade a ser investigada.

Transformando o lugar do objeto de pesquisa e assim, viabilizando uma participação de pessoas como sujeitos ativos do conhecimento a ser construído, possibilitamos resultados que parecem atravessar os muros da academia, trazendo, enfim, para a comunidade, oportuna reflexão sobre a realidade destes sujeitos, o desenvolvimento e planejamento de meios para mudá-la e garantia de que processos democráticos sejam estabelecidos efetivamente.

Afinal, a Pesquisa Participativa pode estar não somente como metodologia ativa para a construção do conhecimento, para avaliação de serviços ou identificação dos constructos dos desfechos em Pesquisas de Implementação, mas no entremeio

do que consideramos essencial que é a junção entre a teoria e prática em contextos reais.

Assim defendida, manteríamos nosso compromisso com a mudança na realidade social, posicionando-nos de forma ativa e crítica àquilo que entendemos ser a função de todo e qualquer processo investigativo, sustentando o compromisso de estarmos atentos, disponíveis e abertos ao conhecimento popular construído diante de uma realidade muitas vezes colocadas como subalterna da sociedade.

É preciso que pensemos na produção do conhecimento em que o pesquisador esteja apto e disposto a escuta, a observação e articulação com outros sujeitos, respeitando e estimulando que estes possam contribuir para a construção do conhecimento, e, enfim, para a ciência. Sabemos que a implicação de qualquer pesquisador o encaminhará a interação com o sujeito de sua pesquisa e entendemos que, tornar este processo capaz de construções coletivas e democráticas fará com que a participação traga contribuições reais acerca da realidade onde se propõe implementação de políticas, práticas ou serviços.

Tal exercício não fará com que a figura do pesquisador desapareça, mas provocará movimentos no sentido da articulação (e da relação) com outros sujeitos. O pesquisador e os demais envolvidos com essa realidade passam a construir um sujeito, uma unidade em ação, que busca desvendar aspecto ou aspectos da realidade, apropriando-se criticamente desta, tornando-se a ciência, então, produto de um coletivo colocado a serviço de um projeto de sociedade⁸¹, logo, pesquisadores e pesquisados passam a ser sujeitos de um trabalho em comum, mesmo com a assimetria estabelecida por posições e encargos diferentes⁷⁶.

Finalizando, nos parece necessário certo aprofundamento no que diz respeito às repercussões sobre a escolha pelas Pesquisas Participativas, vista a responsabilidade que tal metodologia nos impõe, principalmente nas possíveis transformações sociais com as quais estas pesquisas precisam, necessariamente, estar engajadas.

Afinal, defender a participação sem que ela se dê de fato, pode nos colocar em um lugar não verdadeiro ou sensacionalista com relação a proposta da participação em si. Estar atento e flexível ao longo dos processos de investigação

dessa natureza, de modo a garantir a inclusão diversa e a verdadeira troca a despeito das diferenças de poder entre os atores envolvidos, é essencial e urgente³¹.

Colocar-se apenas em posição de recomendação a participação dos atores envolvidos ou grupos de interesse das diversas instituições, sejam as acadêmicas ou comunitárias, esquivando-se da compreensão acerca da complexidade destas relações, vem, comumente, fragilizando possibilidades concretas de construção de conhecimento e de implementação de políticas públicas, políticas sociais e serviços ou ainda, favorecendo a produção equivocada ou inadequada destas, produzindo falta de interesse, conflitos entre os participantes, desistência institucionais e frágil participação popular.

Além disso, é importante que nos debruçemos nos aspectos ligados a gestão dos arranjos e dispositivos participativos, visto que prazos, burocracia e pouco investimento podem trazer a proposta uma necessidade de cumprimento de metas que, historicamente, vem fazendo com que possíveis processos democráticos sejam ceifados.

Partilhamos, então, da citação de Silva⁸¹ que propõe não se preconizar um tipo específico de pesquisa participativa, devendo ser considerada a diversidade de propostas e posturas metodológicas, mas sim colocar o conhecimento a serviço dos destituídos da sociedade, articulando as práticas acadêmicas com colegas profissionais, executores de políticas públicas que se encontram mais próximos da realidade social e da população, envolvendo estes no processo de conhecimento numa busca de encurtar a distância entre o conhecimento e a realidade social.

2.1.3 A Participação e as Pesquisas de Implementação

Tendo claras as principais características ligadas a Pesquisa de Implementação citadas ao longo da Introdução, observamos que a participação das partes interessadas tem se mostrado fundamental, inclusive para alcance e análise de desfechos em estudos que pretendem a implementação de serviços, práticas e políticas públicas em saúde.

No entanto, existem poucos trabalhos que abordam especificamente tal característica dentro das Pesquisas de Implementação e há escassez de produções que explorem a análise de resultados ou desfechos de implementação ligados ao envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas.

Sob o aspecto da participação, a Pesquisa de Implementação parece aproximar-se consideravelmente dos métodos qualitativos e participativos já conhecidos no Brasil, alguns deles descritos neste trabalho, o que justificaria possíveis esforços de tradução e adaptação de estruturas para a sistematização e publicação dos resultados, respeitadas as construções científicas e metodológicas relacionados a participação já bem desenvolvidas no país.

A partir dos formatos já bem estabelecidos, é necessário que passemos ao diálogo com o proposto pela Ciência de Implementação, visto que, o que encontramos na literatura sobre o envolvimento de atores sociais ou participação de partes interessadas é, em grande parte, aspiracional e, principalmente, focado na consulta da concepção de artefatos de implementação, como diretrizes clínicas e cartilhas de informações⁴⁸.

Definido como domínio na ferramenta ImpRes-BR⁵⁰, o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas vem sendo tema de debates e investimentos na Pesquisa de Implementação, visto a necessidade de que suas ações aconteçam necessariamente em contextos reais, incluindo, então, a participação de agências de financiamento, gestores diretos e indiretos de serviços, trabalhadores (incluindo os responsáveis pela implementação), pesquisadores, usuários, familiares e representantes da comunidade.

ImpRes-BR⁵⁰ foi desenvolvida a partir de uma revisão de escopo com base no já produzido cientificamente pela Ciência de Implementação. Foi adaptada para o Brasil por pesquisadores do Interfaces, entre eles Carlos Alberto dos Santos Treichel, Rosana Teresa Onocko Campos e Leidy Janeth Erazo Chavez, a partir de rigoroso processo de tradução e validação transcultural e tem como uma de suas funções identificar os componentes centrais deste campo do conhecimento.

Entre outros, é possível encontrar na ferramenta a descrição dos domínios relacionados ao envolvimento e engajamento de partes interessadas, apresentados

em dois constructos, diferenciando partes interessadas das partes interessadas que envolvem usuários e a comunidade.

A consciência do valor do envolvimento inclusivo na pesquisa está crescendo, mas a base de evidências para entregá-la é relativamente pequena⁸², o que abre uma gama de oportunidades para pesquisas neste campo. Compartilhar experiências de envolvimento, engajamento e participação em Pesquisas de Implementação proporcionará que outras pesquisas adotem esta estratégia, central para pesquisas baseadas em evidência e voltadas para contextos comunitários reais.

Sendo a Pesquisa de Implementação uma forma de investigação inerentemente colaborativa na qual pesquisadores, trabalhadores e usuários devem alavancar suas diferentes perspectivas e competências para produzir novos conhecimentos sobre um processo complexo, as parcerias verdadeiramente colaborativas e sustentáveis podem melhorar significativamente o impacto da pesquisa na saúde pública⁴¹, tornando o processo de implementação mais próximo das necessidades comuns, coletivas e comunitárias.

Segundo Denegri⁸³, é necessário que as Pesquisas de Implementação passem a estudar o alcance (até que ponto as pessoas e comunidades estão engajadas, participando e se envolvendo em pesquisas, incluindo a diversidade dessa população), a relevância (até que ponto as prioridades públicas para pesquisa são refletidas em financiamento e atividades em sistemas públicos de saúde) e o impacto, inclusos aqui os efeitos e resultados, respeitadas as análises de contexto, na política, nas pessoas, relacionado aos recursos, nas expectativas relacionadas a participação e na cultura das instituições e dos indivíduos.

Conseqüentemente, as estruturas ou modelos de implementação encorajam o envolvimento das partes interessadas antes mesmo do financiamento dos projetos, possibilitando mais clareza, inclusive, na escolha da própria estrutura a ser utilizada, seja para o desenho da pesquisa, definição de estratégias ou avaliação da utilização destas. Sugerem, inclusive, que o envolvimento se dê em todas as etapas da implementação, promovendo justificativas dos esforços e como parte das estratégias de interação e adaptação da implementação futura⁴⁹.

Tendo em vista o possível sucesso dos esforços para implementar práticas baseadas em evidências, as estratégias para a implementação podem depender do

alinhamento das preferências e prioridades daqueles que desenham, prestam e utilizam, por exemplo, da oferta de cuidado a ser implementada.

Do mesmo modo se aplica aos resultados, ou a própria análise dos resultados que, por sua vez, podem se apresentar de maneiras distintas entre as partes interessadas. A exemplo, o custo de implementação pode ser mais importante para os formuladores de políticas e coordenadores de programas e serviços, a viabilidade pode ser mais importante para os trabalhadores diretos e a fidelidade pode ser mais importante para quem desenvolve ou pesquisa tratamentos. Para garantir a aplicabilidade da implementação em uma variedade de configurações e maximizar sua validade externa, todos os grupos e prioridades das partes interessadas devem ser representados nas pesquisas²².

Definida também como Envolvimento do Paciente e do Público (*PPI - Patient and Public Involvement*), o envolvimento e engajamento das partes interessadas vem sendo citada como essencial para a compreensão dos componentes ou dimensões da participação, tendo como potencial, oportunizar informações acerca do desenvolvimento de medidas de impacto com intervenções. Ainda há uma clara necessidade de desenvolver instrumentos ou grupos de instrumentos que possam medir o impacto da participação em diferentes situações, e avaliar o que funciona, para quem e em quais circunstâncias⁸⁴.

Visto a essencialidade da participação no desenvolvimento de Pesquisas de Implementação, o *National Institute for Health Research* (NIHR) financiou o *INVOLVE*⁸⁵, um grupo consultivo criado em 1996, que tinha como objetivo principal apoiar o envolvimento público em pesquisas relacionadas a saúde pública e assistência social, sendo, em abril de 2020, absorvido como política pelo próprio NIHR. Ao longo de suas atividades, foi a principal instituição a desenvolver estratégias e publicizar dados relacionados ao envolvimento e engajamento de partes interessadas em Pesquisas de Implementação no Reino Unido.

Ao longo do trabalho, o *INVOLVE* elaborou uma terminologia⁸² para a definição e, principalmente, distinção entre as atividades ligadas ao envolvimento das partes interessadas dentro das Pesquisas de implementação:

. Envolvimento: termo que define que membros do público estão ativamente envolvidos em projetos e organizações de pesquisa, por exemplo as Universidades, garantindo-se a participação ativa das partes interessadas além dos pesquisadores, nas diversas etapas da pesquisa, da sua elaboração a avaliação de resultados.

. Engajamento: define-se pela defesa de que a informação e o conhecimento sobre a pesquisa sejam fornecidos e divulgados, esperando-se a participação ativa das partes interessadas nas atividades relacionadas.

. Participação: conceito que define a participação de pessoas em estudos e pesquisas.

Estas definições, aqui separadas, parecem localizar temporalmente a participação das partes interessadas ao longo dos projetos de Pesquisa de Implementação. Parece-nos que seria possível envolver, engajar e tornar participativo o processo de pesquisa desde que as partes interessadas estivessem ativamente presentes, da concepção inicial do projeto ao desenvolvimento de construtos de avaliação e análise de resultados.

Tornar possível o envolvimento das partes interessadas parece exigir que estratégias de engajamento sejam afirmativamente desenvolvidas, o que se dará se houver abertura para a participação, e, assim pensado, os termos ou definições tornam-se dependentes entre si. Logo, optar pela participação em pesquisas, é também criar estratégias para que o engajamento e o envolvimento se deem.

Sendo assim, parte das orientações para a participação em Pesquisas de Implementação, estão ligadas ao desenvolvimento de relações estáveis com diferentes representantes das partes interessadas, com destaque ao fato de que trabalhar com membros do público em pesquisas exige compreensão acerca da representação de poder nas relações, representado, habitualmente, de maneira desequilibrada entre atores sociais (ou comunitários), pesquisadores e instituições, principalmente quando a implementação se apresenta em contextos onde estão aqueles que podem ser considerados vulneráveis, discriminados ou marginalizados⁸².

Em conformidade, é preciso que pesquisadores se aproximem das partes interessadas com disposição para a escuta, diálogo e principalmente para negociação, o que, sabidamente, não é uma tarefa fácil, principalmente quando nos relacionamos com pessoas que tradicionalmente não participam de pesquisas ou Pesquisas de Implementação.

Sobre os aspectos relacionados as dificuldades em promover a participação estão a necessidade de renúncia e o compartilhamento de autoridade, citados como pré-requisitos sobre os quais a colaboração provavelmente será bem-sucedida, assim como as dificuldades de alcançar e sustentar as parcerias e a necessidade de estruturas apropriadas (incluindo liderança) e processos que facilitem as condições favoráveis a uma ação genuinamente colaborativa⁸⁶.

A escolha pela participação das partes interessadas nas Pesquisas de Implementação não se dará sem planejamento e efetivo interesse na participação. Reconhecer o esforço de pesquisadores para a efetividade da participação, seja institucionalmente, mas também pessoalmente, dá-se como tarefa essencial. Criar condição para a participação efetiva é um processo longo e por vezes moroso, visto que pode não trazer resultados imediatos.

Para tal, estar disposto a discutir, inclusive sobre o conceito, definição e as defesas ético-políticas da participação, é também reconhecer os incômodos provocados por essas relações, a dificuldade na obtenção de orçamento destinado para tal e o reconhecimento da essencialidade da participação dentro de projetos associados as Pesquisa de Implementação.

Com esse reconhecimento, espera-se que mecanismos ligados ao pertencimento, empoderamento e estratégias de recompensa sejam claramente definidas e informados já na elaboração de projetos de pesquisa, visto que este investimento aumentará as chances de um envolvimento inclusivo, promovendo não só benefícios comunitários a longo prazo, como esperado também em Pesquisas Participativas, mas também garantias e direitos individuais, que, oferecidos imediatamente, favorecem a participação⁸².

Sobretudo, outro aspecto importante e ainda pouco descrito nas Pesquisas de Implementação é a maneira como os pesquisadores, ou a própria instituição, se

comunicam com as partes interessadas, seja na metodologia utilizada para tal ou na própria linguagem.

Adaptar os jargões científicos com o intuito de efetivar a comunicação, tornar participativas as decisões sobre o desenho da pesquisa e sobre os métodos a serem utilizados para isso, assim como definir conjuntamente sobre questões práticas e pragmáticas com relação a como a participação se dará, como definição do local, data e tempo de duração dos encontros para tal, parece fundamental para a efetividade da participação.

Manter-se rígido e inflexível para alcançar a participação das partes interessadas não permite que a participação aconteça de fato. Os pontos fortes dos modelos de participação disponíveis na literatura incluem seu foco nas comunidades e sua atenção assídua para manter uma linha de visão clara desde o desenho da pesquisa a entrega de resultados, incluindo aqui a experiência das partes interessadas⁸³.

A disponibilidade para a mudança de planos e alteração do projeto inicial também são aspectos fundamentais quando falamos da participação em Pesquisas de Implementação. Quanto mais cedo as partes interessadas estiverem envolvidas, mais fácil será o planejamento da própria participação, assim como adaptações as estruturas, estratégias e construtos idealizados inicialmente para o projeto de pesquisa.

Nos implicar ativamente com quem esperamos envolver na pesquisa pode produzir relações mais estáveis, principalmente quando conseguimos demonstrar nosso compromisso, não só com a pesquisa, mas com a comunidade representada pelas partes interessadas.

Colocar as partes interessadas em uma relação de uso, amostragem ou de 'parceiros silenciosos' na pesquisa não é mais uma posição sustentável nas Pesquisas de Implementação. Parceria, reciprocidade e abertura são agora fundamentais para a forma como a investigação é feita e para a tradução bem-sucedida dos resultados da investigação em prática⁸³.

Para tal, almeja-se tornar comum que participantes relatem uma gama diversificada de experiências positivas, de estar pessoalmente envolvido em pesquisas. Assim sendo, é esperado que usuários e trabalhadores relatem ampliação

de conhecimento acerca de temas relacionados à saúde e tratamentos, o que os afetam ou afetam a outros, além do conhecimento sobre o processo de pesquisa, experiências relacionadas e habilidades para relações e novos contatos⁸³.

Isso inclui a experiência de pesquisadores que já expressam impactos positivos com a participação, como a alteração dos objetivos iniciais da pesquisa a fim de torná-las mais relevante para aqueles que estariam expostos a intervenção, melhorando, por exemplo, o recrutamento à participação ou as propostas de cuidado em saúde, o que vem tornando-os mais propositais e conectados aos potenciais beneficiários da implementação, seja individualmente ou coletivamente.

Ainda que já identifiquemos semelhanças entre as metodologias qualitativas participativas e as Pesquisas de Implementação, a identificação de quem, afinal, é a parte interessada, ainda é um desafio.

Para tal, é necessário planejamento e tempo, o que, no Brasil, não é geralmente financiável pelas agências nacionais de fomentação à ciência. Por aqui há dificuldade em tornar claro a necessidade de ampla aproximação com o contexto social a ser pesquisado, a fim de clareza acerca de onde, para quem e em quais situações uma implementação se dará.

Com isso, é natural que pesquisadores trabalhem com o desenho participativo em Pesquisas de Implementação a partir de sensações ou a partir de experiências sobre o contexto determinadas em outras pesquisas.

Não há equívoco em considerar que pesquisadores se debrucem a aproximação com experiências anteriores de participação em pesquisas, sejam elas positivas ou negativas, porém, isso não garantirá que a participação se dará em diferentes contextos, principalmente em função da diversidade e diferenças culturais, seja entre um grupo social ou outro ou entre instituições com diferentes políticas de ação.

Constantemente serão necessárias adaptações nas estruturas das Pesquisas de Implementação, mesmo quando referenciadas teoricamente ou quando já há ampla experiência em pesquisas participativas no contexto brasileiro. Por aqui é fundamental o desenvolvimento de estratégias que possibilitem alcançar pessoas que não tinham se envolvido anteriormente em pesquisas, sobre onde encontrar essas

peças e como se conectar a elas, o que exige flexibilidade e capacidade de adaptação ou disposição para alterar completamente as estratégias e logísticas idealizadas inicialmente⁸², processo este dificultado quando o próprio desenho de participação precisa ser realizado antes que a participação se dê de fato.

Afinal, já nos é claro que as partes interessadas não devem e não podem incluir apenas os mais próximos a entrega da implementação, seja de políticas, serviços ou práticas. Ampliar o conceito de participação exige também o desenvolvimento de estratégias que façam garantia ao envolvimento e engajamento não só de pesquisadores (o que já é desafiador em si), mas também aos serviços ou projetos previamente existentes que não estão, necessariamente, relacionados diretamente a implementação proposta.

Assim, a obtenção de *insights* sobre seus desafios, preferências, atitudes e experiências, possibilita o desenvolvimento de abordagens de envolvimento e engajamento sob medida⁴⁹ sendo mais bem sucedidas aquelas em que o conhecimento é compartilhado numa parceria mútua entre investigadores, público e trabalhadores⁸³.

É preciso que as Universidades, assim como as agências de financiamento de pesquisa, estimulem a participação das partes interessadas em Pesquisas de Implementação, seja para o alcance da prática clínica em contextos reais, para a disseminação de conhecimento científico relacionado a esta prática, para qualificar a prática de trabalhadores e gestores ou para qualificar o acesso à informação sobre saúde por usuários, seus familiares e sua comunidade.

Dar escuta às reais necessidades das partes interessadas fará com que elas sejam incorporadas as pesquisas em saúde, enfatizando o importante papel que elas podem ter na mediação do uso bem-sucedido de evidências na prática, na assistência e na prestação de serviços⁴³. Com isso, a produção científica assumirá seu importante papel de disseminar a informação não só para o seus, mas para as comunidades para quais tem responsabilidade.

Assim sendo, a participação nas Pesquisas de Implementação defende que o conhecimento das pessoas, adquirido por meio de suas experiências em saúde, assistência social, educação e em seu meio social é vital para desenvolver os

tratamentos, intervenções e serviços necessários para atender às necessidades e prioridades de atenção a população. Para tal entende-se que o envolvimento das partes interessadas tem um papel significativo a desempenhar na melhoria da eficácia e eficiência daquilo que é proposto pelas pesquisas⁸³.

Mediante o exposto, entendemos que as partes interessadas, se basearão em diferentes formas de conhecimento, profissional e leigo, muitas vezes com especificidade contextual limitada, para construir meios pessoais que os ajudem a exigir a elaboração e implementação de políticas que se adequem a real necessidade de sua comunidade.

Mesmo com a defesa, dentro das metodologias da Ciência de Implementação, da utilização de estratégias que se atentem ao *feedback* aos participantes, ainda é frágil o entendimento de que a sabedoria pessoal e coletiva que emerge como resultado da participação, como a importância da construção do conhecimento compartilhado que pode, ao longo do tempo, modificar a realidade social de uma comunidade. Tal fragilidade vem produzindo falta de mensuração da participação e, com isso, torna o tema pouco explorados em pesquisas⁴¹.

É preciso que a participação seja incorporada como prática padrão em Pesquisas de Implementação e isso exigirá o desenvolvimento de estratégias e um conjunto abrangente de ações que ultrapassem as atualmente utilizadas, incluindo a qualificação de como é feita a comunicação com as partes interessadas, tornando-a mais clara e simples, o investimento na colaboração entre pares e no estabelecimento de parcerias mútuas com o que se apresenta em diversidade ou em não concordância.

Além disso, a coordenação de projetos de pesquisa precisa garantir processos de desenvolvimento estratégico das partes interessadas, conexão com atividades regionais e locais ligadas as comunidades, melhoria contínua na publicização de informações, assim como a garantia de boas práticas ligadas às pesquisas, o envolvimento de público diverso de forma inclusiva e apoio as culturas de empoderamento e apoio⁸³.

Por isso, torna-se essencial estruturar a participação das partes interessadas com definição de tarefas e responsabilidades, definidas no tempo e

espaço, com identificação clara das expectativas, o que torna possível a orientação sobre o que os participantes devem esperar de seu envolvimento e engajamento na pesquisa, assim como o que se espera que sua contribuição enquanto participante.

Com efeito, espera-se o compartilhamento sobre o experimentado assim como a oferta de informações sobre os resultados de pesquisas anteriores que se mostraram relevantes na participação, assim como exemplos de como a participação se deu e foi crucial para a eficácia em implementações já propostas e executadas⁸³, visto não ser possível recomendar apenas um mecanismo para a participação em Pesquisas de Implementação, uma vez que, ela própria, trará características específicas das partes interessadas envolvidas nos projetos.

A produção de evidências acerca da participação em Pesquisas de Implementação é urgente. Torná-la efetiva trará, para além da necessidade imediata de debate, a possibilidade de mensuração sobre aspectos relacionados, promovendo evidências com mecanismos testáveis e aplicáveis, a fim de que se torne prioridade em pesquisas futuras.

Finalizando, não é raro que as partes interessadas tenham experiências negativas ao participarem de pesquisas, o que aumenta a responsabilidade de pesquisadores acerca do desenvolvimento de estratégias que facilitem uma participação efetiva, incluindo aqui, os determinantes característicos exigidos pelas Pesquisas de Implementação, o que pode exigir mudanças no funcionamento das práticas individuais, coletivas e institucionais no modo como entendemos a defesa pela participação em pesquisas.

Essas desconfianças e possíveis desconfortos também devem ser cuidadosamente examinados à luz da realidade social brasileira (e talvez caiba também para outros países latino-americanos e em desenvolvimento). Uma estrutura social marcada pela violência, o autoritarismo do Estado, o racismo, e outros crimes, não predispõe a comunidade nem aos mais diversos atores sociais a confiar nos pesquisadores, comumente vistos como “de fora” ou “de cima”. Horizontalizar relações e gerar confiança mútua tornam-se assim um desafio a mais no contexto brasileiro.

3 O Comitê Gestor da Pesquisa como estratégia de implementação de um ambulatório para pessoas expostas à violência: envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas

3.1 As estratégias em Pesquisa de Implementação

Na Ciência de Implementação, estratégias são descritas como métodos, atividades, técnicas ou processos sistemáticos de ações utilizadas para aumentar a adoção, implementação, sustentabilidade e integração de um programa, prática, política ou intervenções previamente definidas⁸⁷.

A adequada definição e descrição destas estratégias são importantes para a tradução das intervenções realizadas a fim do alcance de desfechos e identificação das barreiras ou facilitadores da implementação.

Essa tradução, por sua vez, possibilita a descrição dos efeitos das estratégias aplicadas ao longo das etapas ou estágios da implementação, incluindo variáveis como aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, cobertura e sustentabilidade⁴⁶.

Além da clareza para definição e descrição, as estratégias de implementação, precisam, necessariamente, relacionar-se com o contexto da intervenção, que, por sua vez, trata-se de um desenho ou identificação de um conjunto de circunstâncias ou fatores que permeiam e podem influenciar os esforços de implementação⁸⁸.

Assim sendo, para que uma estratégia seja definida como um processo sistemático para a implementação, seria necessário que um pacote de outras estratégias fossem recomendadas para a caracterização teórico-prática do contexto em que e com quem a implementação se daria, seja internamente ou em contexto externo.

Para tal, é preciso que a escolha, descrição e uso de estratégias possam também caracterizar o contexto em que as intervenções serão aplicadas, visto a importância de que estas se deem em ambientes do mundo real.

Como em todas as pesquisas de intervenção, as estratégias de implementação precisam ser descritas de forma completa e precisa⁵¹, com detalhes

suficientes para permitir a análise de resultados, o relato detalhado e justificado, com vistas a sua reprodução futura, seja ela teórica ou prática. Sugere-se ainda que tal descrição se dê a partir de compilações pré-existentes, tornando possível certa unidade linguística metodológica, a fim do avanço das Pesquisas de Implementação.

Considerando que ambientes do mundo real são territórios de ação e intervenção e levando-se em consideração a importância da descrição do contexto em que a implementação se dará, pensa-se na realidade de uma unidade linguística possível, visto que, sem acesso a uma contextualização histórica com relação a descrição detalhada da estratégia, estaríamos mesmo com a mesma compreensão para sua aplicação?

Proctor²², a principal teórica de Pesquisa de Implementação estudada pelo Interfaces, defende uma taxonomia dos resultados da implementação, a fim de promover maior clareza da linguagem específica, provocar e ampliar o debate sobre as práticas e estimular um trabalho mais sistemático em direção a uma maior clareza conceitual, linguística e metodológica dentro das Pesquisas de Implementação. Para tal, é necessária aproximação com o conceito e denominação das estratégias.

Complementa ainda que a complexidade das estratégias de implementação representa um dos maiores desafios para sua descrição clara, definição operacional e mensuração por serem intervenções sociais inerentemente complexas, pois abordam processos multifacetados e complicados em contextos interpessoais, institucionais e comunitários, e aqui, acrescentaríamos a dificuldade de se criar métrica que possa estabelecer mensuração possível para as relações necessariamente estabelecidas para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas⁸⁹.

Ainda segundo a autora⁵¹, todos esses fatores contribuem significativamente para o desafio de medir, testar e aplicar efetivamente as estratégias de implementação na prática de saúde real, e para tal, elaborou orientações acerca dos princípios fundamentais para nomear, definir e especificá-las, defendendo ser estes pré-requisitos básicos para estudá-las empiricamente.

Na literatura encontramos distinções entre estratégias discretas, compostas por ações únicas, as multifacetadas, que combinam duas ou mais ações discretas e as estratégias de implementação combinadas, que incorporam um pacote de múltiplas estratégias para o alcance de uma estratégia geral de implementação⁸⁷.

Até o momento, foram identificadas 73 estratégias discretas de implementação, que, por sua vez, devem compreender a formulação da estratégia geral de implementação. As 73 estratégias foram caracterizadas em 9 categorias, descritas a seguir⁵⁰:

1. Uso de estratégias avaliativas e interativas
2. Oferta de assistência interativa
3. Adaptação e ajuste para o contexto
4. Desenvolvimento de relações entre as partes interessadas
5. Treinamento e capacitação das partes interessadas
6. Apoio aos profissionais de saúde
7. Engajamento dos usuários
8. Uso de estratégias financeiras
9. Mudanças de infraestrutura

Visto sua importância, há pouca publicação com referência a definição e principalmente a descrição de quais seriam as ações necessárias para a caracterização de uma estratégia dentro de suas categorias e principalmente, como, para que e por quem, dentro de um contexto definido, elas seriam destacadas e escolhidas para uma pesquisa. Além disso, a nomeação de uma estratégia parece não determinar como ela será utilizada na prática e tampouco descreveria o contexto em que ela foi aplicada.

Paralelamente a isso, os estudos relacionados as estratégias contam ainda com uma bibliografia basicamente internacional, mostrando-nos que é essencial que estudos relacionados a suas descrições possam ser desenvolvidos também no Brasil, não só pela necessidade de adaptação transcultural das propostas, mas, principalmente, pelas variações públicos-culturais entre um país e outro, o que pode afetar, por exemplo, a maneira como uma implementação pode se dar.

Sabemos que descrever os agrupamentos de estratégias não descreve qual estratégia, no sentido da ação, foi utilizada para o alcance do desfecho esperado. E talvez seja essa a evidência a ser produzida a neste trabalho: se definir, conceituar e descrever amplamente as estratégias utilizadas para a implementação é o que poderia promover a análise dos desfechos, incluindo as barreiras e facilitadores para

a implementação em contexto bem estabelecido, é preciso que haja a necessária atenção aos estudos sobre estratégia, visto que são elas, então, as responsáveis pela implementação, ou não, do que se espera implementar.

3.2 Estrutura (*Framework*) em Pesquisas de Implementação

Conforme citado anteriormente e levando-se em consideração a importância da clareza conceitual ligada a escolha, descrição e uso de estratégias em Pesquisas de Implementação, é esperado que pesquisadores consigam seguir modelos teóricos que possam embasar as intervenções propostas em todas as etapas da pesquisa, mesmo que este modelo seja adaptado ao contexto e suas características, ou a interpretação deste, em que a implementação acontecerá⁵⁵.

A utilização de teorias, estruturas e modelos de implementação vem sendo amplamente indicada por teóricos da Pesquisa de Implementação. Embora não tenhamos claro a diferenciação entre estruturas e modelos, é esperado que estas estejam alinhadas a uma fundamentação teórica que possibilite o desenho, a descrição e acompanhamento de projetos de pesquisa de forma a fornecer explicações (e entendimento) sobre quais ações podem influenciar, ou não, os desfechos esperados, seja em cada uma das etapas ou de todo o processo de implementação⁹⁰.

Tendo em vista a importância da utilização de diretrizes para nomear, definir e operacionalizar as estratégias de implementação⁵⁵, optamos por uma descrição que pudesse contar a história do Comitê Gestor da Pesquisa na implementação do Ambulatório para Pessoas Expostas a Violência, com vistas a descrever como se deu a fomentação e sustentação deste coletivo ao longo da pesquisa, caracterizando-o como uma estratégia para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas.

Com isso, pretende-se diálogo que possibilite sugestão na sistematização de dados, principalmente qualitativamente, viabilizando uma descrição mais consistente da estratégia adotada para tal.

Citada como categoria importante dentro das estratégias de implementação, o desenvolvimento de relações entre as partes interessadas está associado a diversos métodos das pesquisas qualitativas.

Nas Pesquisas de Implementação, recomenda-se que pesquisadores invistam no reconhecimento e apropriação do ambiente em que a implementação se dará, incluindo conhecer ou buscar o envolvimento de pessoas interessadas que entendam o contexto externo, tal como normas e cultura da comunidade, processos políticos e governamentais, bem como o contexto interno, como cultura e clima organizacional, incluindo as expectativas dos trabalhadores, o que pode garantir a aplicabilidade da pesquisa na prática⁵².

Mesmo sendo do nosso conhecimento a importância das partes interessadas em pesquisas, parece-nos relevante avaliarmos como a participação vem sendo referida nas Pesquisas de Implementação e como poderíamos traduzir e adaptar suas propostas ao já construído sobre o tema pelo Interfaces, coletivo de pesquisa com expertise em produções científicas que tiveram como campo as condições de mundo real.

Trabalhar dentro de condições do mundo real diz respeito ao papel central desempenhado pelo contexto, incluindo o ambiente social e institucional, cultural, econômico, político, legal e estrutural, em níveis individuais e organizacionais, o que implica trabalhar com populações que serão afetadas por uma intervenção e não apenas com a proposta de seleção de possíveis beneficiários que podem não representar a população-alvo de uma intervenção⁵⁰.

Visando, principalmente, maior clareza na disseminação de resultados, a utilização da estrutura RE-AIM mostrou-se mais adequada no que diz respeito a avaliação do CGP como uma proposta de estratégia para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em Pesquisas de Implementação, tendo em vista o empenho da estrutura em tornar participativo o desenho e avaliação de pesquisas e resultados da implementação, baseados tanto em fatores individuais como os organizacionais (institucionais).

3.3 Contextualização do Comitê Gestor da Pesquisa: narrando o dispositivo estratégico de participação

O início das atividades do Comitê Gestor da Pesquisa (CGP) se deu já na etapa de pré-implementação e foi marcado principalmente pela necessidade de organização do desenho de como se daria a implementação do Ambulatório para Pessoas Expostas à Violência e sobre como a pesquisa se organizaria longitudinalmente, definido então este período, como de grande investimento para a caracterização do contexto.

O período que antecedeu o início das atividades do CGP se deu logo na escrita do projeto de pesquisa maior, mesmo não citado como objetivo específico em seu desenvolvimento. Inicialmente, a questão da participação parecia estar mais ligada a uma proposta de Pesquisa Participativa, com o propósito de escuta de partes interessadas, mas sem a descrição de quais processos seriam necessários para uma proposta em cogestão de ações.

A ideia de que os Grupos Focais pudessem nos trazer informações sobre a percepção da violência e modelos de cuidado a pessoas expostas a violência foram as primeiras pautas a serem discutidas nas reuniões do coletivo de pesquisa. Afinal, defendia-se que a experiência acerca do que usuários e trabalhadores da saúde e da assistência social poderiam dizer sobre o cuidado e sobre as práticas de cuidado quando o tema central se tratava da violência.

Neste período, além da aproximação com a metodologia das Pesquisas de Implementação e a aproximação teórica com o tema da violência, nos preocupávamos com a relação frágil já conhecida entre Saúde e Assistência Social, com políticas sabidamente conhecidas pela responsabilidade para o cuidado de vítimas de violência e escolhidas por nós para o desenho participativo da pesquisa.

A frágil relação citada em parágrafo anterior diz mais respeito a experiência clínica/prática/histórica de pesquisadores que sobre algo efetivamente estudado. Na clínica em saúde mental, eram comuns os desentendimentos sobre a compreensão do sofrimento e nas práticas de cuidado, trabalhadores da Saúde e da Assistência Social pareciam habitar territórios distintos de ação. Não era raro, historicamente, ao menos no município de Campinas, que as políticas se desentendessem quanto a condução de um caso ou a defesa de uma família. Entre as discussões sobre se ter razão e trocas desastrosas de ofensas, via-se o usuário fragmentado e por vezes sozinho para o alcance do direito de ser cuidado.

Dada a hipótese de que o cuidado oferecido a usuários e suas famílias, expostas a violência, se dava de forma fragmentada entre os serviços e políticas, como nós, pesquisadores da saúde coletiva, saberíamos sobre as reais necessidades e expectativas dos trabalhadores e dos serviços da assistência social com relação ao cuidado dessas pessoas? Como garantiríamos a participação de diferentes atores sociais em diferentes lógicas de cuidado se não escutássemos quem já estava envolvido nesta pauta?

Ao longo das discussões, foi preciso que nos preocupássemos com o processo da pesquisa e que conseguíssemos um planejamento que pudesse defender o envolvimento das partes interessadas de maneira engajada e participativa. Para tal, a experiência teórico-prática com outras pesquisas se deu como fundamental.

Entre a escrita do projeto, envio ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e sua aprovação, o coletivo de pesquisadores se debruçou no desenho processual da pesquisa, de forma a planejar ações que garantiriam a participação das partes interessadas, diferenciação entre os conceitos sobre violência (incluindo a definição entre o que seriam vítimas e expostos a violência), a caracterização do funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), aproximação do monitoramento de dados ligados a notificação de violência no município, definição da metodologia para a análise de dados e como estaríamos inseridos na rede e no fluxo de serviços já implementados no município.

Além disso, as questões relacionadas a fundamentação teórica para a implementação da prática clínica escolhida para o ambulatório foram alvo de investimento constante. Nossa aposta foi baseada na perspectiva não só de uma defesa teórica para um cuidado em saúde mental que pudesse minimizar os efeitos deletérios da violência, mas que pudesse também intervir na prevenção transgeracional da violência.

Foi necessário avanço teórico-clínico para a defesa da psicanálise, dos dispositivos grupais de cuidado, levando-se em consideração a possibilidade de replicação da prática a ser implementada em outros equipamentos de cuidado, tanto no SUS quanto no SUAS.

Para o desenho participativo da pesquisa, pensou-se nos primeiros contatos a serem estabelecidos através da aproximação dos pesquisadores às duas outras “pontas” da participação, a saber:

- Gestores ligados a administração central das Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social.

- Gestores locais dos serviços da saúde, aqui representados pelas Unidades Básicas de Saúde e a gestores locais dos serviços da alta complexidade da assistência social, aqui representados pelos serviços de acolhimento institucional.

- Trabalhadores dos serviços da saúde e assistência social, conforme desenho participativo sugerido para gestores.

As primeiras ações ligadas ao envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas se deu através da apresentação do projeto de pesquisa e suas motivações, incluindo aqui a aposta da criação e sustentação de um CGP, mais tarde definido como estratégia de implementação.

Dados sobre a violência no país e sobre a importância de estudos que se debruçassem sobre os efeitos deletérios da violência, principalmente os relacionados ao sofrimento psíquico e transmissão transgeracional, assim como a implementação de serviços que estivessem relacionados ao tema, foram base para toda a apresentação inicial do projeto.

Já para a caracterização do CGP, foram realizadas reuniões com gestores ligados ao apoio técnico temático em saúde, coordenadores de distrito, centros de saúde e representantes da gestão central da Secretaria de Assistência Social do município.

A primeira reunião se deu em abril de 2019, o que exigiu, em antecipação, a reaproximação do coletivo de pesquisa com representantes da saúde, educação em saúde, mas, principalmente o início da relação com a Secretaria de Assistência Social.

Com relação a esta última, houve dificuldade para que uma aproximação fosse possível, e os primeiros contatos se deram em função de relações anteriormente estabelecidas por parte dos pesquisadores, que, naquele momento, também compunham a rede de atenção especializada em saúde mental do município.

Não fomos recebidos pela Secretaria de Assistência Social e os pactos iniciais necessários para o termo de cooperação com a pesquisa se deram através de diálogo interno com trabalhadores e entre coordenadores das políticas do SUAS.

Apesar da dificuldade inicial, garantiríamos nossa intenção de desenho participativo na pesquisa, que, pensado de maneira transversal a todas as etapas, possibilitaria tempo para a aproximação necessária com aqueles que poderiam ainda não ter contato com Pesquisas Participativas.

Além disso, o coletivo se lançava também a aproximação com a metodologia das Pesquisas de Implementação e a associação desta com a experiência do Interfaces em Pesquisas Avaliativas e Participativas, o que dava a nossa recente proximidade com a Ciência de Implementação, segurança necessária para o “saber-fazer” o agora anunciado por este campo como envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas

Destaca-se ainda que implementar um Ambulatório para Pessoas Expostas a Violência, com objetivo de qualificar a articulação entre este serviço e a rede de cuidado já estabelecida no município, qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e das várias complexidades de atenção da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede e construir evidências sobre a efetividade da proposta terapêutica defendida por nós era, no mínimo, audacioso, mas que poderia ser familiar ou habitual aos atores envolvidos nesses primeiros contatos.

Com a aproximação inicial estabelecida, foi possível a realização dos primeiros contatos com os fluxos de atenção já estabelecidos no município. A Secretaria de Saúde contava com investimento estabelecido em fluxos de atendimento a vítimas de violência, já com desenho intersetorial de cuidado, com aparente fragilidade em seu desenvolvimento e sustentação, apesar de grandes esforços.

Já a Secretaria de Assistência Social, mais tarde descobrimos, tinha a pauta da violência como tema principal de suas ações, o que facilitou que a construção do desenho da pesquisa tivesse seu início marcada pela participação de especialistas no cuidado às vítimas de violência.

Ao longo de 2 meses, houve intensa aproximação da Saúde e Assistência Social com o coletivo de pesquisadores, o que possibilitou a ampliação do diálogo e alinhamento das metodologias propostas para o desenho participativo da pesquisa.

Entre abril e julho de 2019, diversas ações foram realizadas no sentido da aproximação com gestores da saúde e assistência social, sendo a última delas, decisiva no que diz respeito a configuração do CGP e as possíveis atividades a serem desenvolvidas por esse comitê ao longo da realização da pesquisa.

A primeira reunião do CGP se deu em julho de 2019 e, em sua primeira versão, contou com representantes de trabalhadores e gestores de todos os Centros de Saúde destacados a esta participação no CGP e da assistência social, 01 trabalhadora e 07 gestores de serviços de diversas complexidades de cuidado, todos ligados a gestão direta municipal.

Além destes representantes, foram destacados a participação 06 pesquisadores (incluindo a coordenação) e 04 residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Neste primeiro encontro foi possível a apresentação de todos os participantes e a retomada do diálogo com referência a importância do arranjo participativo na pesquisa, incluindo a aposta na realização dos grupos focais (tema constante nas reuniões dos pesquisadores), além do avanço do desenho de como os serviços da assistência social estavam distribuídos pelo distrito Norte.

Ao longo de dois meses (julho e agosto), o CGP trabalhou intensamente para que os Grupos Focais pudessem ser realizados. Para tal, propusemos certa imersão teórica dos já participantes no que diz respeito a utilização de Grupos Focais e Grupos Focais Hermenêuticos enquanto técnica qualitativa de coleta de dados que produziria a escuta de grupos de interesse não representados no CGP.

Com efeito, também iniciávamos a discussão sobre a proposta clínica de atendimento pautadas na exposição a violência, o que exigiu investimento teórico-clínico a ser realizado junto aos participantes. Para tal, ampliou-se a oferta de diálogo coletivo e ofertou-se uma disciplina no Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP,

denominada “Tópicos de planejamento, administração de se serviços de saúde: psicanálise estendida – leituras dirigidas para o trabalho em grupo”, em que os membros do CGP foram matriculados como alunos especiais.

Além das questões teóricas, o CGP passou a discutir sobre qual seria o público-alvo a ser ouvido nos Grupos Focais, qualificando com isso, o desenho participativo da pesquisa

Entre os temas discutidos estavam motivações para a realização dos Grupos Focais, a definição do método prático a ser utilizado, incluindo discussões sobre o tamanho necessário da amostra e a definição das ações a serem desempenhadas para o alcance desse número, acrescentando-se, ainda, o desenvolvimento de roteiro específico para cada grupo de interesse, incluindo os critérios de inclusão e o importante papel do CGP no recrutamento dos elegíveis a participação.

Após as discussões realizadas coletivamente, decidiu-se por 08 grupos de interesse, sendo eles: crianças, pré-adolescentes, adolescentes, mulheres, trabalhadores técnicos de nível médio, trabalhadores de nível superior, lideranças comunitárias e homens.

Ao longo do período utilizado para a ampla discussão sobre as ações necessárias para a participação e escuta de outros grupos de interesse, nota-se um aumento considerável no número de pesquisadores que participavam do CGP, passando de 06 para 10.

Com pouco investimento no acolhimento dos novos pesquisadores, seja ele teórico ou de aproximação com a prática já experienciada pelo Interfaces, os pesquisadores parecem distantes da defesa ético-política ou mesmo da importância relacionada a participação em pesquisas, o que gerou um movimento de priorização de pautas pessoais e individuais no CGP.

Diante disso, a seleção e o recrutamento para a participação nos Grupos Focais assumiram uma abordagem semelhante a um processo de coleta de dados, enquanto a concentração na participação ativa e na escuta atenta das partes interessadas parecia distante do foco dos pesquisadores, ressaltando a necessidade

de repactuação constante de estratégias que garantam os objetivos principais da participação em pesquisas.

Motivados individualmente, os pesquisadores pareciam ter dificuldade a responsabilização pelo cuidado na relação com outros membros do CGP, ao que e a quem representavam, o que exigiu intervenção da coordenação da pesquisa, a fim da retomada dos objetivos do CGP e da importância da participação, inclusive como participantes em cogestão do projeto. Se pensado em tríade, as pontas da Saúde e da Assistência Social pareciam esforçar-se para entender por que a Universidade se calava ou tentava impor seu modo de operar a participação.

Com a intervenção para que a defesa pela participação fosse validada pelos pesquisadores, percebeu-se maior investimento na relação com os participantes, respeito as singularidades das políticas de cuidado, atenção a fragilidade na relação entre saúde e assistência social e maior envolvimento e engajamento das partes interessadas, inclusive na percepção de que o recrutamento para os grupos focais dizia respeito a conseguir ouvir outros atores sociais, que não apenas os representados naquele coletivo.

É perceptível que o devido investimento no envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas na pesquisa, trouxe sensação de pertencimento ao CGP, trazendo novo sentido na sustentação do espaço e dos encontros, além da compreensão da importância de que a pesquisa conseguisse ouvir quem se beneficiaria da implementação do ambulatório: os usuários.

Um ponto crucial na compreensão da valorização da participação foi observado através do considerável aumento no recrutamento de outras partes interessadas para a realização dos Grupos Focais. Esse aumento ocorreu em resposta ao sincero interesse dos pesquisadores em compartilhar conhecimento e tornar público o processo teórico-prático para a realização dos Grupos Focais. Partimos de grupos inicialmente desmarcados devido à ausência de quórum, progredindo para o limite máximo de representação proposto.

Além da movimentação estabelecida pela entrada de novos pesquisadores no coletivo de pesquisa e com a retomada do marco ético-político da participação das partes interessadas, observou-se a necessidade de discussões acerca da importância

da participação de trabalhadores no CGP, principalmente daqueles lotados nos serviços da assistência social, até aquele momento, ainda não representados.

Tal ampliação, que possibilitou a diversidade na participação, também qualificou consideravelmente o recrutamento de outros grupos de interesse para a participação nos Grupos Focais, visto serem estes trabalhadores os que efetivamente estavam em relação direta com os usuários, suas famílias e com a comunidade.

Nos meses que se seguiram de 2019, houve intenso investimento em tornar o CGP parte de um desenho efetivo de participação, através de ações relacionadas a apropriação do projeto e com circularidade importante das propostas relacionadas. Além disso, houve avanço na discussão sobre o uso das narrativas em pesquisas, dos estudos participativos e da importância da representatividade na implementação de serviços e políticas.

Ao fim do ano, o CGP tinha um desenho bem estabelecido de serviços participantes na saúde, mas ainda caminhávamos com certa lentidão na discussão sobre a representação de trabalhadores dos serviços da assistência social, mantendo-se ainda boa parte da leitura contextual realizada a partir da gestão.

Sustentando um movimento de aproximação com as partes interessadas, pesquisadores apresentam os participantes como cogestores da pesquisa em uma reunião do Interfaces, agendada exclusivamente para discussão da pesquisa, momento esse marcado também pela proposta de planejamento para a realização da Oficina de Consenso, a ser realizada no próximo ano.

Finalizando as atividades deste ano, percebemos a importância da transversalidade do CGP em todas as etapas da pesquisa, assim como a necessidade de qualificação da representação dos serviços nas duas políticas de atenção, respeitando as diferenças entre elas, assumindo então, uma postura mais acolhedora e de escuta qualificada aos participantes.

Assumir uma postura de defesa da participação possibilitou uma imersão efetiva na rede de cuidado a pessoas expostas a violência já existente no município. Implicados, pesquisadores passam a se relacionar com o CGP de forma engajada, já com compreensão de que o espaço poderia se tornar um dispositivo de articulação

entre a rede e a pesquisa.

Com a relação estabelecida de forma mais consistente, percebemos não se tratar o nosso projeto de pesquisa da implementação de uma nova política, mas sim de serviço complementar a rede de cuidado já existente, o que tornou a tarefa de coleta de dados algo a ser construída coletivamente.

Em retomada ao trabalho, o ano de 2020 começou com muitas atividades para o CGP. Após construídas as narrativas dos Grupos Focais chegava o momento do planejamento para a primeira Oficina de Consenso, já sinalizada no final do ano anterior.

Boa parte da comunicação passou a ser realizada mais ativamente por um grupo de WhatsApp, denominado como “Comitê Gestor Violência” que era utilizado, principalmente, para o compartilhamento de proposta de pauta, lembretes de reunião e oferta de material bibliográfico, principalmente os relacionados as tarefas do CGP.

Ao longo do mês de janeiro, o CGP trabalhou intensamente na organização das narrativas, a partir dos núcleos argumentais desenvolvidos pelos pesquisadores, para que a Oficina de Consenso pudesse ser realizada.

Todas as narrativas, de todos os grupos de interesse, foram dispostas em quatro núcleos argumentais a partir da reunião dos núcleos narrativos identificados, sendo eles:

1. Violência direta ou indireta (conceitos e percepções)
2. Exposição à violência direta ou indireta (relatos da vivência cotidiana com relação a violência).
3. Como foram cuidados
4. Como deveriam ser cuidados.

A partir da identificação dos núcleos narrativos, o CGP desenvolveu um documento que chamamos de Grade de Análise para a Oficina de Consenso, propondo então que a discussão se desse a partir de três grandes eixos temáticos:

1. Fluxo dos atendimentos
2. Capacitação dos trabalhadores

3. Apoio às ações dos serviços

Para cada eixo, três perguntas foram criadas para consenso e construção de diretrizes, sempre tendo em vista o cuidado de pessoas expostas a violência:

1. O que temos?
2. O que queremos?
3. O que faremos / como faremos?

Além do trabalho realizado a fim do planejamento da Oficina de Consenso, o CGP encarregou-se do envolvimento de outros atores sociais, não participantes do CGP, para que o consenso pudesse ser ainda mais participativo e diverso, demonstrando, com isso, absoluto engajamento e defesa das ações que tornassem a pesquisa ainda mais participativa.

Por sua vez, a Oficina de Consenso aconteceu no dia 29/01/2020 e contou com a participação de 35 pessoas, incluindo os participantes do CGP, docentes do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, gestores e trabalhadores da saúde, assistência social e educação, incluindo representantes de usuários, entre eles, 02 adolescentes.

A dinâmica da realização da Oficina de Consenso se deu através da apresentação dos dados obtidos ao longo da etapa de pré-implementação da pesquisa, em um modelo de devolutiva do trabalho já realizado.

Retomamos aspectos da tradição do Interfaces em estudos multifacetados e multimétodos para sustentação de desenhos participativos em pesquisas, o recente investimento em Pesquisas de Implementação, o trabalho realizado com as narrativas construídas através da escuta das partes interessadas nos Grupos Focais e sobre as construções da Grade de Análise elaborada pelo CGP.

Após realizada a apresentação, respeitada a necessidade de devolutiva sobre os resultados, propusemos que os participantes da Oficina de Consenso fossem divididos em três grupos, a partir de escolha aleatória, a fim da realização de tarefa que tinha como objetivo a discussão de diretrizes para cada eixo temático planejado, que por sua vez, fora desenvolvido pelo CGP ao longo das Oficinas de Planejamento.

No que diz respeito ao Fluxo de Atendimentos, a clareza da definição dos conceitos ligados a exposição à violência e a capacitação de trabalhadores para o encaminhamento foram diretrizes amplamente discutidas, afinal, seria necessário o entendimento sobre quem deveriam encaminhar e a quem o serviço implementado seria oferecido.

Assim sendo, a discussão sobre os critérios de encaminhamento para o serviço ganhou importância, inclusive quando sugerido sua flexibilização e com a proposta de que a revisão de fluxo se desse constantemente pelos pesquisadores.

Outra diretriz associada ao Fluxo de Atendimento foi a importância das devolutivas dos atendimentos aos serviços encaminhadores, tanto para o seguimento do usuário atendido quanto para a capilarização do ambulatório e suas práticas entre serviços e trabalhadores, de forma intersetorial.

A atenção ao papel do NAPEV na rede de cuidado a pessoas expostas à violência foi destacada como diretriz importante em sua implementação. Isso envolveria a responsabilidade de gestores públicos na interface entre a pesquisa, implementação e execução das ações do Ambulatório, a notificação da violência como parte das ações de avaliação e monitoramento do cuidado em rede e o estabelecimento de diálogo a fim da elaboração de ofertas de capacitação periódica aos trabalhadores.

Já no eixo Capacitação dos Trabalhadores, a elaboração de diretrizes girou em torno da importância da desnaturalização da violência, o treinamento para a identificação dos sinais de exposição nos usuários e oferta de capacitação para a qualificação de atendimento às vítimas, famílias e aos autores de violência.

Dessa forma, a capacitação deveria se dar de forma teórico/prática, com expectativa de aproximação dos fluxos intersetoriais já existentes para o cuidado em rede, respeitando-se, então, diferentes abordagens para a complexidade e singularidade dos casos. Além disso, sugeriu-se que a capacitação tivesse o formato de espaços coletivos e sigilosos para a discussão de casos que pudessem também realizar a escuta dos trabalhadores, ampliando essas ações para o apoio a coletivos organizados de mulheres já presentes na comunidade.

A educação permanente aparece como ponto potente no cuidado e necessidade de identificação de violências sofridas por crianças e adolescentes, encorpando a diretriz das ações a serem realizadas em arranjos já existentes, como as Reuniões Intersetoriais.

Já no eixo Apoio às Ações dos Serviços as discussões de possíveis diretrizes também giraram em torno da capacitação dos trabalhadores, mas com importante destaque ao desenvolvimento de ações que pudessem cuidar do sofrimento do trabalhador diretamente ligado ao atendimento de pessoas expostas a violência.

Para tal, foi sugerido a criação de uma série de ações que caracterizassem quais esforços conjuntos (incluindo o ambulatório) poderiam ser adotados para espaço de formação, apoio ao trabalhador, incluindo espaços de escuta qualificada e protegida, como no eixo anterior, além das ações territoriais que fizessem referência ao entendimento do evento da violência aos que estão expostos e não se identificam ainda como vítimas, dado grifo a experiência da adolescência e apoio às lideranças comunitárias.

Bem trabalhados os eixos e diretrizes para a implementação do ambulatório, o CGP voltou a se reunir periodicamente ao longo do ano, fixando seus encontros no Departamento de Saúde Coletiva sempre nas primeiras quartas-feiras de cada mês.

Em meio ao avanço teórico-prático relacionado ao envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas e na Pesquisa de Implementação que vinham sustentando o CGP e suas tarefas, fomos abruptamente atingidos pela pandemia global da COVID-19.

No Brasil, enfrentamos uma crise sanitária de proporções inéditas que atingiu principalmente a população que acessa menos direitos, colocando-as mais expostas ao risco de morte e intensificando, ainda mais, a desigualdade social no país⁹¹.

Setecentas e cinco mil, seiscentas e quarenta e cinco pessoas foram a óbito no país⁹², sendo parte importante dessas mortes, evitáveis⁹³.

Em Campinas, 5501 pessoas perderam suas vidas⁹⁴, trazendo para a cena a experimentação catastrófica do luto, ainda hoje, com seus efeitos psíquicos, pouco debatidos. Estávamos, todos, em maior ou menor grau, expostos a violência, e isso trouxe marcas importantes para toda a pesquisa.

A primeira reunião depois da Oficina de Consenso mostrou a urgência de outras pautas que não a pesquisa ou o envolvimento em qualquer tarefa que não fosse de sobrevivência ou de fazer sobreviver o outro. Sobrevivência em todos os aspectos, inclusive a psíquica.

Esvaziado, o CGP discutia, a partir da proposta da Universidade, as diretrizes construídas coletivamente, dando prioridade retomada das discussões sobre a construção dos critérios de encaminhamento para o ambulatório, sugeridos inicialmente, pelos pesquisadores.

Com o avanço da pandemia e em respeito as restrições sanitárias que a época determinava o isolamento social, as atividades com o CGP foram interrompidas por três meses, sendo retomadas em junho do mesmo ano, adaptados para o modelo remoto.

Nesta reunião, encontramos trabalhadores cansados e lidando com situações graves de exposição a violência: o medo de morrer, a fome das famílias, a falta de apoio para sustentar as ações de cuidado para quem já era atendido, a necessidade de criação de novos serviços da assistência social da alta complexidade para acolher quem estava e quem chegaria as ruas, a falta de trabalhadores nos serviços e nenhum cuidado para com o trabalhador, inclusive, no que diz respeito ao direito de utilização de Equipamento de Proteção Individual.

O relato dessas experiências trouxe para a pauta no CGP a sugestão de que os trabalhadores fossem considerados pessoas expostas a violência, a fim de que também pudessem acessar cuidado em saúde mental pelo Ambulatório, solicitação essa que trouxe pouca reflexão aos pesquisadores. Naquele momento, parecíamos confusos com relação ao que vivenciávamos, seja enquanto pesquisadores ou como sujeitos que vinham sendo atingidos pelas notícias sobre mortes no trabalho, em nossas famílias e em nossas redes de afeto. Diariamente éramos expostos a violências praticadas pelo Governo Federal que se ocupava mais em destruir políticas

públicas já bem estruturadas que em se concentrar em implementação de ações que pudessem salvar vidas.

Mesmo sensibilizados com a experiência advinda da pandemia, pactuamos a importância da continuidade dos encontros do CGP, mesmo que remotamente, mensalmente e ao longo do ano, sendo a primeira pauta pós-retorno das atividades, a retomada da discussão dos critérios de encaminhamento e como, na prática, os usuários chegariam aos atendimentos oferecidos pelo ambulatório.

Como proposto, os pesquisadores passaram a apresentar os critérios de inclusão e exclusão para o encaminhamento dos usuários para o ambulatório, o que gerou ampla discussão entre os participantes.

A pauta, visto a impossibilidade dos terapeutas (pesquisadores) iniciarem os atendimentos em função das restrições sanitárias, ganhou tempo e ampliação, possibilitando o posicionamento dos participantes acerca dos critérios elaborados e propostos pelo coletivo de pesquisa.

Além disso, a questão da terminologia sobre a exposição à violência voltou a ser pauta constante nas reuniões, possibilitando que as muitas dúvidas com relação ao termo, ampliasse a discussão acerca dos critérios de inclusão e exclusão para os futuros encaminhamentos. Contudo, muitas dúvidas surgiam ou se mantinham com relação a quem, enfim, seria beneficiário da implementação proposta.

Os critérios de inclusão para os usuários a serem beneficiados pela implementação do ambulatório, elaborados exclusivamente por pesquisadores, a época, foram apresentados da seguinte maneira:

- Apresentar sofrimento psíquico associado à exposição à violência (avaliada pela equipe ou autorreferido).
- Ser mulher maior de 18 anos.
- Ter entre 10 e 17 anos (ambos os sexos) para compor os grupos de adolescentes e
- Pessoas que se beneficiariam de atendimentos grupais para o sofrimento relacionado à exposição à violência.

Do mesmo modo, critérios de exclusão para o encaminhamento ao ambulatório:

- Ter diagnóstico médico/psiquiátrico de transtorno mental grave.
- Ter feito terapia nos últimos seis meses.
- Estar em acompanhamento regular nos serviços especializados para vítimas de violência já existentes (Considerando os fluxos já existentes no município).
- Estar em acompanhamento na rede especializada de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial).

Os critérios de exclusão foram os mais discutidos no CGP e a oportunidade de ter representado no comitê a saúde e a assistência social oportunizou a aproximação dos pesquisadores (e da pesquisa) ao contexto do “mundo real”, como priorizado pelas Pesquisas de Implementação.

Percebeu-se que os critérios acabavam por excluir usuários que eram o público alvo dos serviços da assistência social, visto ser, por exemplo, a Proteção Social Especial de Média Complexidade, no CGP representado pelo CREAS, responsável pelo cuidado de pessoas vítimas de violência intrafamiliar, o que impediria que este serviço ou qualquer outro associado a média complexidade assim o fizesse, seja por atenderem especificamente vítimas de violência ou por contarem com psicólogos em sua equipe, na configuração de duplas de referência.

A fim da qualificação da discussão sobre os critérios de inclusão e exclusão, os pesquisadores apresentaram um formulário on-line como modelo piloto para o encaminhamento, propondo a ampliação da discussão sobre o tema, inclusive com os trabalhadores de serviços não representados no CGP.

Uma proposta de discussão de casos sentinela auxiliou o CGP a sugerir mudanças no formulário de encaminhamento, tornando-o, segundo os participantes, menos subjetivo, facilitando então, a compreensão de quem poderia ou não se beneficiar dos atendimentos.

O exercício de discussão do formulário para encaminhamentos trouxe para o CGP novos participantes, dessa vez gestores locais e trabalhadores dos serviços

de assistência social, o que qualificou a discussão sobre a realidade dos serviços no que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão.

Neste exercício dialogamos sobre casos complexos que envolviam a exposição a violência, proporcionando discussões sobre quais ações, anteriormente pactuadas como diretrizes, poderiam ser aplicadas aos usuários e suas famílias que não se caracterizavam como público-alvo do ambulatório, propondo-se então o início do desenho do que chamaríamos posteriormente de Rede de Apoio e Acompanhamento das Situações de Exposição à Violência – a RASEV.

Através dos esforços para a discussão dos casos, definiu-se que os serviços representados no CGP se tornariam os encaminhadores para o NAPEV, sustentando então a já estabelecida relação entre os pares da rede SUS/SUAS ali participando. Parte de tal definição se deu em função da proposta de não inserir o Ambulatório como substituto de ações já programadas e implementadas pelo município que apresentavam, segundo os participantes, pouca efetividade em seu funcionamento ou acolhimento pouco funcional às vítimas, principalmente devido a não contratação de trabalhadores, o que vinha causando barreiras para acesso ao cuidado em função da formação de listas de espera para o atendimento.

Esperava-se que a implementação do NAPEV não acabasse por se responsabilizar por políticas e serviços já estabelecidos, suprimindo a oportunidade de que usuários que não contavam com atendimentos direcionados as suas necessidades, pudessem acessar aos atendimentos.

A pauta da RASEV foi alvo de discussão ao longo dos últimos meses do ano de 2020, e parecia um alívio conseguir dialogar sobre algo que se daria concretamente. Foi apresentada como uma proposta de apoio e acompanhamento aos casos de violência com articulação das redes de Atenção Primária à Saúde e da Proteção Básica, Média e Especial da Assistência Social, caracterizando-se então e, como um dispositivo de integração de rede com a utilização da metodologia do Apoio Matricial.

Tinha como objetivos específicos mapear interesses e expectativas dos trabalhadores com relação às ações de educação permanente, apoio aos serviços, construção dos fluxos, ações que seriam desenvolvidas com os serviços envolvidos

na pesquisa, assim como qualificar o seguimento conjunto dos casos intersetorialmente.

Pensou-se que estrategicamente seria importante a aproximação com os serviços através de agendas previamente estabelecidas a fim de instrumentalizar as equipes para o atendimento de pessoas expostas à violência, assim como localizar a RASEV como a estratégia que desenharia o fluxo de encaminhamento para o ambulatório, visto suas características de aproximação com os trabalhadores e os serviços.

Os participantes trouxeram a importância de que não desconsiderássemos os espaços coletivos intersetoriais (arranjos e dispositivos) já existentes no distrito como possibilidade de aproximação das ações da RASEV, visto estarem ali, representantes dos serviços da saúde, assistência social e educação.

Para lidar com a dificuldade para a elaboração desse desenho, a aproximação com as reuniões intersetoriais já existentes foi estrategicamente pensada para que a Universidade se aproximasse dos trabalhadores de diversos serviços, inclusive, de tipificação e políticas de cuidado diferentes.

Iniciou-se então a apresentação do projeto de pesquisa em todas essas reuniões, o que aproximou a Universidade de um desenho mais próximo à realidade do Distrito e dos trabalhadores, dando então continuidade a um desenho ampliado do contexto em que o Ambulatório seria implementado.

Além das ações de aproximação ao contexto anteriormente descritas, o CGP construiu novos caminhos a serem trilhados pela RASEV, entre eles, a aproximação com os trabalhadores da saúde através das reuniões das Estratégias Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família dos Centros de Saúde participantes e dos serviços da Alta Complexidade da assistência social, que, por sua vez, não tinham representação nas reuniões intersetoriais, como programado anteriormente.

O CGP ao longo do ano pareceu construir, coletivamente e de forma participativa, os primeiros pilares para a implementação do ambulatório. Com isso, pareceu fortalecer-se para propor pautas que pareciam sensíveis aos pesquisadores.

Uma dessas pautas trazia a percepção de que o ambulatório se mostrava distante das discussões propostas pelo CGP, o que trazia estranhamento sobre o que de fato a Universidade estava implementando.

O CGP passa, então, a uma certa convocatória para que terapeutas passem a compor a discussão sobre os fluxos de encaminhamento, auxiliando-os, inclusive, na reflexão e discussão sobre as ações voltadas a prevenção da violência e ao cuidado familiar e territorial das pessoas expostas à violência.

Tal convocação mostrou-se fragilizada em função da tarefa a ser realizada para o desenho da RASEV, que, por sua vez aproximou consideravelmente alguns pesquisadores da realidade dos trabalhadores e dos serviços.

Inevitavelmente, percebemos implicações para o contexto interno, entre elas, a percepção de que pouco sabíamos, apesar do aprofundamento em dois anos, da realidade dos fluxos e das práticas de cuidado oferecidos pelos serviços da assistência social do município.

A resposta a convocação dos representantes da Universidade responsáveis pelos atendimentos que seriam ofertados no ambulatório aumentou a presença de pesquisadores nas reuniões, nos lançando a realidade de que talvez tivéssemos avançado na participação das partes interessadas na pesquisa, mas investido pouco em ações que pudessem sustentar o envolvimento e engajamento de todos os pesquisadores, de forma participativa, no próprio CGP.

Continuávamos, ao longo das reuniões, reafirmando nossas dúvidas com relação a tipificação, funcionamento e objetivo das instituições participantes que, àquela altura, ainda desconhecíamos, principalmente os da Assistência Social.

Além disso, a chegada de novos trabalhadores ao CGP, que pouco sabiam sobre a pesquisa, sobre a implementação do NAPEV e da RASEV ou sobre o papel a ser desenvolvido ali, fragilizou tanto a grupalidade, construída cuidadosamente através de grande investimento ao longo dos anos, quanto a própria defesa da participação.

Com esse funcionamento finalizamos as atividades do ano de 2020, retomando os encontros apenas em fevereiro de 2021, depois do coletivo de pesquisa

optar por desmarcar a reunião pré-agendada de janeiro.

Nesta primeira reunião, voltamos a falar sobre a RASEV com pouco avanço. Enquanto pesquisadores pareciam investir no reconhecimento do contexto externo, principalmente sobre a assistência social, as discussões pareciam girar em torno dos mesmos problemas já discutidos ao longo do semestre anterior.

Desorganizados e ainda pouco habituados aos encontros virtuais (a maioria dos participantes usava o plano de dados pessoal para a participação), sentíamos que a demora para decidirmos, enfim, qual seria a proposta da RASEV, prolongando a tarefa dialogada com pouca proposta prática, o CGP se desarticulava. Distantes há meses e envoltos a novas práticas exigidas pela pandemia, pareciam não ver mais sentido em sustentar discussões que não produzissem resultado prático.

Deste momento em diante, tornou-se um hábito desmarcar as reuniões do CGP. Não tínhamos uma relação bem estabelecida entre os pesquisadores, e em função da pandemia, e com tudo o que individualmente experimentávamos, parecíamos ter perdido, inclusive, a relação com a própria pesquisa.

Retomamos a tarefa da implementação do Ambulatório, cuja discussão havia sido iniciada no ano anterior no CGP. Como que em atualização a pauta, voltamos a identificação dos fluxos existentes e a discussão dos critérios de encaminhamento, dessa vez, em proposta para um aprofundamento na questão da oferta clínica.

Contudo e pela primeira vez no CGP, os pesquisadores iniciam o compartilhamento das discussões acerca da necessidade de testagem dos usuários que fossem encaminhados para os atendimentos do Ambulatório.

A testagem tinha como objetivo o levantamento de dados que deveriam produzir informações baseadas em evidência relacionadas a eficácia dos grupos com relação a diminuição de sintomas relacionados a depressão e ansiedade e ao aumento na qualidade de vida aos expostos ao tratamento, discussão essa estabelecida pelo coletivo de pesquisa já na etapa de pré-implementação.

Para tal, os pesquisadores apresentaram as características dos Grupos de Educação em Saúde com a metodologia da Educação Popular em Saúde e dos

Grupos de base psicanalítica com a metodologia da Terapia Breve, além da garantia de que o cuidado seria oferecido a todos os usuários encaminhados através das duas modalidades de oferta terapêutica em saúde mental.

Além do compartilhamento dos métodos de atenção a pessoas expostas à violência, pesquisadores passaram a dialogar sobre os testes selecionados a serem aplicados nos usuários, avançando assim, com o compartilhamento de informações sobre as escolhas feitas pelo coletivo de pesquisa, mas em pauta ineditamente com o CGP.

A questão da testagem dos usuários parece não ter sido suficientemente debatida no CGP, visto a dificuldade de entendimento dos participantes com relação a isso. Informamos como se dariam os testes e parecemos, neste momento, mais fechados ao diálogo. O que parecia óbvio para os pesquisadores se mostrava novidade para os participantes que, por sua vez, passaram a reconvocar a discussão sobre os critérios de encaminhamento, em função de manterem muitas dúvidas com relação a isso.

Naquele momento, o CGP sugere que adotemos a mesma dinâmica utilizada para os Grupos Focais para a discussão da oferta clínica proposta pelo ambulatório, como que em estratégia desenvolvida para a retomada da participação experimentada na etapa de pré-implementação, em que a oferta de informações teórico-práticas sobre os Grupos Focais, qualificou não só a escuta dos pesquisadores com relação as partes interessadas, mas também proporcionou o envolvimento e engajamento mais efetivo do CGP no recrutamento de usuários e outros grupos de interesse.

Apostava-se que o acesso a bibliografia sobre a psicoterapia breve e educação em saúde poderia proporcionar uma discussão ampliada sobre as metodologias de cuidado e mais que isso, uma aproximação menos reativa a testagem por parte dos participantes que, até aquele momento, não haviam tomado contato com a importância do levantamento de dados para a qualificação do cuidado, para implementação de serviços ou desenho de políticas públicas.

Oportunizar esse acesso à informação, poderia movimentar a participação das partes interessadas a uma maior compreensão sobre as metodologias da Pesquisa de Implementação, ampliar as formas de cuidado as pessoas expostas a

violência também nos serviços que representavam e, principalmente, avançar no entendimento sobre a responsabilidade compartilhada do CGP na implementação do ambulatório.

Porém, o que poderia se assemelhar ao papel fundamental da Universidade, foi recebido pelos pesquisadores como algo que demandaria muito tempo e investimento, o que, naquele momento, parecia impossível para o coletivo de pesquisa.

A chegada de novos pesquisadores retoma a dificuldade do coletivo de pesquisa em tornar o envolvimento, engajamento e participação estratégia principal e fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. Enquanto alguns informam o abandono de seus projetos individuais, quem chega não é acolhido, quem já estava reage como que atacado por novas propostas e o CGP passa a ser denominado como o arranjo que manteve e deveria manter a pesquisa. O que era participação, passa a ter roupagem de gestão, o que dá indícios da necessidade de nova intervenção da coordenação da pesquisa no CGP.

Afinal, parecia-nos pouco pertinente que responsabilizássemos o CGP pela continuidade da pesquisa, seja para a efetivação da RASEV, constituído a partir de muitas discussões coletivas, para a implementação do ambulatório, mas, principalmente, para o levantamento de dados, sem que entendessem a importância das testagens e para quais fins os dados seriam utilizados.

Com a visível desarticulação do CGP, os participantes passam a procurar por pesquisadores individualmente, no que parecia uma tentativa de sustentação da experiência vivida com a participação. Os participantes estavam com pouco entendimento das tarefas e responsabilidades atribuídas aos dispositivos, e sentiam-se pouco ouvidos com a demora dos pesquisadores em iniciar as ações da RASEV na prática.

Falavam sobre a sensação de menos valia com relação a participação e passaram a sentir-se usados para o que chamavam de “uso para dados”. Não entendiam mais o ambulatório como oferta de cuidado ao usuário, mas uso do usuário para comprovar que estávamos, os pesquisadores, corretos em nossas hipóteses.

O retorno da coordenação da pesquisa ao CGP, trouxe de volta notícias mais pragmáticas: era preciso reconhecer o que vivemos na pandemia, olhar para o avanço na sustentação das diretrizes propostas na Oficina de Consenso e o quanto avançamos coletivamente no desenho da RASEV.

Coletivamente, optamos pela implementação adaptada do Ambulatório, que com sua prática impedida por questões sanitárias, moveu-se provisoriamente para o território, adequando os espaços públicos as ações estratégicas de prevenção a disseminação do vírus da COVID-19.

O trabalho de reencontro com a participação reestabeleceu o elo de confiança entre os participantes. A presença da coordenação como participante nas reuniões do CGP produziu a retomada da história das pesquisas participativas já realizadas pelo Interfaces, o projeto de implementação do ambulatório e o diálogo entre o que se produzia no coletivo de pesquisa, gestão e os trabalhadores da assistência social e saúde.

A utilização de ações voltadas a participação produziu o reencontro com o pertencimento relacionado à pesquisa, quando então é possível observar a defesa do envolvimento para que, de maneira engajada e responsabilizada, todas as partes pudessem estar participativas.

Para tanto, retomamos contatos anteriormente estabelecidos que haviam se distanciado, propondo novos diálogos que pudessem retomar a segurança na participação através do CGP, repactuando, assim, sua defesa como dispositivo de participação. Com maior abertura para o diálogo, com e entre os pesquisadores, retomamos as discussões acerca das diretrizes construídas na Oficina de Consenso: respeitaríamos os pactos e nos adaptaríamos a realidade dos serviços, dos trabalhadores e da necessidade de cuidado dos usuários, mesmo que não da forma como programado antes da pandemia, mas como era possível naquele momento.

Assim sendo, as tarefas voltaram a ser discutidas e por todas as pontas de representação. Para cada qual, o que de responsabilidade, garantindo, inclusive, que desafetos e desentendimentos pudessem aparecer, agora colocados a palavra e em grupo.

A reunião do mês de abril contou com mais participantes que o habitual. Mudanças na gestão da assistência social trouxe para a cena do CGP a fragilidade dessa rede que, em Campinas, se apresenta por várias instituições conveniadas, com estatutos próprios e com a fragilidade que qualquer política terceirizada apresentará: mudanças constantes de trabalhadores, salários baixos, pouca ou nenhuma horizontalidade na relação trabalhador/gestor e a insistência equivocada de mensuração de produtividade por dados quantitativos.

A esta altura, já tínhamos a RASEV bem delineada, e, com isso, pudemos propor a ampliação na participação no dispositivo, como sugerido anteriormente pelos participantes do CGP, porém, de forma estruturada. Com o desenho contextual mais bem elaborado, e com a compreensão do funcionamento por eixos territoriais, conseguimos incluir serviços e trabalhadores ainda não representados no CGP.

Para tal, foi necessária a problematização sobre o risco de burocratização do apoio matricial se sustentássemos a discussão sobre a RASEV apenas para dentro do CGP. Estrategicamente, pensou na retomada de pactos anteriormente realizados, garantindo a sustentação das diretrizes construídas de forma participativa, reconhecendo então, o trabalho realizado pelo CGP até então.

A definição clara de tarefas e a reestruturação do dispositivo de participação CGP trouxe a retomada do envolvimento e engajamento dos participantes com a pesquisa, que por sua vez, avançava para o alcance de outros serviços e trabalhadores, possibilitando, inclusive, o agendamento de reuniões extraordinárias para que avançássemos na discussão sobre o início dos atendimentos do ambulatório.

Inicialmente, os grupos se definiriam por classe etária, sendo infantojuvenil e mulheres, e seriam oferecidos, quatro grupos no total, sendo dois psicanalíticos para cada faixa etária e dois com características de grupos educativos.

Delimitadas as ofertas, os pesquisadores que seriam responsáveis pelo atendimento são apresentados ao CGP, acolhendo solicitação já realizada anteriormente pelos participantes e possibilitando uma participação cuidadosa de novos pesquisadores.

Era nítida a alegria de pesquisadores e do próprio comitê com a proposta do início dos atendimentos. Para os participantes do CGP dava-se o reconhecimento do trabalho realizado que, enfim, transformava-se em implementação efetiva de ações.

Com a proposta da realização dos atendimentos no território, optamos por utilizar o desenho territorial já extensamente discutido para a RASEV a fim da proposta da realização dos quatro primeiros grupos.

Compartilhamos com o CGP o investimento realizado para a qualificação dos terapeutas e nos dividimos na tarefa de encontrar local no território para a realização dos grupos, visto a impossibilidade de que eles fossem realizados na UNICAMP.

Dentre os pesquisadores, uma foi destacada como responsável para a seleção e filtro dos encaminhamentos, respeitados os critérios de inclusão e exclusão, pactuando-se que, os casos não elegíveis para o atendimento, seriam discutidos para uma possível articulação de cuidado territorial, a ser realizado pela RASEV.

Com a aproximação do início dos atendimentos, o recrutamento de usuários se tornou tarefa principal do CGP. Os critérios de inclusão e exclusão para delimitação do público-alvo a ser atendido pelo Ambulatório voltou a ser uma das atividades mais importantes desta etapa, visto o entendimento de que o proposto pelos pesquisadores não se aplicava ao perfil do público-alvo dos serviços representados no CGP, pauta essa amplamente discutida entre participantes e pesquisadores ao longo da pesquisa.

Como há um ano, o critério “exposto indiretamente a violência” voltou a ser alvo de muita discussão nas reuniões do CGP. Ocorre que os usuários já em seguimento pelos serviços representados ali eram tanto expostos indiretamente (testemunhando situações de violação de direitos perpetrados a pessoas que conheciam), quanto eram eles mesmos alvo de tais violências.

Discutíamos sobre a sensação de que os prazos para encaminhamento não dialogavam com a percepção de exposição a violência pelos usuários, assim como o tempo necessário para que a violência vivida pudesse ser narrada. Afinal, narrar uma violência experimentada na infância quando já adulto não diminuiria a incidência de

marcas psíquicas em função do experimentado.

Quando os critérios de inclusão e exclusão foram novamente questionados, identificamos um grande desafio para os pesquisadores em ouvir e sustentar a participação. Houve resistência em adaptar os critérios, geralmente produzida pelos pesquisadores, tanto por expectativas individuais como por um plano comum e coletivo, que se tratava de implementar um serviço àqueles usuários que ainda não tinham contemplado um cuidado no fluxo já estabelecido no município.

Era comum ouvir dos participantes que os critérios excluíam os adolescentes acolhidos institucionalmente, sobre a inviabilidade da assistência social saber sobre o diagnóstico psiquiátrico de um paciente e de não considerarem o uso de psicotrópico como tratamento em saúde mental, defesa essa que também era a de muitos pesquisadores.

Nos preocupávamos em garantir espaços de cuidado para o usuário, mas também era nossa responsabilidade garantir certo rigor metodológico para a pesquisa, a fim, principalmente, da produção de evidências, o que é essencial para a defesa científica de qualquer trabalho.

Portanto, os pesquisadores pareciam divididos entre a defesa de uma promoção radicalmente efetiva da participação das partes interessadas, para adaptar e viabilizar a implementação em consonância com os interesses do contexto e a convocatória metodológica para o levantamento de dados qualitativos, mas também quantitativos.

Com dificuldade para a adequação, os pesquisadores reapresentam os critérios de inclusão e exclusão. Passam a ser público-alvo do Ambulatório adolescentes a partir dos 14 anos, excluindo-se então as crianças da possibilidade de atendimento. Somente os serviços representados no CGP poderiam realizar encaminhamentos e percebeu-se certa porosidade com relação aos critérios de exclusão, principalmente àqueles ligados ao diagnóstico psiquiátrico e sobre o atendimento em psicoterapia.

Parecia não termos claro ainda que os critérios de exclusão propostos causariam barreira aos encaminhamentos e ao acesso de usuários ao cuidado proposto pelo Ambulatório, visto a aparente necessidade, grosso modo, de que não

houvesse diagnóstico médico de transtorno mental ou qualquer contato com o núcleo da psicologia, exigindo um controle entendido pelos participantes como inviável.

O diálogo de pesquisadores com o CGP passa a se apresentar mais técnico-teórico, enquanto os participantes sustentam seus questionamentos com relação ao não entendimento dos critérios, a dificuldade de diferenciação entre exposição direta e indireta a violência, associando essa definição a eventos agudos e não agudos de violência.

Questionam a distribuição dos usuários aleatoriamente entre os modelos de atenção do ambulatório trazendo para a cena a autonomia dos trabalhadores em escolher para onde encaminhariam seus pacientes, mesmo quando pesquisadores defendiam que as duas metodologias seriam oferta de cuidado.

Quase que em um pedido de entendimento de como o Ambulatório se daria, os participantes passam a questionar a necessidade de controle com relação a produção de dados e como alcançaríamos outros trabalhadores dos serviços representados no CGP, a fim de que fossem “treinados” sobre como realizar encaminhamentos para o NAPEV, visto que, os participantes de longa data do CGP ainda tinham dificuldades para tal.

Passam a descrever os critérios de inclusão e exclusão para os encaminhamentos como “quem gostaríamos de atender e quem não gostaríamos de atender”, dando indicativos de percepção acerca da dificuldade na comunicação com a Universidade e a falta de escuta desta ao proposto pelos participantes, além da identificação verbalizada do incômodo causado pelas relações de poder ali estabelecidas.

Em maio do mesmo ano, os pesquisadores voltam a apresentar a proposta de funcionamento do ambulatório, chamando a pauta de Contrato. Para tal, informam a realização de três ciclos de atendimento, divididos a uma microrregião territorial, seguindo a proposta anteriormente discutida de funcionamento da RASEV.

Ao coletivo de pesquisadores ficou a responsabilidade de definir a prioridade no atendimento que, por sua vez, seria realizado a partir da disponibilidade de salas dos serviços do território, trabalho esse ainda em andamento pelos

participantes do CGP.

Somado a isso, definiu-se que apenas os serviços representados no CGP poderiam encaminhar usuários para o ambulatório e que a seleção dos casos encaminhados continuaria sob responsabilidade dos pesquisadores. Para otimizar as ações relacionadas aos encaminhamentos, propusemos a criação de Pequenos Comitês, novamente alinhados ao desenho das microrregiões.

Parecíamos ansiosos para o início dos atendimentos e solicitávamos agilidade no recrutamento. Ouvíamos pouco as dúvidas e enquanto falávamos da divisão do CGP em três outros comitês, os participantes mantinham suas questões relacionadas a oferta, a convocatória ao recrutamento de usuários e para que (e para quem) continuavam no CGP.

Sem percebermos, nossa proposta em dividir o CGP em outros grupos menores a fim que qualificarmos o diálogo sobre os encaminhamentos acabou por fragmentar ainda mais o coletivo, tornando frágil, em consequência, também a participação.

Como que em reação, outros trabalhadores começam a frequentar o CGP, novamente sem que houvesse movimento para a contextualização histórica da pesquisa ou investimento na defesa da participação. O movimento dos participantes nesse sentido, parecia caminhar para a tentativa de cumprir com a tarefa do recrutamento, trazendo o maior número de trabalhadores que pudessem, para talvez, aumentar a chance de encaminhamento e ampliar o entendimento com relação aos critérios de inclusão.

Mesmo sem clareza sobre como os Pequenos Comitês funcionariam, definimos o início dos atendimentos por um dos eixos e informamos nossa necessidade de que 40 usuários fossem encaminhados para este primeiro ciclo. Nos esquivamos de receber os encaminhamentos dos outros eixos enquanto avaliávamos os encaminhamentos do primeiro, justificando o número baixo de pesquisadores que pudessem fazer a seleção dos casos.

Enquanto fragmentávamos o CGP, fragmentávamos também o coletivo de pesquisa em três partes: a RASEV, o CGP e o ambulatório e neste último, o maior

número de pesquisadores se concentravam. Os pesquisadores se voltavam necessariamente a tarefa do recrutamento de usuários, e com isso, insistíamos para que as ações relacionadas se dessem pelos participantes, até que um mal-estar anunciado, se instalou nas reuniões.

Em uma das reuniões foi possível ouvir de uma participante: “Não sei se atendemos vocês. Tem sido um momento muito difícil para a gente. Estamos retomando a relação com as famílias e levantamos 22 pessoas que estariam expostas a violência, mas, pelos critérios, só consigo encaminhar 4. Sair de casa ainda causa insegurança nos usuários. A parcela de encaminhamento que vocês querem não é a realidade. E agora está ficando mais delicado”.

Com essa frase, outros participantes agradecem a oportunidade de poderem dialogar sobre rigidez dos pesquisadores com relação aos critérios de inclusão e exclusão. Referem que outros membros da equipe partilham da dificuldade de compreensão dos critérios assim como não conseguem encontrar meios que impedissem a duplicidade de encaminhamentos, visto ser alguns casos atendidos conjuntamente pela saúde e assistência social.

A discussão caminha sobre o poder da Universidade em decidir, depois do trabalho realizado pelo CGP, sobre como os encaminhamentos se dariam. Não concordam com a decisão que fossem os participantes a se responsabilizar pelo recrutamento e chegam a solicitar sigilo ao contarem sobre a pouca efetividade dos Pequenos Comitês.

O CGP apresenta dificuldade para criar meios para um diálogo mais democrático com as três pontas da participação. Pouco propositivos, os participantes citam nossa pouca apropriação sobre o funcionamento da rede como principal problema na elaboração dos critérios.

Ao longo dos encontros, não conseguiam construir novas propostas, mostrando-se fadados a escolha da Universidade. Se recusavam a construir critérios mais dialogados, mesmo quando chamados a responsabilidade para tal. Afinal, participar também era se responsabilizar em criar e avaliar estratégias que poderiam dialogar com o proposto pelos pesquisadores, que, naturalmente, falarão por si, se não voltados a defesa da participação.

A proposta feita para os atendimentos pelos pesquisadores, a definição de como os encaminhamentos deveriam se dar e para quem, mas principalmente a fragmentação do CGP em Pequenos Comitês fragilizaram consideravelmente a relação da Universidade com a Saúde e Assistência Social.

Mesmo com os desafios identificados, ainda era visível o envolvimento e engajamento dos participantes com a implementação do NAPEV e da RASEV e, neste momento, menos disponíveis para a pesquisa. Havia insistência para que revíssemos nossa proposta com relação aos critérios de encaminhamento dos usuários e sugerem que a responsabilidade pelos encaminhamentos fosse ampliada e oportunizada para outros trabalhadores e gestores que não participavam do CGP.

Enquanto os encaminhamentos eram solicitados pelos pesquisadores, o coletivo de pesquisa tentava reestruturar as propostas feitas sobre como os encaminhamentos poderiam se dar. Em cada encontro, ampliávamos as possibilidades para a adaptação dos encaminhamentos, como em um movimento de retomada à escuta convocada pelos participantes do CGP.

Partimos dos poucos serviços representados no CGP para possibilitar que todos os serviços ligados a esses pudessem ser encaminhadores, incluindo a RASEV que, por sua vez, deveria ser também responsável pela qualificação dos encaminhamentos.

No segundo semestre, a primeira reunião só aconteceu em setembro. Os participantes continuavam comunicando a dificuldade para os encaminhamentos, sugerindo que mudássemos o termo “qualificação dos encaminhamentos” para “caracterização dos encaminhamentos”, numa menção de que não desqualificássemos a competência dos trabalhadores e serviços para a realização da tarefa. Caracterizam os critérios como “enigmáticos” e solicitam que pesquisadores se tornem menos rígidos para que não se tornem eles, os obstáculos.

Os atendimentos começam a acontecer. Em grupo e no território. A escuta da violência e o sofrimento dos terapeutas com relação a isso, tomam as pautas das reuniões do coletivo de pesquisa.

O CGP continua sendo responsabilizado pelo recrutamento dos usuários,

agora já descritos como necessários para a pesquisa, mesmo sem notícias com relação ao andamento dos grupos. Gestores dos serviços da Assistência Social passam a se recusar ao recrutamento, sugerindo, como há muito esperado, que trabalhadores passem a configurar o CGP que, por sua vez, passa a ser questionado com relação a sua implicação com a pesquisa.

Observa-se que, o que era antes dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas na implementação do Ambulatório passa a ser o arranjo responsabilizado pela implementação propriamente dita.

O coletivo de pesquisadores passa a se apresentar de maneira cindida. Terapeutas do NAPEV, apoiadoras da RASEV e participantes do CGP se voltam a tarefas específicas e pouco compartilham do experimentado, principalmente com relação aos atendimentos e como o ambulatório vem funcionando.

A RASEV acabou configurando-se como o arranjo participativo da pesquisa. Com circularidade importante no território, nos serviços e com os trabalhadores, tornou-se também um dispositivo para os encaminhamentos, ampliando sua proposta inicial a partir da construção coletiva com os participantes do CGP.

Com o início do segundo ciclo de atendimentos do ambulatório, o coletivo de pesquisa não consegue sustentar mais nenhuma agenda com o CGP, desmarcando mensalmente os encontros de setembro a dezembro, quando então realizamos um último encontro com o objetivo de finalizar, em consenso, o que já tinha cumprido o seu papel.

Em março de 2022 o CGP opta por sua finalização. Mesmo com entraves, foi estratégico para a implementação tanto da RASEV quanto para o NAPEV, que, por sua vez, teve seu início alimentado pelo trabalho constante dos participantes.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1. Avaliação da estratégia “Comitê Gestor da Pesquisa” através das dimensões propostas pelo RE-AIM

Como proposta de análise do CGP como dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas na Pesquisa de Implementação de um Ambulatório para pessoas expostas a violência, propomos uma descrição, a partir da tradução e adaptação do RE-AIM para a realidade brasileira, dos itens ou variáveis relacionadas as dimensões da estrutura.

Para este trabalho, percorreremos três das cinco dimensões do RE-AIM, sendo elas o Alcance, a Efetividade e a Adoção. Tal escolha se deu pelo entendimento de que ao avaliarmos uma estratégia que tinha como objetivo o desenho participativo da pesquisa, as dimensões ligadas a Implementação e Manutenção estariam em relação com a avaliação da implementação do ambulatório e não do CGP, visto este último ter caráter transversal, mas transitório na pesquisa.

Além disso, as dimensões propõem impacto relevante na caracterização de contexto e na descrição das ações necessárias para tal, possibilitando a ampliação da avaliação do envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas a partir de critérios estabelecidos pelas Pesquisas de Implementação.

As variáveis citadas nas dimensões pré-definidas para a avaliação foram selecionadas e adaptadas a partir da relevância e associação aos objetivos do trabalho, a relação com a participação das partes interessadas, assim como com a caracterização e descrição detalhada do dispositivo estratégico CGP.

Espera-se, desta forma, colaborar com a identificação e publicização de um pacote de estratégias de implementação que podem compreender a definição do CGP como um dispositivo estratégico de implementação que garanta o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas em Pesquisas de Implementação.

A partir da descrição proposta pela estrutura, pretendemos discutir qualitativamente as ações realizadas para o desenvolvimento e especificação do dispositivo estratégico CGP, com vistas a garantir sua replicação.

Em tempo, as descrições que caracterizarão as dimensões da estrutura RE-AIM foram embasadas na produção teórica de: re-aim.org⁵³, Brito (et al)⁹⁵, Almeida, Brito e Estabrooks⁵⁶, Bonfim⁵⁵ e Barros⁹⁶.

4.2. Sobre a dimensão ALCANCE

O Alcance é definido como o número de participantes, a proporção da população-alvo que participa e a representatividade dos participantes com relação à população-alvo. A proporção é operacionalizada como a taxa de participação, ou seja, o número de participantes divididos pelo número total de pessoas que são elegíveis para a participação.

Para a avaliação dessa dimensão espera-se o número absoluto, proporção e a representatividade das partes interessadas dispostas a participar de uma determinada iniciativa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.

Sendo assim, a avaliação desta dimensão exigiria, potencialmente, uma ampla caracterização do contexto em que a pesquisa se daria, a fim, inclusive, de uma descrição detalhada sobre o público-alvo, antes mesmo da sugestão de quem seriam as partes interessadas dentro de um desenho participativo em pesquisas.

Com isso, é esperado que pesquisadores tenham clareza, já no planejamento, da estimativa de envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas na pesquisa, visto a importância da avaliação de impacto na implementação e, mais especificamente aqui, da estratégia de implementação.

Em proposta a avaliação do Alcance, no que diz respeito ao dispositivo estratégico CGP, pretendemos a adaptação do formato de como suas variáveis são descritas na literatura, de forma a ampliar sua caracterização estratégia e ainda a descrição das ações necessárias para que esta seja utilizada.

Dos dos itens propostos para a avaliação do Alcance, serão utilizadas a descrição de 10 variáveis, estas escolhidas em função da correlação temática ao

envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas, sinalizadas a seguir:

a) Descrição da população alvo: descrição breve da população-alvo a participar do CGP, não se restringindo ao que seria a amostra do estudo.

b) Informações demográficas e comportamentais da população-alvo: descrição das características específicas da população-alvo.

c) Método de identificação da população-alvo: descrição do processo pelo qual foram identificados os trabalhadores e gestores dos serviços da assistência social, da saúde e Universidade que comporiam o CGP.

d) Critérios de inclusão: descrição das características que definiriam se o trabalhador ou gestor de um serviço seriam elegíveis a participação no CGP.

f) Critérios de exclusão: descrição das características que impediram um trabalhador ou gestor de um serviço de participar do CGP.

g) Estratégias de recrutamento: descrição dos métodos utilizados para recrutar os participantes do CGP.

h) Número de elegíveis e convidados (expostos): descrição do número total de trabalhadores e gestores que atenderam aos critérios de elegibilidade para a participação no CGP e que foram contatados para tal.

i) Tamanho da amostra: descrição do número total de participantes do CGP, incluindo dados sobre tipificação dos serviços e atribuição (se trabalhador, gestor ou pesquisador).

j) Taxa de participação: proporção de participantes que aceitaram participar do CGP. Calcula-se dividindo o tamanho da amostra pela população-alvo e multiplica-se por 100.

k) Utilização de métodos qualitativos para aferir Alcance: descrição sobre as informações relacionadas aos aspectos não quantitativos da dimensão.

4.1.2. Contextualização da dimensão Alcance: narrando as variáveis

As ações relacionadas a dimensão Alcance se deram já com a realização das primeiras reuniões entre coordenação da pesquisa, pesquisadores e representantes da gestão da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria de Saúde do Município de Campinas-SP, estabelecidas a partir de contatos prévios estabelecidos pelos pesquisadores, seja por contato telefônico, e-mail ou mensagem, mas também por propostas de pequenas reuniões em que parte do projeto era apresentado.

A partir desse diálogo, iniciou-se o desenho inicial da população alvo a ser definida como participante na pesquisa, sendo eles gestores e trabalhadores dos serviços da Atenção Primária em Saúde e inicialmente, apoios técnicos da Coordenadoria de Proteção Social Básica, com representação da coordenação do Distrito de Assistência Social (DAS), do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Espaço Esperança e do CRAS Vila Reggio.

Com a ampliação das discussões acerca do desenho participativo da pesquisa, sugeriu-se a ampliação da representação da Assistência Social, incluindo além do já citado anteriormente, a gestão da Coordenadoria da Proteção Social Especial e Apoios Técnicos da Proteção Social Especial de Média Complexidade, gestão da Coordenadoria de Proteção Especial de Média e Alta Complexidade (responsável pelas propostas de políticas públicas da assistência social destinadas a população em situação de rua, crianças, adolescentes e mulheres), gestão do Centro Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente (CMPCA), assim como a gestão da Casa Abrigo da Mulher Sara M.

Já no início da aproximação da Universidade com as duas políticas de atenção, definiu-se como campo de ação, o Distrito Sanitário Norte. Tal escolha, mais bem descrita na dimensão Adoção, se deu antes mesmo da apresentação ampliada do projeto as partes interessadas previamente definidas, visto a proximidade geográfica da Faculdade de Ciências Médicas com este território e, não menos importante, pela história pregressa do Interfaces com pesquisas participativas que tiveram como campo de ação e pesquisa, essa região, o que se apresentou como facilitador para a participação.

Além disso, é importante acrescentar que a exigência das agências de fomento de que, já na submissão do projeto, pesquisadores tenham claro o desenho de contexto e do envolvimento e engajamento participativo na pesquisa, tem se apresentado como barreira para que essa caracterização de dê de forma qualificada,

visto que propor e sustentar uma participação efetiva das partes interessadas em todas as etapas da pesquisa é fundamental nas Pesquisas de Implementação, o que deveria incluir o envolvimento na elaboração dos projetos de pesquisa.

Isto posto, tanto os representantes da Assistência Social quanto da Saúde deveriam estar lotados em serviços localizados na Região Norte de Campinas, apresentando a essa última informação, ainda um outro recorte territorial, sugerido pela gestora que respondia pelo Apoio Distrital: seriam participantes trabalhadores e gestores lotados em serviços localizados no território geográfico denominado “Eixo Dom Pedro”, também em referência a proximidade da UNICAMP.

Iniciadas as primeiras ações com relação a participação e com a já dada experiência com Pesquisas Participativas na saúde, sabíamos da importância de que as primeiras pactuações fossem realizadas com gestores a fim de aumentar a chance de Alcance com os trabalhadores dos serviços, ação essa utilizada para o avanço na relação e diminuição das barreiras para a aproximação e participação dos trabalhadores.

Com efeito, o fato de escolhermos pela participação também dos trabalhadores e gestores da rede de Assistência Social na pesquisa nos trouxe o desafio da compreensão de como especificamente ela se estabeleceria, visto ser inédito a aproximação do Interfaces com a política SUAS assim como com seus trabalhadores.

Tal aposta trouxe aos pesquisadores a necessidade de elaboração de novos meios de aproximação diferentes das utilizadas para o Alcance na Saúde, esta última, por sua vez, se deu rapidamente, principalmente pela escolha da utilização do já experimentado pelo coletivo de pesquisa, como a já citada apresentação do projeto a gestores e desenvolvimento de pactuações coletivas para a implementação do ambulatório, que mostrou-se ser também de interesse para esse segmento de participação.

A utilização de diferentes meios para o Alcance da Saúde e da Assistência Social trouxe prejuízo na coleta das informações demográficas e comportamentais da população-alvo, visto que, para a sua descrição, seriam necessários avanços nas variáveis da dimensão Adoção, o que antecederia a caracterização daqueles que seriam expostos a participação.

Com isso observamos que, antes mesmo da descrição da população alvo seria necessária a identificação e caracterização daqueles que seriam os possíveis

participantes, e, para tal, ter compreensão das instituições ou organizações que representavam, trabalho esse que antecede o necessário para a coleta de dados relacionada as informações demográficas e comportamentais dos participantes.

Portanto, observamos que o desconhecimento acerca dos serviços ofertados no campo de ação e intervenção da pesquisa pode se apresentar como barreira para a aproximação com trabalhadores que seriam sujeitos-alvo para a participação.

Além disso, houve dificuldade para a realização de desenho que pudesse identificar e categorizar os serviços da Assistência Social, o que se apresentou como barreira para a identificação dos gestores e trabalhadores desse segmento, principalmente por não ser a política de cuidado pauta comum aos pesquisadores.

Com isso, a escolha pelo envolvimento, engajamento e participação das duas linhas de cuidado (SUS e SUAS), fez com que a aproximação estivesse mais relacionada a caracterização dos serviços que da identificação dos trabalhadores a participarem da pesquisa.

Sendo assim, observamos que a ordem em que as dimensões da estrutura RE-AIM estão dispostas, assim como suas variáveis, parecem dificultar a contextualização histórica do pacote de estratégias a serem utilizadas, sugerindo que a escolha pela estrutura esteja clara já no desenvolvimento dos projetos de pesquisa.

Em suma, saber como se apresentava a rede de serviços da Assistência Social teria sido fundamental para a identificação dos grupos de interesse para o Alcance a participação e, assim, seria praticável identificar, descrever e caracterizar o público-alvo, para então, desenvolver métodos para tal.

Ademais, iniciar o desenho participativo através da utilização da dimensão Adoção, voltada aos fatores institucionais e ao contexto externo, teria facilitado a identificação, escolha e utilização de um pacote de estratégias discretas que poderiam facilitar a coleta de dados sobre Alcance dentro de fatores individuais, observando-se com isso, a importância da associação entre as dimensões propostas pela estrutura.

Com essa caracterização, seria possível então, desenvolver instrumentos que permitiriam a coleta de informações demográficas e comportamentais da população alvo, o que não foi realizado para esta pesquisa.

Em continuidade, as estratégias relacionadas a variável sobre o método de identificação da população-alvo se deu, inicialmente, através da aproximação efetiva dos pesquisadores com as políticas de saúde e assistência social relacionadas ao cuidado de pessoas expostas a violência, visto que, o desconhecimento com relação ao funcionamento dos serviços do SUAS e a falta de proximidade com a pauta da violência no que diz respeito a responsabilidade no SUS, trouxeram a necessidade de que desenvolvêssemos ações voltadas a identificação da população alvo para a participação.

Para pensar a participação de trabalhadores da Assistência Social, utilizamos como método de aproximação a relação já estabelecida dos pesquisadores com os gestores convidados aos primeiros diálogos sobre a pesquisa, posteriormente identificados como participantes no CGP, a fim de avançarmos no sentido da compreensão do funcionamento das políticas, as diferenças entre as complexidades de atenção e sobre a importância da presença destes trabalhadores no dispositivo participativos da pesquisa.

Assim sendo, a identificação de quais trabalhadores representariam a Assistência Social no CGP se deu através de gestores que, por sua vez, elencariam informações sobre a pesquisa como pauta de fomentação e compartilhamento dentro dos serviços, na tentativa de aproximação com os trabalhadores.

O convite de diálogo com gestores como método de identificação da população alvo para o CGP trouxe para a participação trabalhadores da saúde e mais gestores da assistência social, afastando, neste último caso, a aproximação de trabalhadores intimamente ligados ao atendimento, principalmente das vítimas diretas de violência e suas famílias.

O entendimento da importância do desenvolvimento de métodos que facilitassem a identificação de quem seriam os atores da participação se deu ao longo da realização do CGP e principalmente próximo a seu fim, quando foi possível a aproximação com a tipificação dos serviços do SUAS, o alcance de gestores diretos dos serviços e aos trabalhadores, tanto de serviços de gestão direta da prefeitura quanto aos trabalhadores de serviços cofinanciados.

Já na Saúde, a identificação dos trabalhadores e gestores locais se deu através do diálogo com a coordenação distrital em saúde que, por sua vez, tiveram a participação estimulada e ampliada aos trabalhadores dos serviços.

Os critérios de inclusão a ampla participação de representantes da Saúde e Assistência Social sempre estiveram presentes, desde que adstritos a região sanitária norte de Campinas e foram assim estabelecidos:

- Para o Segmento Trabalhadores:

. Ser trabalhador SUS, com ensino médio, técnico ou superior, lotados Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Campinas, referência para o território denominado “eixo Dom Pedro”.

. Ser trabalhador SUAS, com ensino médio, técnico ou superior, lotados em serviços da assistência social, seja da Proteção Social Básica, Especial e Especial de Média e Alta Complexidade, com gestão direta da Prefeitura Municipal de Campinas ou conveniados à Secretaria de Assistência Social.

- Para o Segmento Gestores:

. Gestores locais, ligados a política de Atenção Primária a Saúde, lotados em Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Campinas, referência para o território denominado “eixo Dom Pedro”.

. Gestores locais, ligados a política de Assistência Social, lotados em serviços da assistência social, seja da Proteção Social Básica, Especial e Especial de Média e Alta Complexidade, com gestão direta da Prefeitura Municipal de Campinas ou conveniados à Secretaria de Assistência Social.

. Coordenadores das Coordenadorias de Proteção Social, ligados a gestão central da Secretaria da Assistência Social.

- Para o Segmento Pesquisadores:

. Estar ligado ao coletivo de pesquisa Interfaces com atividades especificamente ligadas a Pesquisa de implementação de um Ambulatório para Pessoas Expostas a Violência.

Não houve ampla discussão acerca de possíveis critérios de exclusão que impedissem a participação no CGP, visto que o desenho participativo da pesquisa se deu ao longo de sua realização, sendo assim, estiveram associados mais a caracterização do contexto em que a pesquisa se daria. Assim sendo, propôs-se os seguintes critérios de exclusão:

- Não ser trabalhador, gestor ou coordenador das políticas SUS ou SUAS.
- Ser trabalhador lotado em serviços que não na Região Sanitária Norte de Campinas.
- Ser trabalhador de outros serviços da Atenção Primária à Saúde que não os Centros de Saúde.
- Ser trabalhador de outros Centros de Saúde que não os denominados territorialmente como referência para o “Eixo Dom Pedro”.
- Ser pesquisador do Interfaces com atividades relacionadas a outras pesquisas que não a de Implementação de um Ambulatório para Pessoas Expostas a Violência.

A saber, duas pesquisas estavam em curso pelo Interfaces concomitantemente: a relacionada a este trabalho e a Pesquisa de Implementação de dispositivos de integração da Rede de Saúde Mental no município de Itatiba, sendo os pesquisadores desta última, excluídas da exposição ao dispositivo de participação CGP.

De maneira semelhante ao método de identificação, as ações de recrutamento dos participantes para o CGP se deram a partir da coordenação da pesquisa e pesquisadores e com algumas especificidades com relação a Saúde e a Assistência Social.

Para o segmento da Saúde, a já estabelecida relação entre a Secretaria Municipal de Saúde com o Interfaces facilitou o acesso a gestores e trabalhadores elegíveis a participação, alguns deles, já habituados a participação em pesquisas ou com histórico de vivência acadêmica.

Do mesmo modo, a aproximação com apoiadores distritais realizada para a identificação do público-alvo foi importante, visto que, já mais apropriados do projeto, passaram a envolver os gestores dos Centros de Saúde com o objetivo de construir representatividade dos trabalhadores junto ao CGP.

Já para o segmento da Assistência Social, os meios para o recrutamento se deram através de convites realizados por pesquisadores que já haviam estabelecido relações profissionais com gestores ligados diretamente a gestão central da Secretaria de Assistência Social, apresentando-se então, como algo mais voltado ao experimental.

Para tal, um resumo do projeto original foi elaborado com o objetivo de tornar mais pragmáticas as apresentações, que, por sua vez, foram realizadas em reuniões na Secretaria de Assistência Social ou em visitas aos serviços, com agendas previamente estabelecidas, a fim de desdobramentos que pudessem qualificar a relação ainda a ser construída com esse segmento da participação.

Em consonância ao já citado anteriormente, a falta de proximidade de pesquisadores com as políticas e serviços associados a política SUAS no território de ação dificultou também a definição dos participantes elegíveis ao CGP pela Assistência Social.

Além disso, e ao longo da realização do CGP, observamos que a disposição da oferta de serviços da Assistência Social, contrariando o planejado, não se apresentava como o já conhecido desenho territorial da Saúde. A saber, serviços da Alta Complexidade da Assistência Social podem estar localizados no Distrito Sanitário Norte, mas ser responsável pelo atendimento de todo o município.

Dessa maneira, mesmo com as barreiras impostas pelo pouco conhecimento dos pesquisadores acerca do funcionamento da rede SUAS, as ações utilizadas para a qualificação do Alcance foram fundamentais para a ampliação da perspectiva com relação a compreensão de como essa rede se estabelecia, proporcionando, posteriormente, a ampliação da participação por esse segmento.

Contudo, 54 pessoas envolveram-se no CGP ao longo dos 3 anos de suas atividades, dentre elas, 22 da Assistência Social, 10 da saúde e 21 pesquisadores, caracterizados na tabela 1:

Tabela 1: Variável do Alcance - Tamanho da amostra e descrição do número total de participantes				
Segmento	Característica da ocupação	Descrição	Número de Participantes	Total
Assistência Social	Gestão Central	Coordenação e Apoio Técnico da Proteção Social Especial da Alta Complexidade	4	
	Gestão Local	Coordenação de Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres	1	
		Coordenação de Serviço Institucional para Crianças e Adolescentes	1	
		Coordenação de Serviço da Proteção Social Especial de Médica Complexidade	1	
		Coordenação de Serviço da Proteção Social Básica	5	
	Trabalhadores	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes	2	
		Serviço da Proteção Social Básica (CRAS)	1	
		Serviço da Proteção Social Básica - Convivência e Fortalecimento de Vínculos	7	
Saúde	Gestão Local	Coordenadoras de Centros de Saúde	3	
	Trabalhadores	Técnico de Nível Médio	2	
		Técnico de Nível Superior	5	
Interfaces	Gestão	Coordenação da Pesquisa	1	
	Pesquisadoras	Doutorandas	4	
		Mestrandas	6	
	Estudantes	Estudantes não vinculados a Pós-graduação	5	
	Residentes	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	5	

Mesmo com o levantamento de dados citado na tabela acima, não foi possível realizar o cálculo de taxa de participação visto termos iniciado as atividades relacionadas ao CGP quando ainda nos aproximávamos do tema da participação em Pesquisas de Implementação.

Essa sensibilidade metodológica específica com a Ciência de Implementação, moveu os trabalhadores a expertise com as metodologias participativas, promovendo o envolvimento e o engajamento das partes interessadas, mas sem intenção de cálculo quantitativo, conforme sugerido pela estrutura RE-AIM, principalmente para o segmento da Assistência Social.

No que diz respeito ao segmento Saúde, apesar do já bem estabelecido reconhecimento do funcionamento da rede, observamos que para o cálculo da participação sugerido pelo estrutura, teriam sido necessárias um trabalho anterior que pudessem caracterizar cada serviço com suas especificidades de funcionamento (mesmo que explícito serem Centros de Saúde), como as especificidades do número de trabalhadores ativos, inativos e as características da ocupação de cada um deles, oportunizando, assim, inclusive, maior diversidade na participação.

Em análise qualitativa, a gestão representou a maior participação ao longo do CGP pela Assistência Social, visto que a representação de trabalhadores se deu de maneira sazonal, indicando, inclusive, alto índice de mudança de seus representantes principalmente pelas instituições conveniadas, em função de demissões constantes, assim como alterações tanto na gestão local dos serviços quanto na central, esta última intimamente ligada a administração municipal.

Na saúde, observamos uma apresentação oposta. Dos 10 trabalhadores, apenas 03 eram gestores, estes últimos, por sua vez, pouco engajados ao CGP, diferenciando-se dos trabalhadores que, mesmo em número menor que os ligados a Assistência Social, apresentaram constância na presença, indicando efetivo engajamento e participação na pesquisa, sendo 02 delas, do início ao fim da pesquisa maior.

Observamos fragilidade em como a participação de trabalhadores, se convocados a partir da representação por serviços, se dá em ambos os segmentos. A exemplo, na Saúde, quando um trabalhador foi destacado a representação e não a participação enquanto trabalhador, no acaso de sua saída do CGP, o serviço deixou de participar da pesquisa, afetando então a dimensão Adoção na participação.

Dois exemplos disso aconteceram com três Centros de Saúde: o óbito de uma trabalhadora limitou a participação de dois Centros de Saúde na Pesquisa que esta representava e o pedido de transferência de uma outra, excluiu outro Centros de Saúde, causando impacto negativo, inclusive, posteriormente, no que diz respeito aos encaminhamentos de pacientes para o NAPEV.

Pela Universidade estiveram envolvidas 21 pessoas, incluindo a coordenação. Destas 21, 04 estavam ligadas a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva, tornando o CGP também parte do dispositivo de formação de novos trabalhadores SUS, além da pós-graduação.

Excluídas as residentes e a coordenação da pesquisa, dos 16 pesquisadores envolvidos, 04 estiveram do início a finalização do CGP e, além destas, 5 pesquisadoras que participaram do CGP continuam no coletivo desenvolvendo pesquisas relacionadas a diversos temas correlatos a violência.

Com os dados da Universidade mais bem referenciados, foi possível o cálculo da taxa de participação através da correspondência entre o número total de participantes do Interfaces dividido pelo número de participantes ligados à Pesquisa de Implementação do Ambulatório, alcançando então uma taxa de Alcance de 66,67%.

Mediante o exposto, os métodos qualitativos para a aferição da dimensão Alcance se deram de extrema importância. Mesmo não sendo habitualmente citados na literatura, os diários de campo proporcionaram uma contextualização histórica do dispositivo estratégico CGP o que possibilitou a descrição das ações necessárias para a avaliação da variável Alcance, assim como possibilitaram a identificação e manutenção dos pactos com vistas a participação, incluindo as barreiras e facilitadores para a sustentação do CGP e implementação de um serviço e de dispositivo de apoio matricial com o envolvimento e engajamento das partes interessadas de forma participativa.

Além do diário, a leitura crítica das atas das reuniões do CGP e encontros do coletivo de pesquisa trouxe para a avaliação qualitativa da dimensão os marcos contextuais da utilização de um pacote de estratégias leves de implementação que garantissem que o CGP não fosse utilizado de forma pouco relevante ou ainda com o objetivo equivocado de torná-lo alvo de facilitação para a coleta de dados.

Um dos marcos qualitativos mais importantes da aferição sobre o Alcance foram as ações necessárias para a sustentação das relações entre os participantes e entre aquilo que defendiam, levando-se em consideração os interesses e jogos de poder entre as três pontas da participação: a Universidade, a Saúde e a Assistência Social.

Com isso, a aproximação aos trabalhadores de maneira dialogada e a escuta qualificada por parte dos pesquisadores tornou possível (e necessário) que o desenho da pesquisa fosse adaptado diversas vezes, marcando o investimento dos participantes para a realização de encontros sistemáticos, de agendas construídas coletivamente além dos encontros pré-determinados e, sobretudo, na melhora na qualidade da comunicação entre a Universidade e as outras partes interessadas.

Desse modo, a dimensão Alcance trouxe à tona a importância de que a construção do conhecimento se de forma compartilhada, respeitando-se o já experimentado pelos expostos a participação. Sem entendimento oportuno sobre

como o envolvimento e engajamento possam se dar em Pesquisas de Implementação, é improvável que a participação se dê ou ainda, é provável que se dê apenas em benefício de pesquisadores.

É preciso tempo para que o Alcance se dê. Planejar, contextualizar, participar, reorganizar e avaliar devem ser ações compreendidas como sistemáticas e fundamentais para a implementação de práticas, serviços ou políticas públicas.

4.3. Sobre a dimensão EFETIVIDADE/EFICÁCIA

A Efetividade/Eficácia é a dimensão fundamental para avaliar o quanto uma intervenção impacta o desfecho primário de interesse. Ou seja, o quão bem uma intervenção atinge seus objetivos e produz os resultados esperados.

Além dos resultados esperados, ou previstos, a avaliação desta dimensão inclui a descrição das consequências não intencionais, sejam elas de impacto positivo ou negativo, auxiliando no detalhamento daquilo que não foi programado na pesquisa.

Geralmente aferida em nível individual, a Eficácia é descrita quando a intervenção é avaliada em condições ideais e controladas, geralmente determinadas através de ensaios clínicos randomizados ou estudos experimentais bem controlados.

Já a Efetividade é descrita em condições do mundo real, especialmente importante quando se considera uma intervenção centrada no usuário, sua família ou comunidade, ampliando a avaliação para as expectativas das partes interessadas.

Em tempo, é esperado que a Efetividade seja avaliada a partir do esperado para o desfecho principal, da implementação, neste caso, do Ambulatório para pessoas expostas à violência.

Neste trabalho, a Efetividade será avaliada a partir da defesa de que o CGP é estratégia ou dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas na pesquisa. Para tal serão avaliadas 04 variáveis da dimensão em questão, escolhidas em função da correlação citada na dimensão Alcance, sendo elas:

a) Resultados dos desfechos primários: descrição dos desfechos iniciais relacionados à participação alcançados pela constituição e sustentação do CGP.

b) Consequências não intencionais nos resultados: descrição dos desfechos não intencionais, ou não previstos, relacionados a efetividade do CGP como dispositivo estratégico.

c) Taxa de abandono (na conclusão – finalização – da estratégia): proporção de participantes que desistiram ou pararam de participar do CGP. Calcula-se dividindo o total de desistentes pelo número de participantes que iniciaram participação no CGP e multiplica-se por 100.

d) Medidas qualitativas de efetividade: informações sobre obtenção de feedback dos participantes sobre o grau em que eles sentiram que o CGP foi efetivo para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas.

4.3.1. Contextualização da dimensão Efetividade: narrando as variáveis

A Efetividade em Pesquisas de Implementação refere-se à capacidade de uma intervenção atingir os resultados esperados em ambientes do mundo real, incluindo a avaliação das estratégias de implementação.

Neste trabalho, sugerimos avaliar a Efetividade e o processo de utilização de um dispositivo denominado CGP, qualitativamente, para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas na implementação do NAPEV.

Nesse sentido, dentro das variáveis destacadas para a avaliação neste trabalho, os desfechos primários são observados como de grande impacto, visto a sugestão de transposição do já experimentado, na prática e teoricamente, para o esperado nas Pesquisas de Implementação.

Um dos desfechos esperados era que um CGP fosse fomentado e sustentado transversalmente ao longo das etapas pré-definidas da pesquisa, o que foi alcançado integralmente, tendo o início de suas atividades logo nos primeiros contatos com os serviços e representantes da rede de Saúde e Assistência Social.

Não houve resistência por parte dos pesquisadores para que a participação se desse através do dispositivo CGP, mesmo quando os atravessamentos relacionados as necessidades individuais dificultaram um diálogo mais democrático e participativo na tomada de decisões, por exemplo, no experimentado ao longo da construção dos critérios para o encaminhamento de usuários para o NAPEV.

Observou-se que a partir do efetivo investimento dos pesquisadores na sustentação do CGP, o dispositivo possibilitou o envolvimento e o engajamento das partes interessadas na pesquisa, de forma participativa. Ou seja, quanto mais havia investimento na participação, mais efetiva tornava-se a estratégia e mais próximo ao mundo real as propostas de implementação se dava.

Inegavelmente, houve o CGP possibilitou a participação, inclusive, de outras partes interessadas, quando observamos a qualificação para o recrutamento para os Grupos Focais e sustentação deste para a realização dos Grupos Focais Hermenêuticos, narrados ao longo da descrição do CGP em capítulo anterior. Com isso, o dispositivo estratégico avançou e foi eficiente também para o envolvimento dos stakeholders como usuários, famílias e representantes da comunidade.

Do mesmo modo e a partir deste investimento no dispositivo estratégico, observou efetividade no desenho participativo da pesquisa e na construção das diretrizes que sustentariam a implementação do NAPEV, observado, a exemplo, pelo engajamento dos participantes nas Oficinas de Planejamento e nas tarefas essenciais para a realização da Oficina de Consenso.

Ademais, o CGP colaborou para que a implementação se desse em contexto do mundo real, visto a possibilidade de aproximação da Universidade com as políticas de atenção da Assistência Social e da Saúde, além de aproximar duas políticas que habitualmente apresentam dificuldade na construção compartilhada de cuidado, incluindo o de pessoas expostas à violência.

No que diz respeito as consequências não intencionais, a utilização do CGP como dispositivo estratégico oportunizou a idealização da RASEV que, por sua vez, ofereceu um pacote de estratégias voltadas a articulação de rede, Apoio Matricial e educação permanente com vistas ao cuidado de pessoas expostas a violência, incluindo os serviços e trabalhadores não participantes do CGP.

Com isso, a idealização e implementação da RASEV oportunizou a ampliação da Adoção e Alcance, dimensões avaliadas anteriormente e a seguir, visto a aproximação de trabalhadores e gestores de serviços não identificados como alvo para participação na etapa de pré-implementação da pesquisa.

Desse modo, observamos a ampliação de discussões acerca do tema da violência e na construção ampliada e compartilhada do cuidado às pessoas expostas à violência, incluindo a rede da educação, com participação não planejada na pesquisa, através da participação das Reuniões Intersetoriais Distritais.

Ainda com relação aos desfechos não intencionais, tínhamos a hipótese de que a relação entre trabalhadores da Saúde e Assistência Social pudesse dificultar o uso do CGP como dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas, ou ainda que o desenho participativo da pesquisa não fosse sustentável.

Porém, ao longo da realização do CGP, observou-se interesse mútuo em tornar a participação um método coletivo para discussões de pautas comuns, tornando o espaço oportuno para a aproximação entre os serviços e as políticas.

Do mesmo modo, as reuniões do CGP facilitaram o acolhimento e mediação de pautas que tratavam da fragilidade histórica da relação entre os trabalhadores e serviços das políticas SUS e SUAS, possibilitando então discussões mais pragmáticas sobre as práticas de cuidado e responsabilidades de cada política, objetivo institucional dos diferentes serviços e maior clareza para o compartilhamento dos casos, realizados fora do espaço do CGP.

Observamos que a escolha por iniciar a participação no CGP com representantes da gestão central da Assistência Social pode ter reduzido a aproximação dos trabalhadores diretos dos serviços, o que pode ter diminuído a efetividade da estratégia de participação. Para aumentar a efetividade, seria necessário a utilização de um pacote de estratégias que viabilizasse a aproximação de trabalhadores a partir do contato destes com a pesquisa ou com o dispositivo de participação.

Outro ponto considerado como consequência não intencional, foi a observação das relações de poder estabelecidas entre os gestores de serviços de

gestão municipal comparado a gestores de serviços cofinanciados. Observamos dificuldade para a tomada de decisões quando a gestão municipal se ausentava. A exemplo, foi necessária a retomada de pauta no CGP quando decidíamos sobre em qual serviço realizaríamos os primeiros grupos do NAPEV. Com a oferta de espaço físico de um dos serviços conveniados, foi necessário a solicitação de autorização para que a pactuação se desse.

Houve claro estabelecimento de tomada de poder decisório, mesmo com os manejos realizados por pesquisadores no CGP, o que tornou menos efetivo o uso do dispositivo para a participação ao longo da pesquisa. Com isso, foi necessário que pactos individuais fossem realizados ou ainda, que as pautas fossem cuidadosamente elaboradas a fim de não expor trabalhadores e gestores de serviços cofinanciados.

Além disso, vivenciamos contantes demissões de trabalhadores desses serviços, o que trouxe inconstância na representatividade e prejuízo na noção de grupalidade no CGP. Essa sazonalidade na participação trouxe consequências não intencionais negativas para o CGP, pois, sempre que um novo trabalhador era destacado à participação, a tarefa se configurava como qualquer outro trabalho a ser desempenhado dentro da instituição.

Com pouco investimento teórico-prático relacionado a participação, tampouco inicial compreensão sobre os objetivos do CGP, o envolvimento e engajamento de partes interessadas ou ainda as diretrizes construídas em consenso para a implementação do NAPEV, tornaram-se superficiais para alguns participantes que ocupavam o lugar da participação como garantia de encaminhamento para seus usuários.

Outro ponto importante a ser citado foi a pandemia global de Covid-19 que trouxe consequência importantes tanto no que diz respeito ao impacto na participação e no desenvolvimento do CGP como dispositivo estratégico, quanto nas diversas etapas e tarefas da pesquisa maior.

Além do já citado ao longo da narrativa sobre o CGP, enfrentamos diferenças grosseiras com relação à oferta de EPIs e vacinas entre os trabalhadores da Assistência Social e Saúde.

Em dado momento, quando da oferta de vacinas, estas foram oferecidas apenas para os trabalhadores da saúde, causando intenso desconforto entre os trabalhadores das duas polítics. Foi necessário pautar a não oferta de imunização para os trabalhadores da Assistência Social no CGP para que as atividades pudessem ter continuidade, mesmo não sendo a Universidade responsável pelos critérios de imunização do município.

Embora com alguma previsibilidade, a relação dos pesquisadores com os participantes do CGP provocou fragilização na efetividade do dispositivo. Desentendimentos entre os pesquisadores e a determinação de tarefas pouco dialogadas fizeram com que os participantes se sentissem usados pela Universidade. A aproximação da coordenação da pesquisa minimizou consideravelmente os riscos da não efetividade devido a essa consequência não intencional.

Para a mensuração da Efetividade proposta através do cálculo da taxa de abandono, retomamos a necessidade de que o dispositivo tivesse sido desenhado a partir da compreensão efetiva de contexto em que a pesquisa se daria, com o planejamento antecipado de ações a serem utilizadas para a utilização a fim da garantia da participação através do dispositivo estratégico CGP.

Dessa forma, o planejamento traria dados importantes acerca de como o dispositivo deveria ser desenhada tanto para o Alcance quanto Adoção, permitindo que ações relacionadas as duas dimensões fossem executadas, a partir das diretrizes previamente estabelecidas, como citado anteriormente.

Sem essa identificação prévia, o CGP se manteve aberto ao acolhimento de trabalhadores e gestores dos três segmentos de participação, incluindo aqui, então, a Universidade, ao longo de seu desenvolvimento.

Outro ponto importante foram as constantes mudanças nos cargos desempenhados pelos participantes da Assistência Social, por exemplo, trabalhadores que se tornaram gestores locais e gestores locais que foram para a gestão central ao longo dos três anos, o que observamos em menor intensidade na Saúde.

Com relação a Universidade, houve movimentação acerca do acolhimento de novos participantes pesquisadores e pouco investimento daqueles que já estavam

em oferecer apoio técnico-teórico sobre a participação, favorecendo que pautas individuais estimulassem ou desestimulassem a participação das partes interessadas. Estrategicamente, a intervenção da coordenação da pesquisa possibilitou a retomada da participação de quem havia abandonado as reuniões do CGP e responsabilização da Universidade pela sustentação da participação. Não houve abandono do dispositivo ao longo de sua realização, alcançando então, 100% em taxa de participação.

No segmento Saúde, observamos uma taxa de abandono alta, que superou os 70%. No que diz respeito a participação dos trabalhadores, a taxa de abandono alcançou 50%, taxa essa diminuída para 40% se levado em consideração a entrada de uma trabalhadora em meio ao processo. Vale citar que o abandono de uma das trabalhadoras se deu em função de seu óbito.

Com relação a taxa de abandono dos gestores da saúde alcançamos 100%. Ao final, nenhum gestor participava do CGP.

Já para a Assistência Social a taxa de abandono ficou em 37,5%, porém, vale o grifo de que foi nesse segmento a maior sazonalidade com relação a participação, inclusive pela aproximação dos pesquisadores com a rede de serviços ao longo da realização do CGP.

Com relação as medidas qualitativas para a avaliação da dimensão Efetividade, observou-se novamente a importância dos dados coletados a partir de diário de campo, atas das reuniões do CGP e do coletivo de pesquisa, além da participação em todas as reuniões no CGP.

A leitura crítica do conteúdo produzido a partir desses instrumentos, possibilitaram, principalmente, o desenvolvimento de um pacote de estratégias que sustentariam o CGP como o dispositivo estratégico principal para a garantia do envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas na pesquisa, além de garantir a transmissão do já experienciado, mesmo que superficialmente, dos pactos já realizados junto aos participantes,

No que diz respeito a obtenção de feedback, os participantes acreditam que melhoraram sua compreensão acerca dos efeitos deletérios da violência, percebendo

que as ações de cuidado oferecidas pelos serviços precisavam ser ampliadas para o território, no sentido da prevenção.

Além disso, os encontros sistematizados ao longo das etapas de implementação do NAPEV proporcionaram maior compreensão sobre a importância de ações intersetoriais no cuidado de pessoas expostas a violência. Além das reuniões intersetoriais distritais já estabelecidas, citam a criação de um coletivo SUS/SUAS a fim da discussão de casos complexos que envolvem a pauta da violência.

Por fim, os participantes refeririam a importância de fazer parte de algo e de se sentirem ouvidos em suas práticas. Para a Assistência Social, ter sido convidada a participação em pé de igualdade com a Saúde, trouxe o reconhecimento de um trabalho realizado há anos para com as vítimas de violência e suas famílias.

Desenhar e implementar a RASEV coletivamente foi um marco importante no que diz respeito às consequências não intencionais na implementação no que diz respeito aos aspectos positivos da Efetividade do CGP. A partir dos encontros propostos pelo dispositivo, foi possível dialogar sobre as necessidades dos participantes com relação à educação permanente, escuta qualificada dos trabalhadores com o experimentado através da escuta narrada da violência nos atendimentos além do oportuno movimento com relação à construção de redes ampliadas e compartilhadas intersetorialmente para um cuidado mais efetivo das pessoas expostas à violência e suas famílias.

Além disso, observou-se que a implementação da RASEV proporcionou sensação de pertencimento aos participantes, o que pode ter aumentado a Efetividade com relação aos desfechos de implementação citados na tabela 2, principalmente no que diz respeito à Fidelidade e Sustentabilidade do dispositivo estratégico de participação CGP.

Avaliando ser o CGP Efetivo para a garantia do envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas tanto para a implementação do NAPEV quanto da RASEV, sugerimos a ampliação da descrição do pacote de estratégias utilizadas e necessárias para que a replicação do dispositivo estratégico de participação seja replicável em Pesquisas de Implementação.

Contudo, e por tratar-se a metodologia deste trabalho de uma Pesquisa de Implementação Pura, a descrição dos desfechos primários, além da já proposta narrativa das variáveis, será orientada a partir da tipificação 3 e através da taxonomia proposta por Proctor et al²² e adaptada pelo ImpRes-BR⁵⁰ em sua versão 1.0 de 2021, a saber:

- a) Aceitabilidade
- b) Adequação
- c) Viabilidade
- d) Adoção
- e) Fidelidade
- f) Custo
- g) Penetração
- h) Sustentabilidade

4.4. Sobre a dimensão ADOÇÃO

Entende-se por Adoção a proporção e a representatividade das instituições, como as organizações, e nesta pesquisa, os serviços de Saúde e Assistência Social. É o número de estruturas organizacionais ou de pessoal, a proporção da população-alvo dentre essas estruturas e a forma como as principais agências, organizações ou comunidades e seu pessoal estão dispostos e são capazes de aplicar uma intervenção.

Para a avaliação da Adoção é esperado que pesquisadores tenham conhecimento sobre a missão organizacional dos serviços e como (ou se) a implementação irá apoiar e promover a instituição, identificando os recursos e práticas existentes que facilitariam os esforços de implementação.

A Adoção assemelha-se em vários aspectos ao Alcance, por exemplo quando sugere a inclusão de avaliação do nível de qualificação profissional dos trabalhadores que poderiam realizar um programa ou, como aqui, adotar uma estratégia de participação, mas no nível organizacional.

Pensar na elegibilidade das organizações a partir de características como localização, população atendida pela instituição e percepção de objetivos institucionais semelhantes a proposta de uma pesquisa podem aumentar a probabilidade de Adoção de uma intervenção ou estratégia de implementação. Para a avaliação, o número de organizações que são elegíveis e convidadas a participar é o denominador da Adoção e as organizações que realmente participam, o numerador.

Para a avaliação da Adoção, sugere-se proximidade de pesquisadores ou coletivos de pesquisa a gestores e trabalhadores engajados institucionalmente, a fim da identificação de possíveis barreiras para a implementação e para a definição de estratégias que identifiquem possíveis preocupações para a Adoção de uma intervenção, destacando a capacidade do programa de atrair pessoas atendidas por essas organizações.

Para tal é importante que pesquisadores levem em consideração que as organizações buscarão informações sobre a Efetividade das intervenções propostas e se elas funcionam. Se os serviços que Adotaram não possuem recurso ou ainda pouca compreensão da estratégia utiliza, é provável que deixem de se envolver, principalmente se o que será implementado se apresentar de forma muito complexa.

Para a avaliação da dimensão Adoção acerca da utilização do CGP como dispositivo estratégico para a participação, optamos pela utilização de 07 variáveis, por serem descritas com íntima relação a participação de partes interessadas, sendo elas:

- a) Critérios de inclusão/exclusão dos locais: descrição das características adotadas para determinar se um serviço potencial foi elegível para representação e participação no CGP, assim como aquelas que impediram um potencial de ser elegível.
- b) Números de locais elegíveis e convidados (expostos): descrição do número total de serviços que atenderam aos critérios de elegibilidade e participação no CGP e foram contatadas para participar do dispositivo estratégico.
- c) Número total de locais participantes: descrição do número total de serviços que concordaram em participar do CGP - elegíveis.

d) Taxa de participação dos locais: proporção de locais que participaram do CGP. Calcula-se dividindo o número de serviços representados no CGP pelo número de elegíveis, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, e multiplica-se por 100.

e) Identificação do local: identificação dos serviços que adotaram a participação no CGP.

f) Método de identificação do local: descrição do processo pelo qual o local foi identificado para participar do CGP.

g) Descrição do local em que foi desenvolvido o dispositivo estratégico: descrição das características onde o CGP se dava, como recursos disponíveis, informação sobre o pessoal e ambiente de trabalho.

4.4.1. Contextualização da dimensão Adoção: narrando as variáveis

Como trata-se este trabalho de avaliação de estratégia para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas, a dimensão Adoção, aqui, será avaliada a partir do entendimento de quais serviços adotaram o dispositivo estratégico CGP com o intuito de participar da pesquisa, mesmo sendo mais habitual, a avaliação a partir da representação feita pelo trabalhador ou gestor participante.

Levando-se em consideração a escolha das 7 variáveis previamente estabelecidas, iniciaremos a avaliação da dimensão a partir da descrição do território geográfico onde está a Universidade, entendida aqui como uma das pontas da participação.

A saber, a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP está localizada na macrorregião Norte do município de Campinas-SP e mesmo sendo apresentada como uma das regiões mais desenvolvidas economicamente, conta ainda com grande disparidade de acesso à direitos, com aumento significativo no índice de vulnerabilidade social nos últimos anos.

A macrorregião é dividida em quatro áreas regionais, incluindo duas subprefeituras e conta atualmente com 12 Centros de Saúde e 51 unidades socioassistenciais, sendo 33 delas conveniadas ao poder público municipal⁹⁷.

Em função da localização geográfica da FCM, a região Norte de Campinas é o principal campo de estágio para a graduação e pós-graduação tanto da medicina quanto da fonoaudiologia. Tal desenho se dá a partir do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) que, por sua vez, está ligado ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

O CETS, entre outras ações, é responsável pela organização dos campos de estágio para a diversas faculdades e Universidades no município. Em função da proximidade, as ações de ensino em serviço da FCM da UNICAMP se dão nos serviços do Distrito Sanitário Norte de Campinas, o que justificou a escolha do distrito como campo de ação prática da pesquisa.

Em função da proposta inicial de delimitação territorial para o campo e contexto de implementação, optamos pelo mesmo critério utilizado para o desenho participativo da Saúde com relação aos serviços da Assistência Social. Com isso, os serviços já identificados a Adoção no projeto inicial passaram então a exposição aos mesmos critérios de inclusão e exclusão a participação.

Posteriormente, o desenho participativo para a Saúde passou a ser descrito com mais especificidade, ficando então expostos a participação, apenas os Centros de Saúde de uma microrregião do Distrito Norte denominada microrregião Eixo Dom Pedro.

Já para a Assistência Social, o avanço no desenho se deu através de diversas modificações nos critérios de inclusão e exclusão dos serviços, realizadas já com o CGP em andamento. Ao longo dos três anos de realização do CGP, e conforme avançávamos na relação com gestores e coordenadores da Assistência Social, abríamos a possibilidade de representação dos serviços e observávamos a fragilidade do desenho inicial para a Adoção ao CGP para este segmento de participação.

A saber, os critérios para a participação dos serviços da Assistência Social estiveram sempre mais ligados a dimensão Alcance que a Adoção, visto ser de

interesse do coletivo de pesquisadores, o diálogo inicial com os trabalhadores, o que diminuiu o investimento na caracterização sobre a instituição que representavam ou no objetivo dos serviços onde trabalhavam.

Com vistas ao projeto inicial é possível observarmos a descrição das ações que definiriam os locais elegíveis a participação, sendo elas a aproximação e sensibilização dos campos de ação. Com isso a Adoção seria proposta as Unidades Básicas de Saúde, CREAS, CRAS e Serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes, como as organizações a serem convidadas a composição do CGP.

Para tal, 05 Unidades Básicas de Saúde foram identificadas como elegíveis a participação pelo segmento Saúde e, pela Assistência Social, o CREAS, CRAS, Casa Betel e CMPCA, totalizando 04 serviços (além da representação da gestão central, aqui não identificada como organização) que foram, por sua vez, foram contatadas para tal, a partir do desenho a seguir:

- Sobre os serviços da Saúde:

. Centro de Saúde São Marcos

. Centro de Saúde Barão Geraldo

. Centro de Saúde San Martin e Cássio Raposo (representados no CGP por duas trabalhadoras do NASF)

. Centro de Saúde Rosália.

- Sobre os serviços da Assistência Social:

. DAS

. CRAS Vila Régio

. CRAS Espaço Esperança

. Grupo Primavera

. MAE Maria Rosa

. CREAS Norte

. Casa Betel

Ao longo da realização do CGP, que por sua vez estava associada as etapas de implementação do NAPEV, houve sazonalidade na participação dos locais participantes.

No que diz respeito a taxa de participação, o cálculo será realizado a partir da Adoção ao CGP ao longo das três etapas de implementação descritas na pesquisa maior. Com isso, encontramos 60% de taxa de participação na Saúde, justificada pela saída de duas Unidades Básicas de Saúde ainda no período de pré-implementação do NAPEV, seguindo então, os outros três serviços.

Já o cálculo da taxa de participação dos serviços da Assistência Social alcançou 100%, acrescidos de 75% em aumento percentual, visto a participação de 3 outros serviços, não citados no desenho participativo na fase de pré-implementação, ao longo da realização do CGP.

Para este cálculo e a partir do item relacionado a Adoção, foi realizado um levantamento de dados para a identificação dos serviços que adotaram a participação no dispositivo estratégico CGP. Para tal, foram utilizados dados disponíveis em redes de transparência em meio eletrônico oficiais do município^{98,99}, descritos a seguir:

- Sobre os serviços da Saúde:

. Centro de Saúde Jardim São Marcos: Localizado no bairro Jardim Campineiro, tem como área de abrangência três outros bairros sendo eles, Recanto Fortuna, Jardim São Marcos e Vila Esperança. Está vinculado ao Distrito Norte de Saúde e funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 19:00 horas.

. Centro de Saúde San Martin (José Alfio Piason): localizado no bairro San Martin, tem como área de abrangência mais quatro bairros sendo eles o Vila Olímpia, Parque Cidade, Residencial Campo Florido e Residencial Takano. Está vinculado ao Distrito Norte de Saúde e funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas.

. Centro de Saúde Cássio Raposo (Dr. Cássio Menezes Raposo do Amaral): localizado no Conjunto Habitacional Edivaldo Antônio Orsi, tem como área

de abrangência o CDHU-E e o Jardim Mirassol. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas.

- Sobre os serviços da Assistência Social:

. DAS: Unidade gestora, executora e articuladora de ações, projetos, programas, serviços e benefícios da Assistência Social da região Norte. Está localizado no bairro Guanabara.

. CRAS Espaço Esperança: executam serviços de proteção social básica em áreas de maior vulnerabilidade social. Organizam e coordenam a rede de serviços socioassistenciais local da política de assistência social na região Norte. Está localizado no bairro Recanto da Fortuna.

. CRAS Vila Reggio: executam serviços de proteção social básica em áreas de maior vulnerabilidade social. Organizam e coordenam a rede de serviços socioassistenciais local da política de assistência social na região Norte. Está localizado no bairro Vila Padre Anchieta.

. CREAS Norte: é uma unidade pública que integra o SUAS. Oferece atendimento psicossocial e orientação jurídica para as famílias que se encontram em situação de violação de direitos, por isso estão em situação de risco social, mas ainda não perderam os vínculos familiares e comunitários.

. Grupo Primavera: Organização da Sociedade Civil que atende crianças, adolescentes e jovens de 06 a 18 anos do entorno do Jardim São Marcos em programas de educação complementar, cultural e profissional. É classificado como Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e atende cerca de 520 pessoas, além de seus familiares. O ingresso na instituição segue critérios como perfil socioeconômico vulnerável e a necessidade dos atendidos estarem matriculados na rede pública de ensino. Está na rede há 38 anos¹⁰⁰.

. M.A.E. Maria Rosa: O Movimento Assistencial Espírita Maria Rosa, busca junto aos usuários e população da região Norte de Campinas, proporcionar o desenvolvimento da qualidade de vida, através da proteção social básica, convivência e fortalecimento de vínculos destinado às crianças, adolescentes, e famílias em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Atualmente atende 120 crianças e adolescentes¹⁰¹.

. Unidade II Casa Betel: serviço de acolhimento Institucional (Casa de Passagem), com funcionamento 24 horas por dia, atende diariamente 22 crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses. Trata-se de um abrigo provisório com objetivo de acolher em regime provisório as crianças e os adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social, risco social e pessoal, violadas dos seus direitos, que não estão em conflito com a lei, não portadores de necessidade especial física e mental ou que necessitem de atendimento especializado e individualizado. OS acolhidos chegam encaminhados pelo Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, de outros programas, e até de forma espontânea, que necessitem de atendimento básico emergencial¹⁰².

O método utilizado para a identificação dos serviços que participariam do CGP, se deu de modo bastante similar ao proposto para a dimensão Alcance. Na Saúde, o desenho participativo se deu através da gestão distrital em saúde, aqui representada como gestão central ligada a Secretaria Municipal de Saúde do município.

Já na Assistência Social, o método de identificação se deu através de diálogo estabelecido com representantes da gestão, diretamente ligados a Secretária da Secretaria de Assistência Social, esta identificada então como uma organização, mesmo que de gestão direta ao prefeito municipal.

A partir da caracterização do desenho participativo da pesquisa relacionada a dimensão Adoção, nos deparamos com a necessidade de desenvolvimento de novas ações que possibilitassem a qualificação do Alcance, visto não termos claro, a distribuição, tipificação ou localização dos serviços da Assistência Social, além dos descritos inicialmente no projeto maior.

Com isso, e ao longo da realização do CGP, retomamos o desenho participativo a partir da caracterização dos serviços, o que ampliou consideravelmente a Adoção da participação pelo segmento da Assistência Social.

Com relação a realização efetiva dos encontros voltados a participação, as reuniões do CGP se deram, quando presencialmente, no auditório do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, local este que conta com recursos multimídia que estiveram sempre a disposição. Já durante a pandemia, as reuniões foram realizadas de forma remota, via plataforma Meet e era

de responsabilidade dos pesquisadores a criação e envio de link aos participantes, via Whatsapp.

Todas as reuniões eram previamente agendadas, com datas geralmente pactuadas ao final de cada reunião do CGP, sendo definidas coletivamente, com antecedência mínima de 30 dias, exceto as reuniões denominadas extraordinárias.

Observamos que assim como para o Alcance, uma avaliação qualitativa da Adoção dependeria de um desenho de contexto ampliado, com caracterização detalhada dos serviços elegíveis já realizada no planejamento de ações previstas para o dispositivo estratégico CGP. Nesta pesquisa, avançamos consideravelmente com relação a dimensão ao longo da realização do CGP, porém, mesmo com empenho, muitos serviços não foram expostos ou sequer identificados para elegibilidade à participação.

Em sugestão e considerando a importância da caracterização do contexto em que a implementação se dará, observa-se a importância da aproximação teórica com a dimensão Adoção como meio para a contextualização do cenário interno e externo, visando posterior ampliação e qualificação da avaliação.

Para tal, sugere-se levantamento de dados relacionados aos serviços oferecidos a população no município para que, em etapa posterior, seja possível a identificação das instituições ou organizações elegíveis a participação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição das estratégias em Pesquisas de Implementação tem como objetivo tornar claro as ações estabelecidas entre o que se espera implementar com a implementação de fato. Como que para tornar público a história experimentada ao longo do processo de implementação.

Assim sendo, descrever e reportar uma estratégia que tem como objetivo o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em pesquisas, exige mais que o enquadre em taxonomia já existente, mas também o compartilhamento do saber-fazer conseguindo descrever como é o fazer-fazendo.

Neste trabalho não negamos a importância da taxonomia já proposta metodologicamente pela Ciência de Implementação, com fins de nomeação e classificação universal das estratégias, mas observamos pouco investimento teórico em descrever de forma detalhada a utilização destas, principalmente no que diz respeito a participação em Pesquisas de Implementação.

Descrever ou narrar a experiência da participação utilizando o CGP como dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas nos trouxe clareza sobre a necessidade de que o que foi vivenciado ao longo da pesquisa deveria oferecer detalhes suficientes para a compreensão de quais ações foram necessárias, tanto para garantir a participação e para que ela fosse efetiva quanto para sustentar a representatividade ao longo do processo.

Para tal, pensa-se na importância de que, futuramente, uma descrição do pacote de estratégias utilizadas seja descrita, a fim de caracterizar quais foram as ações necessárias para que o dispositivo garantisse a participação das partes interessadas em Pesquisas de Implementação, seja para práticas, serviços ou políticas.

A definição do CGP como dispositivo estratégico de implementação foi fundamental para que nos aproximássemos das propostas metodológicas da Pesquisa de Implementação, a fim de traduzir o caminho metodológico participativo já defendido pelo Interfaces.

O caminho percorrido para essa tradução, mesmo que de forma gradual, exigiu a aproximação de pesquisadores com a teoria ligada a Ciência de Implementação, e, com isso, ampliou nossa compreensão acerca do que já fazíamos como defesa. Pensamos que aos poucos conseguiremos um dialeto comum, que inclua a nossa experiência nas teorias das Pesquisas de Implementação, visto que defendemos uma participação que tem como base o estabelecimento de relações e não apenas o treinamento de habilidades para a mudança de comportamento.

A utilização do CGP como dispositivo garantiu a participação de atores sociais, que envolvidos e engajados, desenvolveram, além dos objetivos ligados a participação, tarefas que tinham como propósito a exploração e reconhecimento das linhas de cuidado a pessoas expostas à violência, os serviços e práticas já existentes

no município (sejam da Saúde ou a Assistência Social), assim como os fluxos já estabelecidas para este cuidado.

A sustentação do CGP possibilitou a defesa, dialogada em consenso, da necessidade de construção de um espaço permanente de formação teórico-prática e acompanhamento das equipes no território, o que trouxe para a cena a necessidade de implementação não apenas do NAPEV, mas também da RASEV com o objetivo da criação de redes compartilhadas, complementares e intersetoriais que ampliaram a discussão sobre a pauta da violência, em busca de qualificar a atenção já oferecida para as pessoas expostas a violência.

Foi na relação com a participação e com os participantes que garantimos uma ampliação considerável do que entendíamos ser o mundo real, tão precioso às Pesquisas de Implementação.

É perceptível que adaptações se darão necessárias ao escolhermos o CGP como dispositivo estratégico de participação das partes interessadas em Pesquisas de Implementação, o que torna esse trabalho um convite a experimentação do dispositivo em outras pesquisas. Como seria se começássemos novamente?

Tal identificação torna inevitável o desenvolvimento de um pacote de estratégias que se apliquem entre a expectativa de pesquisadores, os resultados esperados com a implementação e que facilitem ajustes a serem solicitados pelos participantes, em suas diversas esferas de representação e em todas as etapas da pesquisa.

É preciso disponibilidade para escutar a participação e disposição à participação de outros em nossas pesquisas. Estar disponível para a mudança de objetivos, atento ao papel da Universidade em ser propositivo e a oferecer conhecimento, é fundamental tanto para garantir a implementação em contextos reais como para defender o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em Pesquisas de Implementação.

Outrossim, além de constantes reencontros com a teoria e prática da participação em pesquisas, é preciso considerar cada participante como agente de implementação, seja ele pesquisador, trabalhador ou gestor. Quando longe dessa percepção, descaracterizamos a importância do envolvimento, engajamento e

participação desses atores, inclusive no que diz respeito a responsabilidade pelo que será implementado e como.

É preciso conhecer com quem se dialoga, sobre o que se dialoga, e ter claro questões subjetivas que envolvem as relações, investir na dinâmica grupal em que se estabelece a participação e cuidar para que a relação se dê de fato.

Somado a isso e não menos importante, é necessário investir intensamente em como pesquisadores estabelecem a comunicação com as partes interessadas, visto ser de responsabilidade o compartilhamento do saber e a construção do conhecimento objetivo ético da participação.

Observamos que esse investimento foi possibilitado ao longo da pesquisa visto que, por mais que tenhamos identificado a dificuldade dos pesquisadores em adaptar suas pesquisas a participação efetiva, há de se considerar as construções feitas coletivamente em função da utilização do CGP como dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas.

Finalmente, sugerimos que o delineamento de projetos de Pesquisa de Implementação possa utilizar, já em seu desenho inicial, estruturas pré-definidas que abarquem domínios contextuais de avaliação da implementação, equiparando então o que se propõe ao que se espera avaliar.

Por fim, defendemos que tornar essa experiência pública pode facilitar que outras pesquisas utilizem do CGP para garantir o envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas em Pesquisas de Implementação.

Para tal, e para a finalização deste trabalho, complementaremos o já narrado através do compartilhamento de duas tabelas no apêndice, onde será possível encontrar a taxonomia sobre os desfechos de implementação propostos por Proctor²² e ImpRes-BR⁵⁰, com inclusão dos resultados obtidos através do CGP e a partir do proposto teoricamente pela autora e ferramenta, assim como uma lista com a descrição das estratégias de implementação já compiladas e categorizadas em seus grupos conceituais, devidamente adaptada transculturalmente para o Brasil^{50,32}.

Com esta tabela, espera-se o apontamento do pacote de estratégias que, em sugestão, podem compor uma nova pesquisa com vistas a utilização do CGP

como dispositivo estratégico para participação, a partir de taxonomia pré-existente nas Pesquisas de Implementação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.
2. Peres MFT, Ruotti, C. Violência urbana e saúde. Revista USP, n. 107, 2015, pp. 65-78.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-0985-01.
4. Freud S. (1913). Totem e Tabu. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (1913).
5. Freud S. (1856-1939). O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição Standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
6. Schilling F. Direitos humanos, violência e o desafio do atendimento a vítimas: a busca por justiça. “In”: Dotto KM, Endo PC, Sposito SE. Psicologia, violência e direitos humanos. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRP SP, 2011. P. 56-68
7. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. “In”: Nijaine K et al. Impactos da Violência na Saúde. 4.ed. atualizada – Rio de Janeiro, RJ: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação

- a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fiocruz, 2020. 448 p. p. 21-42
8. Silva Júnior JN, Besset VL. Violência e sintoma: o que a psicanálise tem a dizer? *Fractal, Ver Psicol* [Internet]. Maio/2010. Volume 22 (2): 323-36
<https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800008>
 9. Chauí M. Sobe a violência. Itokazu EM, Chaui-Berlinck L Org. 1.ed. 2.reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
 10. Cardia N. Pesquisa nacional, por amostragem domiciliar, sobre atitudes, normas culturais e valores em relação à violação de direitos humanos e violência: Um estudo em 11 capitais de estado / Coordenação: Nancy Cardia; Rafael Cinoto (et al). São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2012. 413p.
 11. Souza ER, Pinto LW, Ribeiro AP. Homicídio: violência interpessoal que impede a vida. "In": Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 127-158. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0008>.
 12. Cerqueira D et al. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021.
 13. Sistema de Notificação de Violência em Campinas. SISNOV/SINAN. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/>. Acesso em: 16, março de 2023.
 14. Sistema de Notificação de Violência em Campinas. SISNOV/SINAN. Boletim SISNOV nº 12-2017. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim12.html>. Acesso em: 16, março de 2023.

15. Sistema de Notificação de Violência em Campinas. SISNOV/SINAN. Boletim SISNOV nº 13 - 2018. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim13.html>. Acesso em: 16, março de 2023.
16. Sistema de Notificação de Violência em Campinas. SISNOV/SINAN. Boletim SISNOV nº 14 - 2020. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim14.html>. Acesso em: 16, março de 2023.
17. Sistema de Notificação de Violência em Campinas. SISNOV/SINAN. Boletim SISNOV nº 15 - 2021. Disponível em: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/boletim15.html>. Acesso em: 16, março de 2023.
18. Benghozi P et al. Correa OB (org). Os avatares da transmissão psíquica geracional. São Paulo: Escuta, 2000.
19. Inglez-Mazzarella T. Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. São Paulo: Escuta, 2020.
20. Onocko-Campos RT. Comportamento antissocial nos jovens como seqüela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. Revista Interface: comunicação, saúde e educação; 22(67):1091-8. 2018
21. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 21[4]: 1269-1286, 2011.
22. Proctor E et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges and Research Agenda. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. V. 38, n.2, p. 65-76, mar.2011.
23. Lotta GS. Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa

Saúde da Família. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2010.

24. Redator. Reitoria cria comitê científico de contingência do Coronavírus. www.unicamp.br 2021. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2021/05/21/reitoria-cria-comite-cientifico-de-contingencia-do-coronavirus>
25. Montalti E. Coronavírus: veja notas e comunicados da FCM e reitoria da Unicamp. www.fcm.unicamp.br, 2020. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/en/relacoes-publicas/saladeimprensa/coronavirus-veja-notas-e-comunicados-da-fcm-e-reitoria-da-unicamp>
26. Campos GWS, Guerreiro AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 411p.
27. Campos GWS, Figueiredo MD, Oliveira MM. O Apoio Paidéia e suas rodas: Reflexões sobre práticas em saúde. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2017. 417p.
28. Correa OBR. Transmissão psíquica entre as gerações. Psicologia USP, 2003, 14(3), p.35-45.
29. Inglez-Mazzarella T. Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações. São Paulo: Escuta, 2020. 172p.
30. Benghozi P. Malhagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social. Tradução Eunice Dutra Galery. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2010.
31. Furtado JP, Campos RO. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. "In": Campos RO,

- Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 428p. (Saúde em Debate; 192. SaúdeLoucura; 29), p. 231-248.
32. Faculdade de Ciências Médicas. Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.
33. Furtado JP, Campos RO. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e saúde mental. “In”: Campos RO, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 428p. (Saúde em Debate; 192. SaúdeLoucura; 29), p. 189-208.
34. Rodrigues AC et al. O Comitê de Pesquisa como articulador entre a Universidade e a Rede de Centros de Atenção Psicossocial de Campinas. “In”: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 428p. (Saúde em Debate; 192. SaúdeLoucura; 29), p. 337-343.
35. Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2919-2928, 2013.
36. Passos E, Palombini AL, Campos RO. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. Volume 3. Número 1. 2013.
37. Presotto RF, Silveira M, Delgado PGG, Vasconcelos EM. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2837-2845, 2013.

38. Onocko-Campos RT et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2889-2898, 2013.
39. Treichel CAS et al. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde em Debate*, V. 43, N. Especial 2, P.35-47, NOV 2019.
40. Zepeda KGM, Silva MM, Silva IR, Redko C, Gimbel S. Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. *Esc Anna Nery* 2018;22(2):e20170323 National Implementation Research Network
41. Proctor E et al. Implementation Research in Mental Health Services: a Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. Published in final edited form as: *Adm Policy Ment Health*. 2009 January: 36(1). doi:10.1007/s10488-008-0197-4.
42. Fixsen DL, Van Dyke MK, Blasé K A (2019). Science and implementation. Chapel Hill, NC: Active Implementation Research Network. www.activeimplementation.org/resources
43. Burton C, Rycceoft-Malone J. An Untapped Resource: Patient and Public Involvement in Implementation Comment on “Knowledge Mobilization in Healthcare Organizations: A View From the Resource-Based View of the Firm. <http://ijhpm.com> *Int J Health Policy Manag* 2015, 4(12), 845–847 doi 10.15171/ijhpm.2015.150.
44. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2016. Applying an implementation science approach to genomic medicine: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 107226/23403.

45. Proctor E et al. Qualitative Methods in implementation Science E Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* (2011) 38:65–76 DOI 10.1007/s10488-010-0319-7.
46. Peters DH et al. Republished research: Implementation research: what it i show to do it. *Br J Sports Med* April 2014 Vol 48 n. 8.
47. National Cancer Institute. Disponível em: <https://www.cancer.gov/>. Acesso em: 26/03/2023.
48. National Institutes of Health. U.S. Department of Health & Human Service. Disponível em: <https://www.nih.gov/>. Acesso em: 26/03/2023.
49. Moulin JC et al. Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. *Implement Sci Commun* 1, 42 (2020). <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00023-7>
50. ImpRes-BR. Ferramenta de desenvolvimento para Pesquisa de Implementação. Versão 1.0. 2021. Disponível em: <https://kingsimprovementscience.org/cms-data/resources/GUIA%20-%20ImpRes.pdf>. Acesso em: 26/03/2023.
51. Proctor EK, POWELL BJ, Mcmillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013, 8:139 <http://www.implementationscience.com/content/8/1/139>
52. Powell BJ et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC). *Implementation Science* (2015) 10:21 DOI 10.1186/s13012-015-0209-1
53. RE-AIM. Improving Public Health Relevance and Population Health Impact. Disponível em: <https://re-aim.org/>. Acesso: 26/03/2023.

54. Glasgow RE, Estabrooks PE. Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. *Prev Chronic Dis.* 2018 Jan 4;15:E02. doi: 10.5888/pcd15.170271. PMID: 29300695; PMCID: PMC5757385.
55. Bonfim RA (Org.). *Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde.* Campo Grande – MS: Ed. UFMS, 2021.
56. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PE. Modelo RE-AIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil. *REFACS (online)* 2013; 1(1):6-16.
57. Luz JMO, Alves CO. RE-AIM: um modelo versátil para avaliação de intervenções. “In”: Carozzo NPP, Luz JMO, Alves CO (org). *Como avaliar programas e intervenções: um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos.* São Luís: EDUFMA, 2022. 364 p.
58. Holtrop JS, Rabin BA, Glasgow RE (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: Rationale and methods. *BMC Health Service Research*, 18(177). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>.
59. Glasgow RE et al (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
60. Harden SM et al. RE-AIM in Clinical Community and Corporate Settings: perspectives, strategies and recommendations to Enhance public health impact. *Frontiers in Public Health Journal.* V.6, March 2018 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00071/full>
61. Kawan BM et al. RE-AIM in the real world: use of the RE-AIM framework for program planning and evaluation in clinical and community settings. *Frontiers in Public Health Journal.* V.7. 2019. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00345/full>

62. Holtrop J et al. Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1), E126. 2021. DOI: 10.1017/cts.2021.789.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, v. 128. n. 249, dez. 1990.
64. Demo P. *Participação é Conquista*. 5.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001. 176p.
65. Fuzari TS. *Constituição dirigente e ação estatal: a importância dos meios participativos na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. 194 p.
66. Tatagiba L, Teixeira ACC (Org). *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo: Editora Unesp, 2021.
67. Menéndez EL. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.
68. Furtado JP (et al). A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(1): 102-110, janeiro, 2013.
69. Escorel S, Moreira MR. *Participação Social*. In: Giovanella L (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2.ed.rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.
70. Furtado JP, Serapioni M, Pereira MF, Tesser CD. *Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso*. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e210283 <https://doi.org/10.1590/interface.210283>

71. Lavalle AG. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. "In": Pires RRC (org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. v. 7 (372 p.).
72. Campos GAG. Participação e representações não avaliativas: a produção de significados nas experiências participativas. "In": Pires RRC (org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. v. 7 (372 p.).
73. Gabarrón LR, Landa LH. O que é pesquisa participante. "In": Brandão CR, Streck DR (org). Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2006. p.93-121
74. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. "In": Brandão CR, Streck DR (org). Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2006. p.17-54
75. Schraiber LB. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. "In": Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV (Org.). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 378p. p.33-57.
76. Turato eER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
77. Deslandes SF. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 428p. (Saúde em Debate; 192. SaúdeLoucura; 29). P. 68-77

78. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Tradução Beth Honorato. – Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2011.
79. Couto FF, Carrieri AP, Ckagnazaroff IB. Participação na avaliação de políticas públicas: a pesquisa construtivista e a quarta geração de avaliação. Revista Gestão e Planejamento, Salvador, v. 20, p. 36-55, jan./dez. 2019 DOI: 10.21714/2178-8030gep.v20.5141
80. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
81. Silva OS. Reconstruindo um processo participativo na produção do conhecimento: uma concepção e uma prática. “In”: Brandão CR, Streck DR (Org.). Pesquisa Participante: a partilha do saber. Aparecida-SP: Ideias & Letras, 2006. P. 123-149
82. Cowan K. INVOLVE: A Practical Guide to Being Inclusive in Public Involvement in Health Research - lessons from the Reaching Out programme. Written by Katherine Cowan, February 2020
83. Denegri S. Going the extra mile: improving the nation's health and wellbeing through public involvement in research. See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/279180522>. Conference Paper · March 2015. University College London.
84. Mockford C et al. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care 2012; Volume 24, Number 1: pp. 28 –38.
85. INVOLVE www.invo.org.uk
86. Rycroft-Malone J et al. Collaborative action around implementation in Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care: Towards a program theory. Journal of Health Services Research & Policy. November 2013; 18, 3 (supplementary): 13-26. DOI: 10.1177/1355819613498859

87. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res Soc Work Pract.* 2014 Mar 1;24(2):192-212. doi: 10.1177/1049731513505778. PMID: 24791131; PMCID: PMC4002057.
88. Damschroder LJ et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50 (2009). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
89. Proctor EK; Ross CB. Measurement Issues in Dissemination and Implementation Research', in Ross C. Brownson, Graham A. Colditz, and Enola K. Proctor (eds), *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*, 1st edn (2012; online edn, Oxford Academic, 24 May 2012), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.003.0013>, accessed 13 Feb. 2024.
90. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015 Apr 21;10:53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0. PMID: 25895742; PMCID: PMC4406164.
91. Werneck GL. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(4):e00045322
92. Coronavírus Brasil. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
93. Werneck GL et al. Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil. Junho de 2021. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Oxfam Brasil. Anistia Internacional Brasil; Centro Santo Dias de Direitos Humanos da Arquidiocese de São Paulo; Instituto de Estudos Socioeconômicos; Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social; Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

94. Novo coronavírus COVID-19 Campinas. 2023. Disponível em: <https://covid-19.campinas.sp.gov.br/>
95. Brito FA et al. Tradução e adaptação do Check-list RE-AIM para a realidade brasileira. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2018;23:e0033.
96. Barros LOL. Avaliação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Jaboatão dos Guararapes-PE. [Dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2020.
97. Abreu G, Arce P, Bortolotto JF, Luz LA, Marchesini IG. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria municipal de assistência social, pessoa com deficiência e direitos humanos – Vigilância Socioassistencial. Estudo da realidade de Campinas e suas contradições: alguns elementos para subsidiar o PMAS 2018-2021. 2018. Disponível em: https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/sites/smcais-vis.campinas.sp.gov.br/files/arquivos/final_artigo_site_vigilancia_subsidio_pmas_2018_2021.pdf
98. Prefeitura Municipal de Campinas. Portal da Prefeitura. Secretaria de Saúde. 2023. Disponível em: <https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude>.
99. Prefeitura Municipal de Campinas. Portal da Prefeitura. Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos. 2023. Disponível em: [Campinas: Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos](#)
100. Grupo Primavera. Quarenta anos de abraços que transformam. 2023. Disponível em: <https://gprimavera.org.br/>
101. M.A.E. Maria Rosa. 2023. Disponível em: <https://www.maemariarosa.org.br/>
102. Casa Maria de Nazaré. 2023. Disponível em: <https://www.casademariadenazare.org.br/sobre>

7. APÊNDICES

7.1 Tabela 2: Desfechos de implementação – Definição, termos relacionados e resultados

Desfechos de implementação	Termos relacionados	Resultados dos desfechos primários (Comitê Gestor da Pesquisa)
<p>Aceitabilidade: A percepção entre as partes interessadas de que um determinado tratamento, serviço, prática ou intervenção é considerado aceitável ou satisfatório</p>	<p>Satisfação com vários aspectos da inovação (conteúdo, facilidade de uso, complexidade, credibilidade)</p>	<p>A utilização do CGP como dispositivo estratégico para participação foi considerada satisfatória, justificada pela permanência dos participantes e serviços representados ao longo da realização da implementação. A saber, mesmo com os atravessamentos provocados pela pandemia de Covid-19, houve solicitação dos participantes de que os encontros no CGP fossem retomados de forma remota, demonstrando satisfação dos participantes com o dispositivo.</p>
<p>Adequação: A adequabilidade, relevância ou compatibilidade de uma inovação ou prática baseada em evidências em relação a um dado cenário, provedor ou consumidor; e/ou a adequabilidade da inovação para resolver um determinado problema</p>	<p>Ajuste percebido, relevância, compatibilidade, aptidão, utilidade, praticabilidade.</p>	<p>O CGP mostrou-se adequado e efetivo como dispositivo para a garantia do envolvimento, engajamento e participação de partes interessadas na implementação. Ao longo das três etapas, o dispositivo possibilitou ajustes a implementação tais como a adequação do desenho participativo da pesquisa e do desenho de contexto para a implementação, capacitando pesquisadores no que diz respeito ao conhecimento sobre as políticas de atenção do SUAS.</p>
<p>Viabilidade: O grau em que um novo tratamento ou inovação pode ser utilizado com sucesso dentro de um determinado cenário ou organização</p>	<p>Ajuste ou utilidade real, adequação para uso diário, praticidade</p>	<p>A realização do CGP mostrou-se viável enquanto dispositivo estratégico para o envolvimento, engajamento e participação das partes interessadas. A partir de sua utilização, foi possível a organização prática da participação dos representantes da Universidade, da Saúde e da Assistência Social, assim como aproximar da implementação usuários, familiares e a comunidade. A realização de encontros mensais com datas e horários pré-definidos promoveu praticidade e adequação ao dispositivo.</p>
<p>Adoção: A intenção, decisão ou ação inicial para empregar uma determinada inovação ou prática baseada em evidências. Adesão</p>	<p>Captação, utilização, implementação inicial, intenção de tentar, adesão</p>	<p>Observa-se que a Adoção do CGP foi efetiva e com desfecho positivo e de utilidade real no que diz respeito a participação na implementação. Observou-se que o CGP foi sustentado coletivamente ao longo de sua realização, com frequentes adequações para</p>

		o envolvimento e engajamento de partes interessadas realizadas por seus participantes.
Fidelidade: O grau em que uma intervenção é implementada tal como prescrita no seu planejamento ou protocolo original	Entrega conforme pretendido, aderência, integridade, qualidade da entrega do programa	O desfecho foi integralmente alcançado na utilização do CGP como dispositivo estratégico de participação. Como trata-se de um dispositivo historicamente proposto pelo coletivo de pesquisa Interfaces, avaliamos que exista a necessidade de descrição, em trabalho futuro, do pacote de estratégias utilizados para o alcance deste desfecho, a fim de aproximação com a linguagem das Pesquisas de Implementação.
Custo (incremental ou de implementação): O impacto orçamentário de um determinado esforço de implementação	Custo marginal, custo-efetividade, custo-benefício	Os custos não foram calculados para o desenho participativo da pesquisa. Sugere-se, porém, que a avaliação deste desfecho seja considerada nas próximas pesquisas associadas a participação em Pesquisas de Implementação, visto a importância de se ampliar o diálogo acerca dos impactos financeiros do envolvimento e engajamento de partes interessadas, inclusive como defesa ético-política na implementação de práticas, serviços e políticas.
Penetração: O grau de difusão e integração de uma intervenção em um dado cenário e seus subsistemas.	Nível de institucionalização, propagação.	O CGP mostrou-se potente como dispositivo estratégico para o desfecho de Penetração, visto sua institucionalização de forma transversal na pesquisa tanto das organizações identificadas a participação (Saúde, Assistência Social e Universidade) quanto de seus trabalhadores e pesquisadores. Ademais, houve, segundo os participantes, melhora no diálogo entre os trabalhadores, a partir da participação no dispositivo, o que qualificou inclusive a qualidade do cuidado oferecido aos usuários, mesmo não sendo este um desfecho esperado. Além disso, o dispositivo colaborou para a sustentação da defesa ético-política da participação, principalmente entre os pesquisadores.
Sustentabilidade: O grau em que o uso de uma inovação ou tratamento é mantido ou continuado após a implementação	Manutenção, continuação, durabilidade, incorporação, integração, institucionalização, uso sustentado, rotinização.	Dado o fato de que o CGP foi caracterizado como dispositivo estratégico de participação transversal e transitório na pesquisa, não era esperado a Sustentabilidade como desfecho após a implementação do Ambulatório para pessoas expostas a violência.

Fonte e adaptação: Proctor²² e ImpRes-BR⁵⁰

7.2 Tabela 3: Lista de estratégias de implementação

Categorias	Descrição das estratégias discretas de Implementação	Checklist (Pacote de estratégias para o CGP)
Uso de estratégias avaliativas e iterativas	Avaliação da prontidão e identificação de barreiras e facilitadores	X
	Auditoria e <i>feedback</i>	X
	Reavaliação contínua da implementação	X
	Desenvolvimento de ferramentas para monitoramento da qualidade	
	Desenvolvimento e organização do sistema de monitoramento	
	Desenvolvimento de um plano formal de implementação	X
	Levantamento local de necessidades	X
	Utilização de projetos-piloto	X
		Condução de pequenos ciclos de mudança
Oferta de assistência interativa	Facilitação	X
	Oferta de assistência técnica local	X
	Oferta de supervisão clínica	
	Desenvolvimento de uma central de assistência técnica	
Adaptação e ajuste para o contexto	Ajuste das estratégias	X
	Promoção da adaptabilidade	X
	Uso de especialistas de dados	
	Utilização de técnicas de armazenamento de dados	
Desenvolvimento de relações entre as partes interessadas	Identificação e preparação de apoiadores	X
	Condução de reuniões da equipe de implementação	X
	Recrutamento e treinamento de líderes	X
	Engajamento de líderes locais de opinião	X
	Desenvolvimento de coalizão	X
	Obtenção formal de comprometimento	X
	Identificação de adotantes iniciais	X
	Condução de discussões de consenso locais	X
	Identificação e compartilhamento do conhecimento local	X
	Uso de grupos consultivos e grupos de trabalho	X
	Consultores de implementação	
	Modelagem e simulação da mudança	
	Visita a outros locais	X
	Envolvimento do comitê executivo	
Desenvolvimento de um glossário de implementação		
Desenvolvimento de parcerias acadêmicas		
Promoção de redes de colaboração	X	
Treinamento e capacitação das partes interessadas	Condução de educação permanente	X
	Oferta contínua de consultoria	X
	Desenvolvimento de materiais educacionais	

Fonte: Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental Interfaces³² e ImpRes-BR⁵⁰.

8 Anexo

- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pesquisa de implementação de um ambulatório para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário. **Pesquisador:** Rosana Teresa Onocko-Campos

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 07227019.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.496.491

Apresentação do Projeto:

Resumo: Considerando a importância dos dispositivos especializados no cuidado das repercussões psicossociais associadas à exposição à violência, propomos uma pesquisa de implementação de um ambulatório de assistência psicossocial voltado às pessoas em situação de violência no distrito norte de Campinas/SP. Um estudo qualitativo junto aos usuários e trabalhadores dos serviços de atenção primária e assistência social subsidiará o desenho do ambulatório para ampliar a oferta de cuidado à população. Visa-se a qualificação da articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas; a qualificação da assistência oferecida pelos serviços da atenção primária à saúde e da assistência social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos, etc.); e a construção de evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento dos sintomas associados à exposição à violência (componente quase experimental). Trata-se de um estudo de metodologia mista, orientada pelas diretrizes das pesquisas de implementação. Propomos uma análise multidimensional do processo de implementação do programa, integrando fatores sociais, contextuais e individuais na análise dos resultados obtidos. Na fase de pré-implementação será feito o levantamento de dados secundários, a aproximação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com os Serviços de Acolhimento Institucional a Crianças e Adolescentes da Assistência Social da região Norte; grupos focais e oficinas de consenso para desenho do ambulatório; adoção e instalação do SISREG 3.4.

Na fase de implementação serão realizados a capacitação da rede de assistência à vítimas de violência; a aplicação de testes já validados para a população brasileira e grupos terapêuticos de base psicanalítica; apoio matricial para articulação da rede assistencial. Na fase de pós implementação haverá a avaliação quase experimental e a reavaliação de dados secundários. Existe ainda um componente transversal de comunicação em todas as etapas da implementação. Esperamos a ampliação dos atendimentos à população exposta à violência no distrito norte, a articulação do trabalho entre a rede de Saúde e Assistência social com o Hospital Universitário da Unicamp, propiciando experiências de eficácia na integração e regulação do cuidado, desenvolvimento de tecnologias de intervenção psicossocial com evidência de efetividade e adequação à sociedade e cultura brasileira; desenvolvimento de um plano de comunicação intra e extrasetorial sobre a temática da violência que contribua para a prevenção e vinculação precoce das vítimas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral desta proposta é realizar uma pesquisa de implementação, no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de um ambulatório de assistência psicossocial às pessoas em situação de exposição à violência do distrito Norte do Município de Campinas- S.P.

Objetivo Secundário:

1. Implementar um serviço ambulatorial de assistência psicossocial às pessoas em situação de exposição à violência no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas;
2. Desenhar as características do ambulatório a partir de estudo qualitativo com os principais *stakeholders* (usuários e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social);
3. Qualificar a articulação entre o novo ambulatório e a rede de serviços por meio da implantação de um sistema de agendamento e regulação de vagas;
4. Qualificar a assistência oferecida pelos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Social por meio de dispositivos de integração de rede (apoio matricial, seguimento conjunto de casos, etc.);
5. Construir evidências sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica grupal no tratamento de transtornos associados à exposição à violência (componente quase experimental).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo pode apresentar riscos indiretos e de baixo grau, como por exemplo, pode trazer algum constrangimento ou incômodo decorrente da exposição de opiniões e experiências de vida. Entretanto, essas consequências não serão danosas para a saúde/integridade dos participantes, e conta com uma equipe de psicólogos e terapeutas ocupacionais especializados para darem apoio a fim de superá-las. Apesar dos riscos serem mínimos, o participante terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente em consequência da

participação na pesquisa. Além disso, todos os participantes têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. A equipe de pesquisadores se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Algum incômodo poderá surgir pelo tempo de duração de cada atividade. O participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos; mudar o dia da aplicação; ou até mesmo, suspender sua participação. Haverá ressarcimento financeiro caso haja algum custo financeiro para o participante

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa poderá favorecer a redução dos índices de violência urbana, a redução dos sintomas associados aos transtornos relacionados à exposição à violência e propiciar o rompimento dos ciclos de violência transgeracional. Além disso, favorecerá a qualificação dos serviços de saúde e assistência social no cuidado à população exposta às situações de violência em suas diversas facetas: urbana, familiar, sexual, física, dentre outras

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Equipe de pesquisa:

Alice Andrade Silva

Bruna Maiara Melo de Paula

Bruna Jandoso

Carolina Con Andrades

Luiz Carolina Ferreira Medeiros

Erotildes Maria Leal

Giovana Pellatti D Lopes

Inayá Ananias Weijenborg

Juliana Americo Dainezi Santos

Leonardo Dias Teixeira

Rafael Freitas Colaco

Rosana Teresa Onocko Campos

Sergio Roberto De Lucca

Vanessa Eda Paz Leite

Esta versão é resposta ao parecer consubstanciado CEP n.o 4.367.783 de 28 de outubro de 2020.

Foram solicitadas as seguintes adequações:

Esclarecer como está o andamento do projeto original

RESPOSTA: A Etapa I (Pré-implementação) do projeto foi desenvolvida com sucesso e os dados estão em análise, com previsão de publicação de artigos para 2021/2022. O plano para avaliação do desfecho clínico da intervenção permanece o mesmo do projeto original.

PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Esclarecer como será a aplicação dos testes para os participantes já avaliados, uma vez que o início do projeto foi em 2019.

RESPOSTA: Não há “aplicação de testes para participantes já avaliados”, uma vez que não houve início da Etapa II (Implementação com componente experimental) do projeto em 2019. A aplicação dos testes incluídos na Emenda 3 do projeto podem ampliar a capacidade de mensuração dos desfechos clínicos e ocorrerá de acordo com o procedimento indicado nas páginas 24 e 25 do projeto original.

PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nesta versão foram anexados os seguintes documentos:

- 1- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1628901_E3.pdf
- 2- Cronograma_adaptado.pdf
- 3- PD_20_12_2020.pdf com o projeto detalhado

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada “ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)” publicada em 09/05/2020, referente ao item II. “Orientações para Pesquisadores”:

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda considerada aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_162890_1_E3.pdf	20/12/2020 17:52:50		Aceito
Cronograma	Cronograma_adaptado.pdf	20/12/2020 17:42:28	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PD_20_12_2020.pdf	20/12/2020 17:39:53	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Investigador	PD_20_12_2020.pdf	20/12/2020 17:39:53	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	20/12/2020 17:39:08	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Outros	Emenda_10_09_20.pdf	10/10/2020 20:08:45	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	10/09/2020 15:27:27	Rosana Teresa OnockoCampos	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriz_IB.pdf	04/12/2019 23:32:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Pesq.pdf	04/12/2019 23:29:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_R_GF.pdf	24/08/2019 00:16:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_14_GF.pdf	24/08/2019 00:16:48	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_11_GF.pdf	24/08/2019 00:16:28	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_8_GF.pdf	24/08/2019 00:14:21	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	trab.pdf	23/04/2019 18:13:40	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	USUA_FAMIL.pdf	23/04/2019 18:13:33	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gestor.pdf	23/04/2019 18:13:25	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assent_7.pdf	23/04/2019 18:13:14	Renata Maria dos Santos Celeghini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Responsaveis.pdf	22/04/2019 23:10:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis.pdf	22/04/2019 23:10:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_15.pdf	22/04/2019 23:10:16	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_11.pdf	22/04/2019 23:09:58	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Cronograma	Crono.pdf	25/03/2019 21:39:44	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Sau.pdf	06/02/2019 10:56:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ass.pdf	06/02/2019 10:56:28	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HC.pdf	06/02/2019 10:52:24	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/12/2018 00:43:07	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))