



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA
PERSPECTIVA DA LITERATURA E DE ESPECIALISTAS DA ÁREA**

Samia Abreu Oliveira

Brasília, 2012



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA
DA LITERATURA E DE ESPECIALISTAS DA ÁREA**

Samia Abreu Oliveira

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila Giardini Murta

Brasília, 2012

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília,
sob a orientação da Professora Doutora Sheila Giardini Murta.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr^a. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr^a. Alessandra Turini Bolsoni-Silva
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP

Prof^a. Dr^a. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília – UnB

Aos meus pais e a minha irmã, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Sheila, minha gratidão e admiração, por ter sido mais que uma orientadora de mestrado e sim uma grande mestra. Por me aceitar e apoiar com todas as minhas limitações e inconstâncias. Por ter me mostrado, com todas as suas habilidades, as delícias e os desafios da vida acadêmica. Por ser fonte de inspiração por sua competência e sensibilidade. Muito obrigada, devo a você as conquistas dos dois últimos anos.

Ao Pedro, meu querido padrinho. Obrigada por me “adotar” e me trazer tanta leveza e felicidade nessa terra seca e surpreendente. Devo a você a admiração pelo cerrado e a crença na vida no centro-oeste. Como já te disse, você e Sheila são fontes de inspiração de que vale a pena viver, arriscar, enfrentar, se deliciar, e tentar mais uma vez.

À Sarinha, minha irmã “chuchuda”, a pessoa que mais amo no mundo! Obrigada por seu amor incondicional, sua força e estímulo. Não há palavras, te amo muito!

Aos meus pais que tanto amo, Sônia e Santo, por me estimularem e acreditarem (sem titubear) que eu conseguiria e que deveria tentar sempre. Por me ensinarem que eu sou a única responsável pelos meus atos, e que por isso tenho de fazer o melhor que posso. E, por mostrarem que as coisas não são tão irreversíveis assim.

Aos meus avôs lindos, vovó Cleuza e vovô Ademar. Minhas fontes de amor infindáveis, obrigada por suas orações e palavras de consolo e força. Por me mostrarem que vale a pena continuar, estudar e ser alguém de bem. Amo muito vocês!

Aos tios Valdete e Roberto, meu pais intelectuais. Obrigada por sempre me apoiarem e acreditarem que eu conseguiria; por entenderem, de forma tão empática e sensível, minhas decisões e me estimularem a perseverar. Obrigada por todas as cartas, *emails* e alegrias que me ofereceram com cada palavra.

A todos os meus tios e primos que sempre me apoiaram e torceram para que tudo desse certo.

A tia Ceia e tio Waldemar, meus segundos pais, Tia Adriana e tio Waldimar, pelo exemplo de conquistas e determinação, Tia Soninha e tio Lidênio, pelas histórias e alegrias unindo a família, Tio Alexandre, pelo cuidado com o(a) vovô(ó) e por ficar atento a propostas de emprego, Tio Ademir, pelo amor sentido independente da distância, Tio Antônio, pelo carinho e sorriso sempre aberto em minhas visitas. Meus priminhos, pela alegria das brincadeiras e conquistas das primeiras palavras e primeiros passos e meus primões, pelo exemplo de integridade e maturidade.

À Carol, “Calorina”, minha irmã baiana de Brasília. Oh, amiga-irmã, por sua alegria, intensidade, carinho, cuidado e presença constante. Muito bom estar com você em nossos longos almoços e infindáveis conversas. Obrigada por ser muito mais que uma amiga nesses dias tão felizes e tão conturbados. E Dona Iracema, por seu estímulo e cuidado, com a “filha emprestada”.

Ao Pierre e Renato, meus amigos mais queridos, por serem a gargalhada sempre disponível, o colo quente e o puxão de orelha necessário. Meus companheiros do café da manhã de segunda, das compras de quinta, da pizza de domingo e da “terapia de choque” de todos os dias. Vocês iluminaram meus dias!

À Lígia, amiga “*cat*”. Sempre demais, linda, crítica e cuidadosa. Obrigada amiga por estar comigo, desde o início, e por ser essa companhia que me faz tão bem. Muito obrigada pelas revisões, dicas ergonômicas e as horas emprestadas durante as últimas madrugadas.

À Marineta (Marina) do meu coração. Que saudade! Obrigada amiga por tanta força e ajuda neste último ano, por ser minha presença honesta, assertiva e divertida. Agradeço pelas revisões minuciosas e histórias empolgantes.

À Ana, por suas palavras de estímulo, olhar atento e revisões na construção desta dissertação.

Ao Douglas, por ser companheiro, amigo e entendedor dos meus rompantes de humor, das variações que vão do “amarelo ao roxo”. Por todas as conversas, passeios, contos, textos lidos, discutidos, caronas, brigas e abraços. Obrigada por tão competente e minuciosamente me auxiliar na revisão desta dissertação. Você é alguém muito importante nessa minha vida de Brasília!

Aos meus amigos do PSIU. Que presente grandioso de Deus foi encontrar vocês logo no início. Por tudo que passamos juntos, pelos longos e divertidos almoços, pelas conversas que mais pareciam “terapia de grupo” no fim de tarde. Por me oferecerem a segurança de que poderia ligar e contar com cada um de vocês a qualquer hora.

À minha terapeuta, Cristina, por sua empatia, autenticidade, disponibilidade afetiva e interpretações ferozes e engraçadas. Obrigada por estar 100% comigo em nosso encontro semanal.

À Jakê e Val, pela presença real, mesmo que virtual e telefônica. Por estarem sempre presentes na minha vida, independente da distância que nos separa.

Às eternas Marias (Neili e Elizete) por suas orações e amor que transcende tempo e espaço. Obrigada Madá, por suas orações, palavras de conforto e almoços aos domingos.

Aos meus amados da UFJF, Carlinha, Elida, Chiara, Felipe, Artur e Caru e os da “Terra do Nunca” (Londres), Ricardo, Pira e Paulo. Por estarem presentes, torcendo e me apoiando com as eternas conversas telefônicas, *emails* e os risos incontidos.

Às minhas colegas de casa, quarto, sala e cozinha, Isa e Vanessa. Obrigada pelos “bons-dias”, conversas e confiança que tudo daria certo.

À Fê, por ser minha companheira de casa, de conversas, dos desafios acadêmicos, dos brigadeiros de fim de semana e da saudade de Minas.

À Dona Katia, Dona Tina e Dona Jane por cuidarem de mim nos momentos que compartilhamos casa, quintal e “comilanças”.

Aos meus colegas de mestrado, Cris, Leonardo, Jordana, Janaína, Bruno e Camila por contribuírem com seus questionamentos, sugestões durante os grupos de estudo, revisões e discussões de corredor.

Aos professores de disciplinas marcantes, como Profs. Drs. Jairo Borges e Ronaldo Pilati, por me ensinarem as peripécias da escrita científica. Ao Prof. Dr. Jacob Laros, por sua competência, destreza e paciência de ensinar jovens pesquisadores os detalhes da avaliação de programas. À Profa. Dra. Denise Fleith por sua habilidade criativa de ensinar conhecimentos

estatísticos tão precisos com tanta naturalidade e proximidade com a realidade. À Profa. Dra. Glauca Diniz, pela dedicação e correção criteriosa dos meus primeiros escritos.

Aos meus alunos de “Psicologia da Personalidade”, pelo envolvimento e motivação contagiantes. Por alegrarem minhas tardes de terça e quinta com seus questionamentos, resoluções criativas e trabalhos inovadores. Obrigada por reforçarem meu desejo de ensinar!

Aos pesquisadores da prevenção que foram entrevistados. Muito obrigada por abrirem suas casas, laboratórios e universidades. Agradeço por compartilharem suas histórias, inquietações e alegrias frente à vida acadêmica e a prevenção. Foi um privilégio estar com vocês!

Ao Pierre, Eudes, Marina, Karinne, Sarinha e Camile que me ajudaram com as transcrições. Obrigada pelo tempo e dedicação.

Aos amigos e familiares dos amigos (e dos amigos dos amigos) que me acolheram em suas casas durante as viagens para realizar as entrevistas e durante os congressos. Muito obrigada por abrirem seus lares, oferecerem seu tempo e serem suporte a essa jovem pesquisadora que queria desbravar o mundo com tão poucos recursos materiais.

Ao CNPq, pela bolsa de mestrado.

Aos colegas do grupo Saúde BRB, obrigada a todos por acreditaram no meu potencial como psicóloga. Obrigado ao Vanderley e a Alba por apostarem que eu poderia contribuir de alguma forma com seus grandes projetos. Por todos que participaram do grupo de manejo de estresse e confiaram suas alegrias e dificuldades. Aos aposentados por oferecerem sua larga experiência e darem credibilidade a uma jovem psicóloga. A minha querida Josi, por nossas conversas, seus conselhos e cuidado. A Ana Paula pelo zelo e carinho.

Aos meus clientes de terapia, por compartilharem suas histórias e corajosamente buscarem apoio para suportar e enfrentar o sofrimento. Recebam minha admiração e força!

Aos colegas e participantes do PPA. Minha gratidão por transformarem os desafios e dilemas em motivação para aprendizagem.

À querida Isolda, obrigada por toda confiança e disponibilidade incondicional oferecida. Estar perto de você é uma dádiva.

Aos professores que aceitaram fazer parte da minha banca, Dra. Júlia Becher-Maluschke, Dra. Alessandra Bolsoni-Silva e Dr. Ileno Costa. Obrigada por disponibilizarem seu tempo e experiência para enriquecer com suas sugestões e críticas a qualidade dessa dissertação.

Ao Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, em especial, Gemima, Sandra e Soraya, pelo auxílio a esta empreitada e paciência em atender minhas solicitações. À Profa. Dra. Terezinha Viana por sempre responder educada e assertivamente às minhas solicitações.

Ao DPP pelo auxílio às viagens e participação em congressos.

A Deus. Eu só posso dizer obrigado meu pai, por seu amor incondicional. Por ser o meu “Deus Proverá” a minha segurança e fé de dias melhores. Por me amar e cuidar com todas as minhas falhas e pela certeza de que o Senhor esteve sempre comigo. Louvado seja o teu nome!

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xiii
LISTA DE SIGLAS	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvii
APRESENTAÇÃO.....	xv
ARTIGO I.....	25
PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	25
Resumo	26
<i>Abstract</i>	26
Prevenção, saúde mental e a psicologia positiva: estrutura conceitual e suas relações ...	29
Contribuições do modelo bioecológico para a prevenção em saúde mental: fatores de risco e de proteção	33
Diferenças e semelhanças entre programas de promoção de competências e programas preventivos	37
Considerações Finais	40
Referências	41
ARTIGO II	46
O ESTADO DA ARTE DA PESQUISA EM PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	46
Resumo	47
<i>Abstract</i>	47
O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil.....	48
Método.....	54
Procedimentos de seleção e categorização dos estudos	54
Análise dos estudos de prevenção em saúde mental	56
Resultados.....	58
Discussão	64
Uma agenda estratégica possível para a pesquisa brasileira em prevenção em saúde mental	68
Referências	70
ARTIGO III.....	78

PROGRAMAS PREVENTIVOS BRASILEIROS: QUEM FAZ E COMO FAZ PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL?	78
Resumo	79
<i>Abstract</i>	79
Programas preventivos brasileiros: quem faz e como faz prevenção primária em saúde mental?	80
Método.....	82
Procedimentos de seleção e categorização dos estudos	83
Características do estudo	85
Tipo de prevenção primária.....	85
Delineamento e características da intervenção	85
Foco da intervenção	86
Avaliação dos resultados	86
Resultados.....	86
Perfil do pesquisador da prevenção em saúde mental no Brasil	87
Características das intervenções de prevenção primária em saúde mental	89
Discussão	102
Referências	109
ARTIGO IV	116
A PERSPECTIVA DOS ESPECIALISTAS SOBRE A PESQUISA EM PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	116
Resumo	117
<i>Abstract</i>	117
A perspectiva dos especialistas sobre a pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil.....	118
Método.....	120
Caracterização da amostra	120
Procedimentos de seleção da amostra e coleta de dados	121
Conteúdo das entrevistas e materiais	122
Análise dos dados	123
Resultados.....	123
A história dos pesquisadores e sua relação com a prevenção em saúde mental no Brasil.....	123
O ciclo da pesquisa em prevenção proposto pelos pesquisadores.....	125
A relação entre pesquisa e extensão nas universidades e as implicações para as intervenções preventivas.....	128

Recursos bioecológicos indicados como necessários para a construção de carreias na pesquisa em prevenção	131
Formação e competências necessárias para a atuação na pesquisa em prevenção	137
Desafios e perspectivas para a prevenção em saúde mental no Brasil	141
Considerações finais	143
Referências	146
CONCLUSÃO.....	151
ANEXOS	157

LISTA DE TABELAS

Algumas tabelas e figuras serão apresentadas em cores ao longo da dissertação, por uma questão didática. Entretanto, para a submissão dos artigos, as tabelas e figuras serão adaptadas às regras de publicação das revistas científicas.

Artigo II

Tabela 1: Temas dos estudos de prevenção em saúde mental.

Artigo III

Tabela 1: Características das intervenções de prevenção primária em saúde mental (N=25 artigos, 42 intervenções).

Artigo IV

Tabela 1: Desafios e alternativas para a implantação, avaliação e disseminação de programas preventivos.

LISTA DE FIGURA

Artigo I

Figura 1: Desenvolvimento do conceito de prevenção ao longo do tempo.

Figura 2: Equação da prevenção em nível individual (Albee, 1982) e nível ambiental (Elias, 1987).

Figura 3: Fatores de proteção à saúde mental organizados no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.

Figura 4: Relação entre programa de promoção de programa de prevenção em saúde mental.

Artigo II

Figura 1: Frequência de estudos de prevenção no Brasil.

Figura 2: O ciclo da pesquisa em prevenção no Brasil.

Artigo III

Figura 1: Mapa da filiação institucional dos pesquisadores de prevenção primária em saúde mental.

Artigo IV

Figura 1: O ciclo da pesquisa em prevenção segundo os pesquisadores brasileiros.

Figura 2: Relação pesquisa e extensão e as intervenções preventivas.

Figura 3: Recursos indicados pelos pesquisadores para o seu crescimento profissional como pesquisadores da prevenção.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Ata de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Anexo C - Roteiro semiestruturado de entrevista.

Anexo D – Figura do Ciclo da Pesquisa em Prevenção no Brasil.

Anexo E – Figura do Modelo Bioecológico de Recursos para pesquisadores da prevenção.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESPR – *European Society for Prevention Research*

FAPESP – Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo

FAPEMIG – Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais

FRAMES – *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Options, Empathy, Self-efficacy*

IB – Intervenção Breve

IOM – *Institute of Medicine*

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

UNFPA - *United Nations Population Fund*

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SRP – *Society for Prevention Research*

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A prevenção em saúde mental têm se mostrado uma alternativa eficaz, de menor custo quanto comparado aos gastos com tratamento de transtornos mentais e com resultados confiáveis na diminuição da incidência de desfechos negativos em saúde mental em todo o mundo. Entretanto, estudos específicos sobre intervenções preventivas em saúde mental no Brasil são escassos. O objetivo desta dissertação é identificar o estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil a partir da perspectiva da literatura e dos especialistas. Para tanto, foram desenvolvidos uma revisão conceitual e três estudos sequenciais. A revisão apresenta os principais conceitos e pressupostos teóricos relacionados à prevenção em saúde mental. Os resultados do estudo indicam ganhos conceituais e práticos com a ampliação da definição de saúde mental e de prevenção. Esses foram associados ao bem-estar, à psicologia positiva e a possibilidade de discussão dos fatores de risco e de proteção a partir do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humanos. O primeiro estudo foi uma revisão sistemática sobre o estado da arte de pesquisa nacional em prevenção em saúde mental e analisou os estudos nas etapas do ciclo de pesquisa em prevenção. O ciclo de pesquisa em prevenção pode ser descrito em seis grandes etapas: a identificação do problema, a localização de seus fatores de risco e proteção, o teste piloto da intervenção preventiva, o teste de eficácia, o teste de efetividade e a difusão. Foram localizados 4.131 artigos. Desses, 651 (15,76%), eram estudos de prevenção em saúde mental. Nessa categoria, as maiores ocorrências foram as de estudos exploratórios e fundamentação (256 artigos, 68,45%). Foram identificados apenas 31 artigos (8,29%) que descreviam programas e somente 2,94% (11 artigos) deles eram sistematicamente avaliados. O segundo estudo é uma revisão sistemática das características das intervenções preventivas sistematicamente avaliadas identificadas no estudo anterior,

acrescida por novas intervenções localizadas na literatura, além da identificação dos centros de pesquisa brasileiros que desenvolvem intervenções preventivas. Foram analisadas as características de 42 intervenções sistemáticas, identificadas em 25 artigos. As intervenções nacionais caracterizam-se por serem longas, com um número reduzido de sujeitos, realizadas semanalmente, e que tinham como objetivo o ensino de competências. Dentre as pesquisas avaliadas, 84% não realizaram *follow-up* e 88% não discutiram a relevância dos seus resultados para as políticas públicas. A análise dos centros de pesquisa indicou que os pesquisadores brasileiros são, em sua maioria, psicólogos, filiados a instituições públicas de ensino do sudeste brasileiro. O terceiro estudo analisou a perspectiva de especialistas, pesquisadores identificados nas revisões anteriores, sobre a pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil. Adotou-se um delineamento de estudo de casos múltiplos. Dez pesquisadores brasileiros, especialistas em prevenção, foram entrevistados. Os especialistas ressaltaram a etapa de validação de instrumentos de medida como um dos grandes desafios atuais da área. Os resultados desta dissertação indicam à descontinuidade da transformação de pesquisa básica, em intervenções e tecnologias preventivas, a falta de interlocução entre a produção acadêmica e as políticas públicas, a necessidade de investimento em medidas de avaliação e parceria com diversas áreas de conhecimento, para que os programas possam ser disseminados em larga escala.

Palavras-chave: prevenção, promoção de saúde, atenção básica, intervenção precoce, saúde mental.

ABSTRACT

The prevention of mental health have proved an effective alternative, lower cost as compared to costs with treatment of mental and reliable results in decreased incidence of adverse mental health outcomes worldwide. However, specific studies on preventive interventions in mental health in Brazil are scarce. The goal of this dissertation is to identify the state of the art research in mental health prevention in Brazil from the perspective of literature and experts. Thus, were developed a conceptual review and three sequential studies. The review presents mains concepts and theoretical assumptions related for prevention in mental health. The results of the study indicated conceptual and practical gains with the expansion of the definition of mental health and prevention. These were associated with well-being, positive psychology and the possibility of discussion of risk factors and protective from Bioecological Model of Human Development. The first study was a systematic review on the state of the art of national survey in mental health prevention and analyzed the studies on phases of the research in prevention. The research's cycle of prevention can be described in big six main steps: identifying the problem, the location and protection of its risks factors, the test pilot of preventive intervention, the efficacy test, the effectiveness test and the dissemination. In addition, 4131 articles were located. Of these, 651 (15.76%), were studies of mental health prevention. In this category, the most prevalent occurrence was about exploratory and theoretical studies (256 articles, 68.45%). Were identified only 31 articles (8.29%) describing programs and only 2.94% (11 articles) of them were systematically evaluated. The second study is a systematic review of the characteristics of preventive interventions evaluated systematically identified in the previous study, increased by the new interventions localized in the literature, beyond the identification of centers Brazilian's research that develop preventive interventions.

Were analyzed the characteristics of 42 systematic interventions identified in 25 articles. National interventions are characterized by long, with a small number of subjects, held weekly, and were aimed at teaching skills. Among the studies evaluated 84% did not undergo follow-up and 88% did not discussed the relevance of the results for public policy. The analysis of research centers indicated that Brazilian researchers are mostly psychologists affiliated with public institutions of the southeastern in Brazil. The third study examined the perspective of experts, researchers identified in previous reviews, for research on primary prevention in mental health in Brazil. We adopted a randomized study of multiple cases. Ten Brazilian researchers, prevention specialists were interviewed. These experts highlight the validation step of measuring instruments as one of major current challenges in the area. The results of this work indicate the discontinuity of transforming basic research into preventive interventions and technologies, the lack of interlocution between academic research and public policy, the need for investment in measures of assessment and partnership with various knowledge areas, so that programs can be disseminated on a large scale.

Keywords: prevention, health promotion, basic attention, early prevention, mental health.

APRESENTAÇÃO

Em setembro de 2006, comecei o estágio em Psicologia Comunitária. O estágio foi realizado em uma comunidade economicamente desfavorecida e exposta a vários riscos sociais, no subúrbio de Juiz de Fora (MG), cidade onde realizei minha graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Juiz de Fora. O estágio aconteceu especificamente na Unidade Básica de Saúde da comunidade, e os estagiários deveriam participar e realizar ações de prevenção em parceria com os profissionais da atenção básica. Meu primeiro contato foi com um grupo de adolescentes, quando um colega de estágio e eu fomos indicados a montar um grupo de promoção de direitos sexuais e reprodutivos. Vimos que o formato de palestras e discussão direta sobre o tema não funcionaria e, com o tempo e intimidade com os adolescentes, percebemos que a demanda era mais complexa.

Os adolescentes queriam falar de si, de suas dúvidas, medos e do que poderiam fazer para enfrentar tanta adversidade. Foi então que percebemos que deveríamos oferecer mais do que informação e nos lembramos das aulas de habilidades sociais e do livro “Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática”¹. Acreditávamos que eles poderiam ser beneficiados se aprendessem habilidades para conhecer seus sentimentos, identificar causas do próprio comportamento, ampliando sua capacidade de tomada de decisão e, quem sabe, alcançarem um desfecho mais saudável e bem sucedido, diferente do penoso futuro para o qual pareciam estar fadados. Assim o fizemos. Começamos rudimentarmente um treinamento de habilidades sociais para aqueles adolescentes. O método era a intuição, a técnica a criatividade, alicerçadas em uma adaptação ingênua das atividades do livro. O livro foi desenvolvido para crianças, mas, naquele momento, foi entusiasticamente realizado com adolescentes. Outros grupos com públicos-alvo distintos

¹ Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.

ocorreram durante o estágio, mas sempre com a tentativa inocente de fazer algo para que aquelas pessoas não adocessem mentalmente.

O estágio permaneceu dentro dos meus pensamentos. Lembro-me de voltar para casa me questionando o que de melhor poderia fazer por aqueles adolescentes. Não sabia ao certo o que estava fazendo, mas parecia bom, segundo os *feedbacks* de meus orientadores de estágio (profs. Drs. Telmo Mota Ronzani e Lélío Moura Lourenço). Entretanto, alguns questionamentos não me saíam da cabeça: “O que poderia oferecer àqueles adolescentes para evitar que suas histórias tivessem um desfecho diferente da maioria de seus pares (consumo/ou tráfico de drogas, gravidez precoce, baixa escolaridade, vítimas ou autores de violência doméstica e urbana...)? Ou como poderia contribuir para que, frente a tanta adversidade, eles se empoderassem (educação de qualidade, relacionamentos sadios e enriquecedores, alta autoeficácia, lócus de controle interno...)?” Não conseguia aceitar que minha única alternativa, frente àquela situação, fosse permanecer em uma sala e esperar que algum dia eles (ou seus pais) se tornassem meus clientes. De fato, o atendimento clínico tradicional tem muito valor, mas não conseguia concebê-lo como única possibilidade. Os adolescentes estavam expostos a uma situação de risco, mas estavam motivados e eu tinha recursos (mesmo que primários), e não poderia esperar que adocessem para cuidar. Não era justo, não me parecia ético.

Tal inquietação era a primeira semente da prevenção sendo plantada. Os questionamentos encontraram força e alimento nas aulas dos professores Mariza Consensa Rodrigues e Telmo Ronzani, bem como os artigos e livros de Almir e Zilda Del Prette, entre outros autores que tive acesso naquela época. Outros estímulos foram a motivação e os resultados de estudos de uma pesquisadora distante, que ouvi apresentar seus trabalhos durante um dos congressos da Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP, em 2006. Não sabia, mas iria reencontrar esta pesquisadora. Muitos fatos, viagens e novos conhecimentos

ocorreram após esse encontro, mas o incômodo e o interesse pela prevenção sempre estiveram presentes, como algo que parecia ainda incompleto. Uma lacuna a ser preenchida.

O ápice ocorreu algum tempo depois, ao visitar a UFSCar (Universidade Federal de São Carlos – SP) e os professores Zilda e Almir Del Prette, na tentativa de aproximar habilidades sociais (outrora tão úteis) e prevenção em saúde mental. Lá reencontrei a jovem pesquisadora do congresso da SBP, a professora Dra. Sheila Giardini Murta. Na ocasião, participei como aluna especial da disciplina “Avaliação de Programas Preventivos”, ministrada por ela. O conhecimento compartilhado pela professora Sheila ampliou a minha possibilidade de sistematizar a prática preventiva (que tanto me encantava e me prendia a atenção) e a necessidade de buscar evidências dos resultados. Evidências que fossem além de minha prática bem intencionada, mas imatura cientificamente.

Algum tempo depois, a professora Sheila Murta se tornou minha orientadora, passei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB (Universidade de Brasília) e investi meus dois últimos anos no estudo da prevenção em saúde mental. O estudo teve como desdobramento alguns alcances práticos, acadêmicos e esta dissertação.

Esta dissertação, construída em quatro artigos, tem como primeiro grande objetivo apresentar e avaliar as melhores evidências da pesquisa brasileira em prevenção em saúde mental, por meio de revisões sistemáticas da literatura. O segundo objetivo é descrever o que os pesquisadores, que são referência no tema, indicam para a área e discutir possíveis caminhos para o avanço da prevenção no Brasil, por meio do estudo de casos múltiplos.

Inicialmente, o foco desta dissertação era realizar uma revisão robusta da literatura internacional e uma revisão da literatura nacional. Existia a hipótese de que a literatura nacional seria escassa de material para análise. Durante o mestrado, a aproximação e

fascínio com a área demandou uma revisão ampla da nossa literatura, reforçada pela constatação de ausência de sistematização da produção nacional e a necessidade de conhecer a própria casa. Afinal, se os efeitos são tão bons, queria ver como isso funciona no meu país.

O *Artigo um* é um estudo teórico conceitual. O estudo destaca a relevância social do tema ao indicar os principais dados epidemiológicos de transtorno mental, no Brasil e no mundo, e os gastos das nações no tratamento de transtornos mentais. Em seguida, apresenta a evolução do conceito de prevenção e de saúde mental, bem como suas relações com a psicologia positiva ao incluírem os estudos das competências humanas no entendimento da saúde. O artigo inclui em suas discussões as relações dos fatores de risco e proteção para o entendimento da prevenção e propõem uma compreensão desses fatores nos quatro níveis contextuais propostos pelo Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Por fim, o estudo discute semelhanças e diferenças entre os programas de prevenção e promoção de saúde e as implicações para a implantação e avaliação desses programas.

O *Artigo dois* é um estudo sobre o estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil. O estudo realiza uma ampla busca e análise de todos os artigos, que citam o termo prevenção, publicados em duas grandes bases de dados brasileiros. Este é um estudo de mapeamento sistemático da pesquisa em prevenção no Brasil, em que os dados vão indicando categorias de análise e delineando o estado da arte. Em adição, os estudos encontrados são organizados no ciclo de pesquisa em prevenção, o que permite visualizar em que estágio se encontra a pesquisa brasileira e quais seriam os próximos passos. Para tanto, o artigo inclui uma agenda de pesquisa, apresentando áreas de investimento para os avanços da pesquisa em prevenção.

O *Artigo três* é uma revisão sistemática dos programas brasileiros de prevenção primária. Este estudo é um desdobramento do *Artigo 2*, pois inclui uma análise aprofundada dos programas sistematicamente avaliados, localizados na revisão anterior, acrescido por novos programas identificados. O estudo localiza os centros de pesquisa brasileiros com publicações contínuas em prevenção e avalia minuciosamente as características das intervenções preventivas. A discussão é guiada pelas implicações dos resultados para a prática de profissionais que poderão atuar preventivamente. Outra discussão é a implicação desses resultados para a tomada de decisão de gestores das políticas públicas e de organizações privadas.

O *Artigo quatro* é um estudo baseado na experiência e indicações de pesquisadores brasileiros da área de prevenção. Os pesquisadores foram identificados nos artigos 2 e 3 como especialistas ao apresentarem publicação contínua para a área. Por meio de uma entrevista, os pesquisadores narraram a sua história com a prevenção, listaram os recursos que os auxiliaram em sua caminhada de pesquisadores e discutiram a formação de profissionais para atuarem, ativamente, com a prevenção. A partir das suas experiências, apresentaram, também, as principais dificuldades da área e sugeriram algumas estratégias de enfrentamento. O artigo passa por todas essas etapas da entrevista e conclui listando ações para uma agenda de pesquisa para a prevenção, proposta pelos especialistas.

Por último, a conclusão da dissertação, que indica algumas notas para o avanço da pesquisa em prevenção no Brasil. Tais notas foram construídas a partir de resultados dos quatro artigos desta dissertação, e incluem desde implicações teóricas e conceituais, até indicações em políticas da ciência brasileira. Outras implicações perpassam por sugestões metodológicas para a implantação e avaliação de intervenções preventivas, formalização de parcerias entre pesquisadores e revisão do ensino da prevenção.

Espero que esta dissertação ou seus desdobramentos possam ser úteis para diferentes tipos de leitores, sejam eles: acadêmicos, gestores ou “fazedores de políticas”. Desejo que a leitura destes artigos suscite reflexões, motivação e críticas, e que essas possam contribuir para o crescimento profissional e pessoal dos leitores, como fez comigo.

ARTIGO I

**Prevenção primária em saúde mental: pressupostos teóricos e
conceituais**

Resumo: Os transtornos de saúde mental são um problema de saúde pública em todo o mundo, com altos custos para os países e sofrimentos aos portadores e familiares. A prevenção em saúde mental têm se mostrado eficaz como alternativa a esse cenário alarmante. O objetivo deste estudo é apresentar os principais conceitos e pressupostos teóricos relacionados à prevenção em saúde mental por meio de três discussões centrais. A primeira é a ampliação da definição de saúde mental, inserindo características de bem-estar, e a compreensão de prevenção que incluir a promoção de competências, ambos apoiados pela psicologia positiva. A segunda é a identificação de fatores de risco e proteção a partir do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Por fim, é proposto um modelo integrativo entre os programas preventivos e de promoção.

Palavras-chave: saúde mental, prevenção, promoção de saúde, programas preventivos.

Abstract: Mental health disorders are a public health problem worldwide, with high costs for countries and suffering to patients and families. Prevention on mental health has been proved efficacy as an alternative to its alarming scenario. The goal of this study is to present the main concepts and theoretical assumptions related to prevention on mental health through three central arguments. The first is the expansion of the mental health definition, inserting wellness features, and understanding prevention that includes skills promotion, both supported by positive psychology. The second issue is the identification of protective and risk factors from the Bioecological Model of Human Development. Finally, we propose an integrative model of preventive programs and promotion programs.

Keywords: mental health, prevention, health promotion, prevention programs

Prevenção primária em saúde mental: pressupostos teóricos e conceituais

Mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de algum transtorno mental. Estima-se que em 2020 os transtornos neuropsiquiátricos serão responsáveis por 15% das incapacidades mundiais e a depressão será responsável por 5,7% da soma de anos potenciais de vida perdidos (*World Health Organization - WHO, 2004*). Semelhantemente, doenças mentais afetam um em cada quatro adultos na Europa, estando na origem da maior parte das 58.000 mortes anuais por suicídio. Nove dos dez países com as maiores taxas de suicídio são europeus (*WHO, 2011*).

Na América Latina e Caribe, um estudo epidemiológico da década de 90 previu que os transtornos neurológicos e psiquiátricos explicavam 8,8% dos anos de vida perdidos (*Murray & Lopez, 1996*). Em 2002, esse total havia subido para 22,2% da população, mais que o dobro da década anterior (*Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade & Caraveo-Anduaga, 2005*). No Brasil, 3% da população necessitam de cuidados contínuos, ou seja, cerca de 5 milhões de brasileiros sofrem de algum transtorno mental severo e persistente, acrescido de 9% da população que utiliza os atendimentos eventuais, totalizando 20 milhões de pessoas (*Brasil, 2003*).

Em acréscimo, os custos econômicos dos transtornos mentais são consideráveis. Estima-se que a União Européia gaste cerca de 3% a 4% do seu produto interno bruto com a saúde mental, considerando as perdas de produtividade e os encargos adicionais aos sistemas de saúde, educação, justiça e social (*Commission of the European Communities, 2005*). Na Austrália são gastos, anualmente, cinco bilhões de dólares em saúde mental, e a previsão é que esse número passe de 12 bilhões em 2033 (*Gross, 2008*). No Brasil, em 2006, 136 milhões de reais foram investidos nas redes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e mais de 800 milhões de reais em hospitais psiquiátricos (*Brasil, 2006*).

O impacto não é apenas econômico é também emocional e social. Os transtornos mentais representam um elevado custo emocional, tanto para a pessoa, quanto para familiares/cuidadores e para os setores governamentais (Mihalopoulos, Vos, Pirkis & Carter, 2011). Estudos têm mostrado que os problemas em saúde mental e problemas comportamentais na infância, não prevenidos, podem levar a profundas e duradouras consequências sociais e econômicas, como, por exemplo, problemas judiciais, desemprego e dificuldades de relacionamento (Zechmeister, Kilian & McDaid, 2008). Exemplos são os desdobramentos do comportamento antissocial na infância, caso não seja prevenido. Estudos afirmam que crianças com comportamento antissocial tendem a abandonar a escola cedo e que 40% delas terão problemas na idade adulta (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001). Os dados apresentados nesse estudo afirmam que 90% dos ofensores adultos apresentaram transtorno de conduta na infância e que na idade adulta não conseguem empregos qualificados, apresentam relacionamentos violentos, têm poucos amigos e por consequência, pouca participação na sociedade.

Como alternativa efetiva frente aos altos custos financeiros, emocionais e sociais dos transtornos mentais, a prevenção primária em saúde mental têm ganhado destaque como uma prioridade da saúde pública (WHO, 2004). Um exemplo de evidência da efetividade de intervenções preventivas foram os resultados de uma revisão sistemática de programas de prevenção primária para desfechos negativos à saúde mental de crianças, adolescentes e adultos (Doughty, 2005). A revisão avaliou 125 programas e verificou que as intervenções analisadas alcançaram resultados significativos na redução de fatores de risco, no fortalecimento de fatores de proteção, na diminuição dos sintomas psiquiátricos e na incidência de alguns transtornos mentais, bem como melhora na saúde mental.

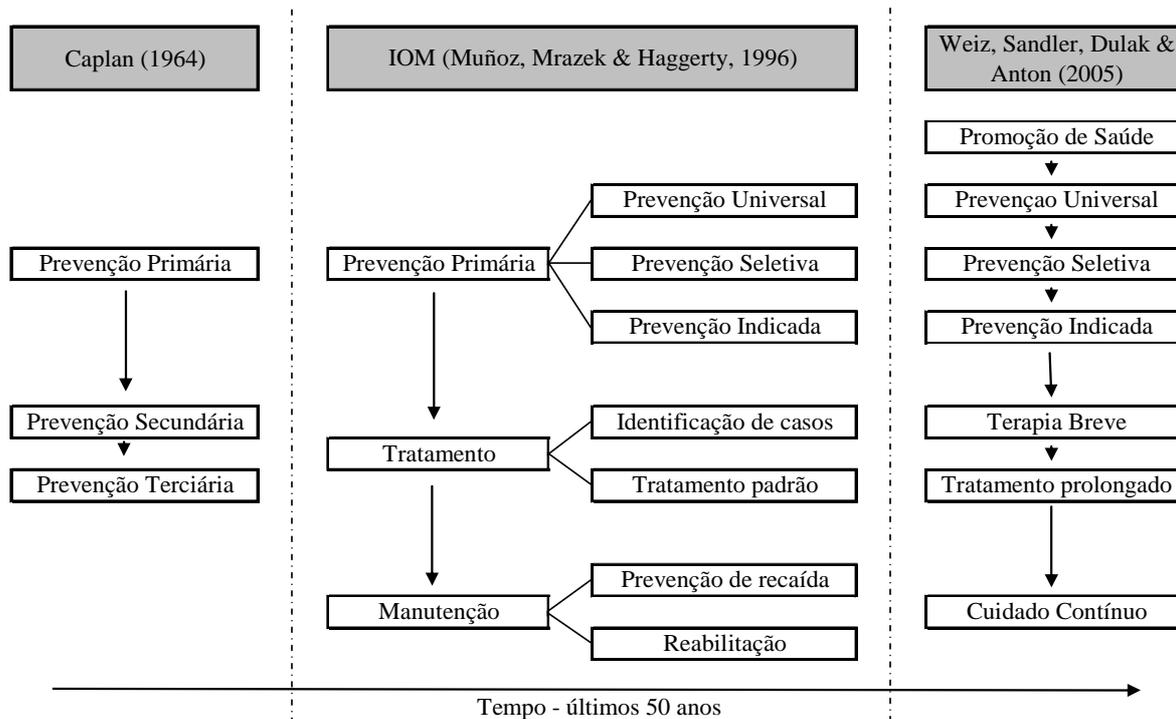
Prevenção, saúde mental e a psicologia positiva: estrutura conceitual e suas relações

O conceito de prevenção vem sofrendo revisões ao longo do tempo. A primeira conceituação de grande repercussão foi a definição de Caplan, em 1964, que subdividiu a prevenção em três seguimentos: prevenção primária, secundária e terciária (Dalton, Elias & Wandersman, 2007). Nesse modelo a prevenção primária se referia a uma intervenção oferecida a toda população com o objetivo de diminuir a ocorrência de novos casos ou, na linguagem da saúde pública da época, reduzir a incidência de transtornos. A prevenção secundária seria a intervenção oferecida à população que vem mostrando sinais iniciais de transtornos ou dificuldades. Outro termo utilizado era intervenção precoce. Prevenção terciária seria a intervenção oferecida aos que apresentam um transtorno diagnosticado, com a intenção de limitar a incapacidade causada por esse, reduzindo sua intensidade e duração e, portanto, prevenindo futuras recorrências ou complicações adicionais.

Esse modelo foi alvo de muitas críticas ao longo dos anos, sendo revisto pelo *Institute of Medicine* - IOM, nos Estados Unidos (Muñoz, Mzarek & Haggerty, 1996). A revisão propôs a renomeação de prevenção secundária como tratamento, uma vez que existiria um transtorno mental já diagnosticado e a prevenção terciária passou a ser entendida como serviço de reabilitação ou manutenção. Uma contribuição relevante desse modelo foi a inclusão de métodos e medidas de prevenção primária conforme a exposição da população ao risco. Assim, a prevenção primária foi subdividida em prevenção universal, que são intervenções oferecidas a toda população; prevenção seletiva, que é direcionada para pessoas que estão expostas a um risco acima da média normal para desenvolverem transtornos mentais; e prevenção indicada, aplicada àqueles que apresentam sintomas precoces de transtornos, embora não tenham critérios completos para um diagnóstico.

Mesmo reconhecido por suas contribuições, o modelo do IOM foi posteriormente revisto (Figura 1). O atual modelo (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005) é caracterizado por ser um desenho integrativo, que incluiu a promoção de saúde como parte da prevenção. Deste modo, a promoção foi entendida como uma área específica. Outra contribuição do modelo é o destaque de uma conexão dinâmica entre promoção, prevenção e tratamento. Segundo este, o objetivo das intervenções de promoção de saúde é desenvolver habilidades e oferecer recursos para o sujeito enfrentar adversidades pessoais e contextuais. A prevenção tem como foco a redução dos riscos de aparecimento de problemas e inclui os níveis de exposição ao risco (universal, seletiva e indicada). O tratamento refere-se à assistência àqueles que já apresentam o diagnóstico de um transtorno mental, podendo ser oferecidos serviços de terapia breve ou terapia de longa duração, conforme a gravidade do diagnóstico. O modelo reconhece e valoriza a promoção, a prevenção e o tratamento como estratégias complementares que poderão se sobrepor em suas ações.

Figura 1: Desenvolvimento do conceito de prevenção ao longo do tempo



Em harmonia com as revisões dos modelos de prevenção, o conceito de saúde mental, mais recente, inclui características positivas em sua definição. Assim, a saúde mental não é, meramente, a ausência de doença mental, mas a presença de “um estado de bem-estar no qual o indivíduo utiliza as suas capacidades, lida com o stress normal da vida, trabalha de modo produtivo e frutífero e contribui para a comunidade” (WHO, 2004, pp. 12). Essa definição vai ao encontro da compreensão de saúde mental que destaca o bem-estar (Keyes, 2007). Nessa compreensão existem dimensões psicossociais que são primordiais à percepção de saúde mental. Essas dimensões estão relacionadas à presença de emoções positivas, como esperança, entusiasmo e interesse pela vida; à qualidade de vida percebida, como satisfação em vários domínios da vida; ao funcionamento psicológico positivo, com autonomia, relações interpessoais significativas e autoaceitação, por exemplo; e, por último, ao funcionamento social positivo, com características como, por exemplo, senso de pertencimento e valorização das diferenças.

A compreensão de saúde mental que inclui características de bem-estar vem sendo respaldada pela teorização e pesquisa em psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Com o surgimento da psicologia positiva, as virtudes humanas como esperança, criatividade, coragem, sabedoria, espiritualidade e felicidade, passaram a ser objetos de investigação científica, demandando a elaboração e avaliação de práticas promotoras e preventivas em saúde mental, para além de intervenções remediativas e de tratamento (Passarelli & Silva, 2007; Paludo & Koller, 2007). A principal contribuição dada à prevenção pela psicologia positiva são os estudos em promoção de competências, como criatividade (Dias & Enumo, 2006) e habilidades sociais (Braz, Del Prette & Del Prette, 2011; Bolsoni-Silva & Marturano, 2010; Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008), por exemplo. O desenvolvimento de competências age como um fator de proteção contrário ao surgimento de transtornos mentais, uma vez que oferece à população que

participa da intervenção, recursos positivos e estratégias de enfrentamento para o seu desenvolvimento saudável.

A associação entre prevenção e psicologia positiva, embora recente, alcança respaldo em equações propostas há aproximadamente três décadas (Dalton, Elias & Wandersman, 2007). Um dos percussores dos estudos em prevenção, George Albee (1982), propôs uma equação para o entendimento da prevenção de desfechos negativos em saúde mental. Segundo a equação proposta por Albee o risco à saúde mental seria aumentado pelas experiências de estresse individual e vulnerabilidades genéticas, e seria diminuído pelas habilidades que o indivíduo possui de enfrentamento (*coping*), percepção de rede de apoio e ter autoestima positiva. A equação foi ampliada ao nível ambiental por outro pesquisador da prevenção (Elias, 1987). Essa nova equação indica que o risco é aumentado em função dos estressores e fatores de risco do ambiente e diminui quando os processos protetores são aumentados, como práticas de socialização positiva e engajamento social. Assim, a saúde mental seria mais bem entendida pela combinação de fatores em níveis individual e ambiental (Figura 2).

Figura 2: Equação da prevenção em nível individual (Albee, 1982) e nível ambiental (Elias, 1987)

Albee:

$$\text{Psicopatologia} = \frac{\begin{matrix} \uparrow \\ \downarrow \end{matrix}}{\text{Estressores + Vulnerabilidades genéticas} / \text{Auto-estima + Rede de Apoio + Enfrentamento}}$$

Elias:

$$\text{Psicopatologia} = \frac{\begin{matrix} \uparrow \\ \downarrow \end{matrix}}{\text{Estressores + Fatores de risco ambientais} / \text{Práticas de Socialização Positivas + Rede de Apoio + Pertencimento e Engajamento Social}}$$

Nas equações, a relevância de se investir na ampliação de fatores positivos é urgente. Coerente com a psicologia positiva e os conceitos de saúde mental e de prevenção recentes, a diminuição de estressores e fatores de risco ambientais não é o suficiente para

evitar o desenvolvimento de psicopatologias, é necessário o desenvolvimento de competências e suporte social. Evidências dessa relação foram observadas no estudo de promoção de habilidades de vida (*Life Skills Training*), avaliado com delineamento experimental e oferecido a 4858 estudantes (Botvin, Griffin & Nichols, 2006). Os resultados do estudo indicaram que os estudantes que passaram pelo *Life Skills Training* apresentaram menor probabilidade de se envolverem em situações violentas, desenvolverem respostas agressivas e comportamentos definidos como delinquentes quando comparados aos adolescentes que não passaram pela intervenção. Para que a incidência de desfechos negativos em saúde mental seja reduzida é necessário um trabalho conjunto, cujos objetivos sejam minimizar os fatores de risco (indicados na Figura 2 pela parte superior) e maximizar os fatores de proteção (parte inferior).

Contribuições do Modelo Bioecológico para a prevenção em saúde mental:

fatores de risco e de proteção

Fatores de risco são as características ou variáveis que, se presentes em um contexto, tornam pessoas ou grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de desfechos negativos em saúde mental, enquanto os fatores de proteção modificam ou diminuem os efeitos dos fatores de risco (Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010; Dalton, Elias & Wandersman, 2007). Os fatores de risco e proteção podem ser pessoais ou ambientais, podendo estar associados desde funções cognitivas mais básicas à cultura de uma nação. Exemplos de fatores de risco para a saúde mental seriam, por exemplo, habilidades sociais pobres, estilo de enfrentamento negativo, baixa autoestima e baixa autoeficácia, negligência e maus tratos, exposição à miséria e violência na comunidade (Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010). Já, os fatores de proteção à saúde mental estão relacionados, por exemplo, às diversificadas habilidades sociais, sucesso escolar,

autoconceito positivo, participar de uma comunidade acolhedora, ter práticas educativas parentais saudáveis e suporte social (Murta, 2007).

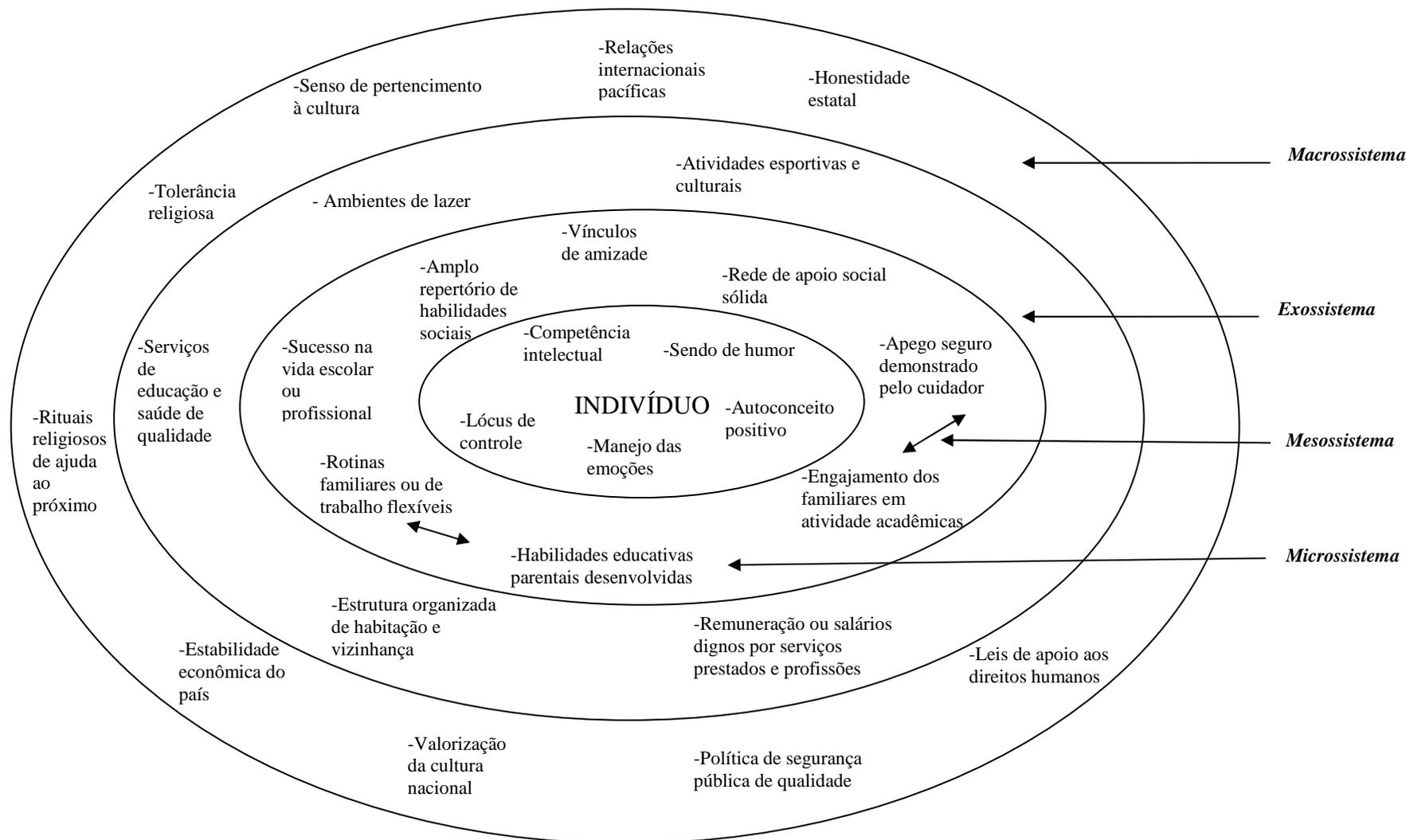
O entendimento de fatores de risco e proteção como influências internas e externas ao comportamento pode ser compreendido por meio do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. O modelo, proposto por Bronfenbrenner (1996), destaca que os fatores presentes em diferentes ambientes não atuam de forma independente e o desenvolvimento saudável dos indivíduos é resultado dessa relação entre os fatores. Para tanto, o desenvolvimento é influenciado por relações recíprocas progressivamente, mais complexas em que o sujeito é um ser ativo. Bronfenbrenner nomeou essas relações de processos proximais. Para organizar essas relações, outro aspecto importante é o tempo, que é o organizador social e emocional das relações entre indivíduos e dos indivíduos com o seu ambiente, pois considera as mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida e os eventos do contexto histórico e cultural.

O contexto, segundo o modelo bioecológico, caracteriza-se pela interação de cinco níveis ambientais: microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema (Narvaz & Koller, 2004). O microssistema é onde está o indivíduo e seus fatores, como a genética e características pessoais e suas relações, como a família, escola, trabalho e vizinhança. O mesossistema refere-se às relações entre dois ou mais microssistemas, como, por exemplo, a influência das regras parentais na escola e vice-versa, ou o tempo investido no trabalho e em atividades de lazer com a família. No exossistema estão as estruturas sociais formais e informais que o indivíduo não participa ativamente, mas, que de alguma forma, é influenciado por elas. Por exemplo, a rede social profissional dos pais, a organização de recursos da comunidade em que a família habita. O macrosistema é o nível mais amplo das relações e engloba os outros três sistemas. Neste, estão inseridas os valores culturais, crenças, religiões e modelo de governo. Mudanças

econômicas que causem desemprego ou ascensão de classes sociais, preconceitos ou tolerância frente a determinados comportamentos, são alguns exemplos da influência do macrossistema no desenvolvimento do indivíduo. No último sistema, o cronossistema, encontram-se os acontecimentos históricos. Assim, fatores de risco e proteção à saúde mental identificados em estudos anteriores (Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010; Murta, Del Prette & Del Prette, 2010; Silveira, Silvares & Marton, 2003) podem ser organizados conforme os sistemas propostos por Bronfenbrenner (Figura 3).

Visualizar os fatores de risco e proteção em todos os sistemas amplia o escopo das ações de prevenção. Intervenções focadas na promoção de competências pessoais (fatores de proteção) para a prevenção de desfechos negativos (fatores de risco) em saúde mental poderiam ter seus resultados potencializados se agregarem ações de desenvolvimento de serviços da comunidade e das políticas públicas, por exemplo.

Figura 3- Fatores de proteção à saúde mental organizados no Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano



Coerente com essa aproximação entre fatores de risco e proteção e o modelo bioecológico, as intervenções preventivas mais eficazes são aquelas que agem simultaneamente em diferentes sistemas (Romano & Hage, 2000). Um exemplo é “*Communities That Care*” (Brooke-Weiss, Haggerty, Fagan, Hawking & Cady, 2008), programa direcionado à promoção de fatores de proteção e prevenção de fatores de risco para reduzir problemas de comportamento entre jovens, incluindo uso de substâncias e delinquência. A organização do programa é baseada na mobilização de pessoas relevantes para a comunidade e colaboradores na implementação das ações. Entre os colaboradores e participantes do programa estão: os pais dos adolescentes, as escolas e os líderes comunitários. O programa já foi implantado em 24 comunidades aleatoriamente distribuídas e seus resultados indicam que os jovens, inseridos nas comunidades participantes, tinham a probabilidade de fazerem uso abusivo de álcool 32% menor em comparação com os que não participaram e 25% menos chance de se envolverem em problemas de comportamento delincente. Assim, intervir, preventivamente, seria implantar ações para minimizar os fatores de risco e potencializar os fatores de proteção em todos os níveis do sistema proposto por Bronfenbrenner.

Diferenças e semelhanças entre programas de promoção de competências e programas preventivos

Os programas preventivos são “intervenções intencionalmente designadas a reduzir a futura incidência de problemas de ajustamento em populações normais, assim como a promoção de funcionamento mental saudável” (Durlak & Wells, 1997, p 118). Expandido à saúde mental, programas de prevenção primária dizem respeito às intervenções que visam reduzir a ocorrência de problemas futuros de ajustamento e promover a construção de competências associadas à saúde mental. As intervenções preventivas, em geral, focalizam ou os fatores de risco ou os de proteção, de acordo com as estratégias adotadas.

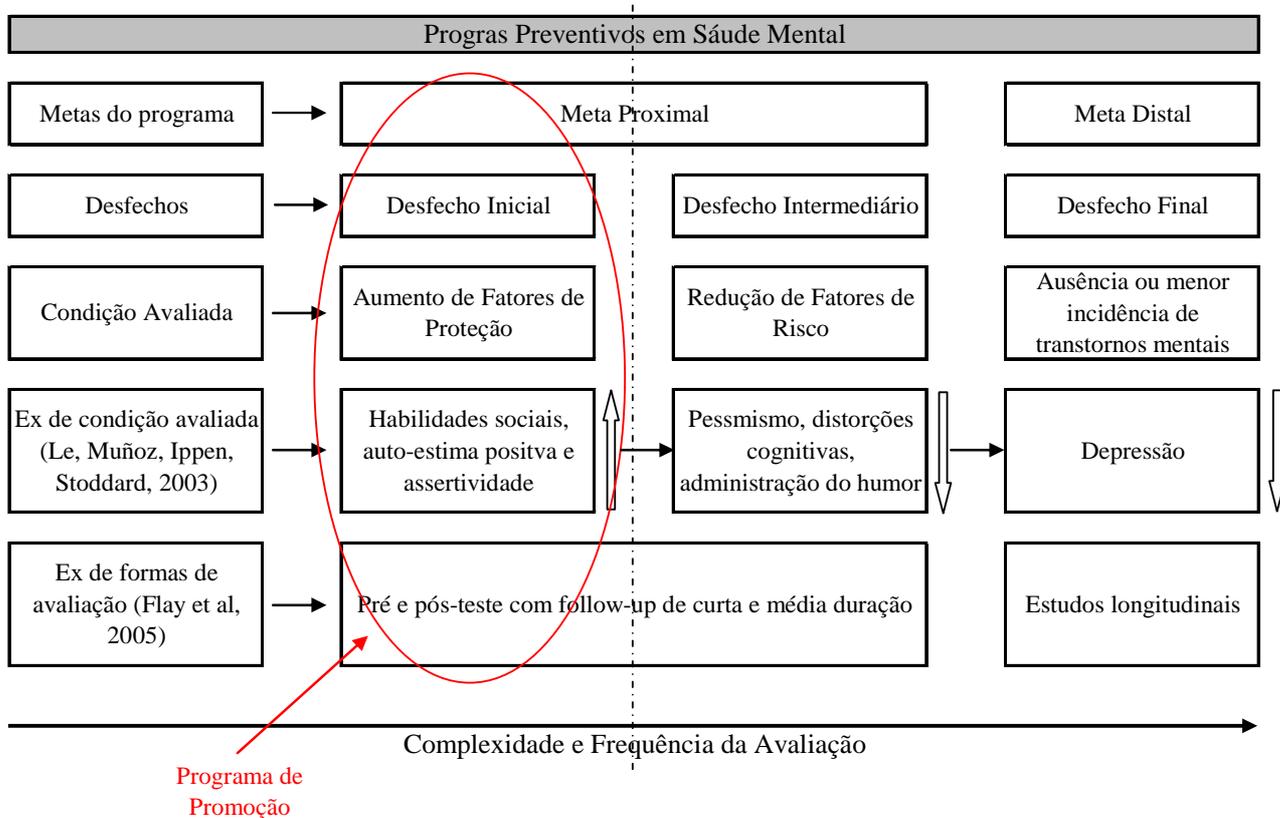
Entretanto, como discutido, as intervenções consideradas mais eficazes são aquelas que atuam simultaneamente nos dois pólos (Cowen, 2000).

Revisões de promoção de competência e de prevenção apresentam similaridades e sobreposições. Evidências empíricas têm comprovado que os mesmos fatores de risco e proteção são preditores de problemas de comportamento e são também preditores de desfechos positivos em saúde mental (Catalano, Hawkins, Berglund, Pollard & Arthur, 2002). O resultado de uma revisão, que analisou 25 programas de desenvolvimento positivo para adolescentes, indicou que os programas avaliados afetavam, simultaneamente, o aumento de fatores de proteção e diminuição de fatores de riscos para desfechos em saúde mental (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2004). Uma vez que intervenções de promoção e prevenção podem ter a mesma base, é esperado que uma intervenção de promoção pudesse ter benefícios em longo prazo na prevenção em saúde mental. Portanto, a relação entre as intervenções focadas nos fatores de risco e nos fatores de proteção pode gerar uma confusão conceitual entre a diferença de programas de promoção de competência e programas de prevenção.

A diferença entre os programas de prevenção e de promoção estaria na escolha das variáveis avaliadas e no tempo de avaliação de seus resultados (Flay, Biglan, Boruch, Castro, Gottfredson et al, 2005). Para que um programa seja preventivo, este deve ter claro quais são as variáveis negativas (desfechos em saúde mental) avaliadas e qual o intervalo de tempo necessário para mensurar os resultados da intervenção na prevenção da variável (Figura 4). Por exemplo, o sexismo e o heterossexismo são fatores de risco para a saúde mental (Murta, Del Prette & Del Prette, 2010). Assim, um programa preventivo pode ter como condição promovida à assertividade para a prevenção de sexismo e heterossexismo entre adolescentes, por exemplo. Se a variável avaliada for a assertividade, e os resultados indicarem um aumento na frequência dessa habilidade, pode-se afirmar que o programa

apresentou efeitos na promoção de assertividade, mas não poder-se inferir que preveniu comportamentos sexistas e heterossexistas. Para que a mesma intervenção fosse considerada preventiva destes fatores de risco a saúde mental, seria necessário avaliar a ocorrência de comportamentos sexistas ou heterossexistas, ao longo do tempo, por exemplo, e verificar se o comportamento não ocorreu ou sua frequência foi reduzida, após o ensino da assertividade.

Figura 4: Relação entre programa de promoção e programa de prevenção em saúde mental



A sobreposição, promoção e prevenção, incluem os conceitos de meta proximal e meta distal (Durlak & Wells, 1997). As metas proximais são efeitos observados nos fatores de risco e nos fatores de proteção, sejam esses efeitos na não ocorrência ou na diminuição da frequência de fatores de risco comportamentais, cognitivos ou sociais que possam ter desdobramentos em desfechos negativos em saúde mental e no aumento dos fatores de

proteção. As metas distais são os efeitos em estados psicopatológicos, como o desenvolvimento de transtornos mentais (Manz, Junge, Neumer & Margrat, 2001; Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2000). Assim, as intervenções preventivas podem ter como foco a prevenção de fatores de risco à saúde mental ou a prevenção de transtornos mentais específicos. Como condições para o alcance das metas proximal e distal estão as intervenções que visam promover competências. A relação entre intervenções de promoção e prevenção é nítida e solicita uma parceria entre profissionais de diversas áreas para a implantação e avaliação de intervenções preventivas.

Considerações finais

Tendo em vista o sofrimento dos portadores de transtornos mentais e os gastos do estado com tratamento, o investimento em estratégias de prevenção primária em saúde mental é atual e urgente. O artigo visou elucidar os pressupostos teóricos e conceituais básicos para a compreensão da prevenção em saúde mental sob a ótica do modelo bioecológico. Espera-se que o entendimento desses conceitos e suas relações possam estimular ações preventivas no Brasil. Para tanto, ressalta-se a importância da inclusão de características positivas na compreensão de saúde mental, bem como a inserção da promoção de competências na implantação de programas preventivos. Outro destaque é a necessidade de elaborar intervenções que incluam múltiplos contextos, priorizando intervenções com técnicas e abordagem multimodais, preferencialmente, desenvolvidas por equipes interdisciplinares.

Dentre as implicações desse novo olhar sobre a prevenção em saúde mental, o pressuposto de compromisso ético deve ser prioridade. Tal ética pode ser revelada por meio do envolvimento de políticos, acadêmicos e gestores em prol da comunidade e da

justiça social. Esse compromisso pode ser desenvolvido por meio de ações com o foco na saúde da população e na disponibilidade de recursos para o seu bem-estar.

Referências

- Albee, G (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Brasil. Ministério da Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Coordenação de Saúde Mental (2003). *O vínculo e o diálogo necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília-DF: Retirado de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Coordenação de Saúde Mental (2006). *Saúde mental em dados 3*. Brasília-DF: Retirado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/2006_SMD_03.pdf
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M, (2010). Evaluation of group intervention for mothers/caretakers of kindergarten children with externalizing behavioral problems. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 411-417.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, 1, 19-27.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. & Nichols, T. D. (2006). Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*, 7: 403-408.
- Braz, A. C., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. (2011). Assertive Social Skills Training for elderly: evaluation under a placebo design. *Psicología Conductual*, 19, 373-387.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1979)
- Brooke-Weiss, B., Haggerty, K. P., Fagan, A. A., Hawkins, J. D. & Cady, R. (2008). Creating community change to improve youth development: The Communities That Care (CTC) system. *The Prevention Researcher*, 15, 21–24.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: research finding on evaluations of positive youth development programs. *American Academy of Political and Social Science*, 591, 98-124.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., S. D., Pollard, J. A. & Arthur, M. W. (2002). Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31, 230-239.
- Commission of the European Communities (2005). *Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruxelas, Bélgica. Retirado de:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- Cowen, E. L. (2000). Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, 28, 5-16.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: linking individuals and communities*. Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- Dias, T. L. & Enumo, S. R. F. (2006). Criatividade e dificuldade de aprendizagem: avaliação com procedimentos tradicional e assistido. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 69-78.

- Doughty, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults: a critical appraisal of the literature. *New Zealand Health Technology Assessment Report*, 8, 7-12.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-142.
- Elias, M. (1987). Establishing enduring prevention programs: advancing the legacy of Swampscott. *American Journal of Community Psychology*, 15, 539-553.
- Eriksson, I., Cater A., Andershed A. & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 477–482.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R., Castro, F. G., Gottfredson, D., et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Goss J. (2008). *Projection of Australian health care expenditure by disease, 2003 to 2033*. Australian Institute of Health and Welfare: Canberra
- Greenberg, M. T, Domitrovich, C. & Bumbarger, B (2000). Preventing mental disorders in school-age children: a review of the effectiveness of prevention programs. *Center for Mental Health Services (CMHS)/Substance Abuse Mental Health Services Administration/ U.S. Department of Health and Human Services: Report*, 1-162.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., & Caraveo-Anduaga J.J. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, 18, 229–40.

- Manz, R., Junge, J., Neumer, S. & Margraf, J. (2001). Primary prevention of anxious and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Public Health*, 9, 229-241.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J. & Carter, R. (2011). The economics analysis of prevention in mental health programs. *The Annual Review of Clinical Psychology*. 7; 169-201.
- Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*. 51, 1116-1122.
- Murray C. J. L., & Lopez A. D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção e problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 1-8.
- Murta, S. G., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. (2010). Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: contribuições do treinamento em habilidades de vida e habilidades sociais. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 2, 73-86.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Em S. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. (51-64). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Palludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17, 9-20.
- Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24, 513-517.
- Romano, J. L. & Hage, S. M. (2000). Prevention and counselling psychology: revitalizing commitments for the 21st Century. *The Counselling Psychologist*, 28, 733-763.

- Scott, S., Knapp M., Henderson J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191–194.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Silveira, J. M., Silvaes, E. F. M. & Marton, S. A. (2003). Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. *Revista Estudos de Psicologia*, 20, 59-67.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628–648.
- World Health Organization. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen, Dinamarca. Retirado de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options*. Paris, França. Retirado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Zechmeister, I., Kilian, R. & McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8, 1-11

ARTIGO II

**O Estado da Arte da Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no
Brasil**

Resumo: A prevenção de desfechos negativos em saúde mental é uma demanda atual e necessária para o avanço da atenção à saúde mental no Brasil. Os objetivos deste estudo são descrever o estado da arte de pesquisa nacional em prevenção em saúde mental e situar os estudos nas etapas do ciclo de pesquisa em prevenção. Foi realizada uma revisão sistemática de literatura nacional, sem limite inicial do ano de publicação. Foram encontrados 4131 artigos. Destes, 3016 (73,08%) eram estudos de prevenção de doença física e 651 (15,76%), de doença mental. Nesta categoria, a maior ocorrência foi de estudos exploratórios e de fundamentação (256 artigos, 68,45%). Foram identificados apenas 31 artigos (8,29%) que descreviam programas e somente 2,94% (11 artigos) deles eram sistematicamente avaliados. Os resultados indicam a descontinuidade da transformação de pesquisa básica em intervenções e tecnologias preventivas. Sugere-se uma agenda estratégica de pesquisa, que inclua (a) a construção de medidas de avaliação, (b) a criação de rede de pesquisadores, (c) a aproximação com outras áreas, (d) o estímulo das agências de fomento, (e) a parceria com pesquisadores da promoção de saúde, (f) a divulgação simples dos programas à população e a (g) difusão destes em políticas públicas.

Palavras-chave: saúde mental, prevenção, políticas públicas, disseminação.

Abstract: The prevention of negative denouements in mental health is a current offer and needed for advancement of attention in mental health in Brazil. The aims of this study are to summarise the state of the field on mental health prevention in Brazil and identify studies on the preventive intervention research cycle. We performed a systematic review of national literature, without limitations on the publication's age. We found 4131 articles of which 3016 (73.08%) were studies of physical illness prevention and 651 (15.76%) of mental illness. Of these, the most prevalent were exploratory studies, 256 articles (68.45%). 31 articles (8.29%) described programs and only 2.94% (11 articles)

were programs systematically evaluated. The results indicate the discontinuity of the transformation of basic research on preventive interventions and technologies. This suggests strategic research agenda should include (a) construction of evaluation measures, (b) creating a network of researchers, (c) approach to other areas, (d) financial encouragement from the development agencies, (e) partnership with health promotion researchers, (f) easy programs divulgation and (g) dissemination for public policy.

Keywords: mental health, prevention, public policies, dissemination.

O Estado da Arte da Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil

O transtorno mental pode ser prevenido. Essa é uma afirmação audaciosa e, caso verdadeira, motivadora. Ao redor do mundo, pesquisadores têm investigado como prevenir desfechos negativos em saúde mental e têm encontrado resultados positivos. Achados promissores têm sido obtidos sobre a prevenção de diversos transtornos, como transtornos alimentares, antissocial, ansiedade e depressão. Há evidências de programas bem sucedidos no treinamento de estratégias de redução da internalização de um ideal de magreza para a prevenção de transtorno alimentar (McMillan, Stice & Rohde, 2011, Stice, Marti, Rhode & Shaw, 2011) e promoção de estilos parentais saudáveis e reconhecimento de recursos da comunidade na prevenção do comportamento antissocial na infância (Jones, Brown, Hoggins & Aber, 2010; Gardner, Connell, Trentacosta, Shaw, Dishion & Wilson, 2009; Raver, Jones, Li-Grining, Zhai, Metzger & Solomon, 2009). Outros programas se mostraram eficazes no ensino de técnicas de resolução de problemas e prevenção de ansiedade em crianças (Ginsburg, 2009) e promoção de habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão frente ao vício no jogo (Williams, Wood & Currie, 2010).

Os resultados são estimuladores. Revisões sistemáticas e meta-análises internacionais vêm demonstrando evidências da eficácia e efetividade dos programas preventivos. A efetividade dos programas para a prevenção de ansiedade e depressão entre adolescentes foi confirmada em uma revisão sistemática recente, que avaliou 45 programas (Christensen, Pallister, Smale, Hickie & Caley, 2010). Os resultados indicaram a redução ou não aparecimento dos sintomas em 60% dos programas de ansiedade e 63% dos programas de depressão. Uma meta-análise conduzida para avaliar intervenções de prevenção dos primeiros episódios de depressão analisou 19 programas experimentais, com um total de 5.806 participantes e apresentou evidências na redução de incidência de transtorno depressivo dos grupos controles quando comparado com os grupos experimentais (Cuijpers, Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman, 2008).

A robustez desses resultados se apoia numa ampla cadeia de produção de conhecimentos na área (Munõz, Mrazek & Haggerty, 1996). O ciclo de pesquisa em prevenção pode ser descrito em seis grandes etapas: a identificação do problema, a localização de seus fatores de risco e proteção, o teste piloto da intervenção preventiva, o teste de eficácia, o teste de efetividade e a difusão. A primeira etapa é (1) identificar o problema e sua prevalência. Estão inseridos os estudos teóricos, conceituais, de pesquisa básica e estudos epidemiológicos sobre uma condição em saúde mental que se almeja prevenir (Dalton, Elias & Wandersman, 2007a).

A próxima etapa é (2) identificar os fatores de risco e proteção. Esta etapa versa sobre a busca aprofundada de condições ou variáveis, pessoais e contextuais, desfavoráveis e que aumentem a vulnerabilidade da população-alvo (fatores de risco) e de condições que promovam a construção de competências associadas à saúde mental (fatores de proteção), a fim de minimizar ou modificar os fatores de risco (Dalton, Elias & Wandersman, 2007a).

A terceira etapa é (3) implementar um estudo piloto baseado na teoria. Incluem os estudos de avaliação de necessidades, com a consulta ao público-alvo, a descrição das características do problema-alvo, a identificação do grupo de risco e a avaliação da acessibilidade ao grupo e suas demandas (Dumka, Roosa, Michaels & Suh, 1995; Dalton, Elias & Wandersman, 2007b). Nesta fase, se inicia o delineamento do programa e os estudos que descrevem a implantação da intervenção-piloto. São tomadas decisões quanto aos objetivos, os comportamentos a serem modificados, os instrumentos, a extensão e duração do programa, a frequência das atividades, o planejamento e recrutamento dos participantes, as estratégias de adesão e os procedimentos (Lohr, Pereira, Andrade & Kirchner, 2007).

Avaliado o estudo piloto e concluídas as adaptações, a quarta fase é o (4) teste avançado para a análise da eficácia do programa. A meta é a implementação de estudos experimentais, a fim de avaliar se o programa alcançou os objetivos descritos no delineamento e se tais efeitos são resultantes, de fato, ao programa (Flay, Biglan, Boruch, Castro, Gottfredson, et al, 2005). Tais estudos são caracterizados por amostras bem definidas, uso de medidas psicométricas e análise estatística rigorosa dos resultados, com apresentação de efeitos consistentes e *follow-up*.

A próxima etapa é (5) a implementação do programa em ambiente natural (Flay et al, 2005). Esta fase é descrita por estudos que avaliam a efetividade de programas preventivos em situação real, sem a intervenção direta dos pesquisadores. Os estudos descrevem a validação de manuais e instrumentos, bem como o treinamento dos gestores e facilitadores, medidas de motivação e adesão de todos os participantes (os que oferecem a intervenção e os que a recebem) e estudos de evidências da possibilidade de generalização dos resultados em outros contextos.

O último estágio é a (6) difusão, que tem como objetivo a transformação do programa ou da tecnologia em serviços e/ou políticas públicas locais ou nacionais (Murta, 2011). A difusão inclui (a) a adoção ou escolha, pela comunidade ou políticas públicas, de um programa com evidência comprovada, (b) a implementação ou inserção do programa nesses novos contextos, (c) a disseminação ou expansão do programa para novos serviços desses novos contextos e (d) a sustentabilidade ou manutenção do programa (Rogers, 1995). O desenvolvimento do programa em outros contextos, inserindo-o em serviços comunitários, educacionais ou organizacionais, é parte desta etapa, assim como a inclusão de programas disseminados em políticas públicas ou projetos de larga escala, que sejam utilizados pela sociedade. Todos incluem a apresentação clara de custos, o monitoramento e avaliação dos resultados por centros de pesquisas e agências fomentadoras (Flay et al., 2005). Nesse patamar, as intervenções preventivas estão acessíveis à população em larga escala. (Lane & Beebe-Frankenberg, 2004).

Para que intervenções sejam disseminadas, é necessário que sejam comprovadas evidências de sua eficácia e efetividade. Segundo o modelo proposto pela *Society for Prevention Research - SPR* (Flay et al, 2005) a eficácia refere-se aos efeitos benéficos de um programa ou política sob condições ideais de implantação. A efetividade dedica-se aos efeitos benéficos de um programa ou política sobre condições reais de implantação, quando as intervenções são conduzidas por pessoas comuns ao contexto do programa, como uma equipe de não especialistas e não pesquisadores.

No Brasil, nos últimos anos, programas preventivos com eficácia e efetividade testadas e que estejam prontos para serem difundidos em serviços previstos nas políticas públicas, têm sido gradualmente mais requeridos. Essa demanda pode ser observada no expressivo aumento em políticas públicas federais de cunho preventivo, estabelecidas por diferentes ministérios. Por exemplo, o Ministério da Saúde, por meio dos Núcleos de

Atenção Integral à Saúde da Família, instituiu a Norma Técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (Brasil, 2011). O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) tem desenvolvido o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Brasil, 2000) e o Programa de Atenção Integral à Família (Brasil, 2004). O Ministério da Cultura (MinC) lançou o Projeto Atitude Positiva Prevenir é Educar. Em parceria, os Ministérios, da Saúde (MS) e da Educação (MEC) implantaram o Programa Saúde na Escola (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO, UNICEF & UNFPA, 2007).

Apesar dessa demanda crescente, evidente nas políticas públicas, é pequena a produção científica brasileira em prevenção em saúde mental (Murta, 2007). Em particular, são poucas as revisões de literatura nacionais que têm como tema principal os programas preventivos em saúde mental (Luizzi & Rose, 2010, Pelisoli & Piccoloto, 2010; Silva & Salles, 2010, Rios & Williams, 2008; Louzã, 2007). Essas descrevem ou avaliam prioritariamente, programas internacionais, exceto por dois estudos com foco exclusivo na produção nacional. As exceções são um estudo a respeito dos programas de treinamento de habilidades sociais (Murta, 2005) e outro sobre os programas de prevenção ao consumo de drogas (Canoletti & Soares, 2004). Revisões da literatura, sobretudo, sistemáticas ou meta-análises, constituem o primeiro passo para uma descrição acurada de evidências de eficácia e efetividade de um dado tipo de intervenção, bem como de suas forças e vulnerabilidades. Seus achados podem guiar agendas de pesquisa e subsidiar a tomada de decisão por parte de pesquisadores, profissionais, formuladores de políticas públicas e gestores em saúde (Melnik & Atallah, 2011; Sandelowski, 2008).

Tal escassez de informação sistematizada corrobora a necessidade de investimento em prevenção em saúde mental no País. Estima-se que 3% da população precisa de cuidados contínuos, ou seja, cerca de cinco milhões de brasileiros sofrem de algum

transtorno mental severo e persistente, acrescido de 9% da população que utiliza os atendimentos eventuais, totalizando 20 milhões de pessoas (Brasil, 2003). O relatório do Ministério da Saúde referente aos gastos com a saúde mental (Brasil, 2006) não cita a palavra prevenção e apresenta um aumento de investimentos, nos cinco anos anteriores, no tratamento de pacientes com sofrimento psíquico grave.

O investimento em tratamento é reconhecidamente relevante e a oferta de serviços adequados para aqueles que foram diagnosticados é uma demanda presente. No entanto, destaca-se também a necessidade de atenção e suporte para aqueles que estão saudáveis, que estão expostos a fatores de risco ou que apresentem sintomas iniciais de uma desordem mental, para que não adoeçam gravemente e dependam de tratamentos dispendiosos em termos econômicos e sociais. O cenário atual da saúde mental aponta números insuficientes de profissionais para a demanda crescente de tratamento (Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996; Romano & Hage, 2000) e custos investidos em prevenção significativamente menores do que os da remediação. Exemplos disso são os achados do departamento de saúde britânico, onde análises econômicas demonstraram que o investimento de £1 (uma libra esterlina) em programas preventivos e de promoção de saúde resulta na economia de £83 à saúde do país (Knapp, McDaid & Parsonage, 2011). Dessa forma, investimentos em pesquisas no âmbito da prevenção em saúde mental se tornam urgentes, seja do ponto de vista acadêmico, social, econômico ou político.

Uma análise abrangente do estado da arte em estudos de prevenção em saúde mental no Brasil poderia subsidiar a formulação, implementação e aprimoramento de serviços e políticas públicas na área. Considerando a ausência de revisões de literatura que descrevam o estado da arte de pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil, realizou-se uma revisão sistemática da produção nacional na área. Os objetivos do presente trabalho foram (1) descrever o estado da arte de pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil

e (2) identificar em que etapa se encontra os estudos nacionais conforme as etapas do ciclo de pesquisa em prevenção, previamente descritas.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura nacional. Para tanto, foram identificados artigos científicos sobre prevenção e analisados os estudos cujo tema principal era a prevenção em saúde mental. A busca foi conduzida em bases de dados brasileiras (*Scielo e Pepsic*), sem limite inicial de data para publicação. Foram incluídos artigos publicados até janeiro de 2012. As revisões de literatura encontradas no estudo foram utilizadas como base de dados adicionais.

Procedimentos de seleção e categorização dos estudos

A seleção dos artigos foi realizada por um pesquisador, especialista em programas preventivos. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “prevenção” OR “atenção primária” OR “atenção básica” OR “promoção de saúde”. A escolha de termos amplos foi avaliada como a alternativa mais apropriada para identificar o estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil e responder ao primeiro objetivo do estudo.

Inicialmente, todos os títulos do estudo passaram por uma leitura flutuante (Bardin, 1977). Esta consiste em um primeiro contato com o material de análise e levantamento das primeiras categorias que seriam definidas conforme os focos de prevenção observados. A partir dessa primeira análise, os estudos encontrados na busca por palavras-chave foram organizados em estudos de prevenção de (a) doença mental, (b) doença física, (c) acidentes, (d) adversidades ambientais, (e) doenças em animal e (f) problemas na agricultura. Em caso de dúvida, na classificação dos estudos, era solicitado o parecer final de um juiz, pesquisador da área de prevenção em saúde mental.

O estudo reconhece a concepção da saúde integral e o entendimento do sujeito como um ser holístico, em que desordens mentais afetam as condições físicas e vice-versa (*World Health Organization*, 2004). Entretanto, por razões puramente didáticas, o foco primário da prevenção foi dividido em condições de doença mental e física. Os estudos de doença mental incluíram artigos com foco primário na prevenção de um transtorno mental (desfecho final), conforme classificação do DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição, como transtornos alimentares, de ansiedade e depressão, ou um fator de risco para transtornos mentais (desfecho intermediário), como violência, uso de álcool, uso de drogas, abuso sexual e dificuldades escolares.

As condições prevenidas não identificadas nos critérios citados acima foram classificadas na categoria prevenção de “doença física”. Alguns exemplos inseridos foram doenças respiratórias, doenças crônicas não transmissíveis, odontológicas, vacinas, exames laboratoriais, ações de saneamento, HIV, uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Desfechos intermediários não positivos à saúde física, como comportamento sexual de risco, gravidez não planejada e uso de tabaco foram incluídos na categoria “doença física”, como sugerido por revisão sistemática internacional (Doughty, 2005).

A categoria “acidentes” incluiu eventos automobilísticos, quedas domésticas, queimaduras, acidentes biológicos e acidentes de trabalho. A categoria “adversidades” teve como foco os estudos sobre a prevenção de desastres ambientais e geotecnologia, como inundações, incêndios e derramamento de óleo. “Doenças em animais” incluíam artigos que descreviam a prevenção de doenças cardiovasculares, respiratórias, digestiva e intoxicação de animais e os “problemas na agricultura” incluíam os efeitos do uso de herbicidas, interferência de plantas daninhas e prevenção de insetos e predadores em plantações.

Para os estudos com títulos não específicos, ampliou-se a busca à leitura do resumo. Os resumos cujo objetivo principal não era a prevenção de nenhuma das condições citadas anteriormente foram lidos e criadas mais cinco categorias de análise. Os focos das novas categorias foram: (g) discussão saúde e doença, (h) formação, com artigos sobre a formação de profissionais de saúde (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, médico) e de outras áreas (sociologia, antropologia) frente à atuação preventiva, (i) influência da cultura, com estudos teóricos sobre a concepção de saúde e influência cultural em comportamentos saudáveis e não saudáveis, (j) papel do SUS (Sistema Único de Saúde) e seus setores, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família e a Unidade Básica de Saúde, com a discussão sobre suas ações políticas, sociais e econômicas, (l) direitos humanos e aplicabilidade das leis em relação à saúde, (m) prevenção de fraude, corrupção e temáticas relacionadas à política, segurança pública e direitos do cidadão e (n) estudo de método ou procedimento de pesquisa, como ensino e discussão de revisões sistemáticas, práticas baseadas em evidências e etnografia.

Análise de estudos de prevenção em saúde mental

Os artigos identificados na categoria “a” (saúde mental) passaram por uma análise detalhada do resumo. A partir de seu conteúdo, dois avaliadores, especialistas em prevenção em saúde mental, classificaram os estudos conforme apresentado na Tabela 1. As análises foram comparadas, mensurando o cálculo de concordância entre codificadores (Kazdin, 1982), ou seja, o número de concordâncias dividido pela somatória de concordâncias e discordâncias, multiplicada por cem. Em caso de divergência entre os codificadores, o juiz era solicitado. O grau de concordância encontrado foi de 97,37%. Em muitos estudos a leitura do resumo não foi suficiente para definir o foco, sendo então ampliada à leitura do artigo.

Tabela 1: Temas dos estudos de prevenção em saúde mental

Categorias	Definições	Números de artigos
1. Programas de prevenção	Estudos que descreviam intervenções de prevenção em saúde mental. Foram incluídos estudo de avaliação de necessidades de capacitação de profissionais para a atuação em programas preventivos, de relatos de experiências com intervenções preventivas e descrições de ações implantadas como políticas de prevenção.	31
2. Prevenção secundária ou terciária	Estudos teóricos com foco na prevenção de danos resultantes de um transtorno mental já diagnosticado.	22
3. Promoção de saúde mental	Estudos de discussão teórica, conceitual sobre a promoção de saúde ou que descrevesse um programa de promoção de saúde.	29
4. Fundamentação	Estudos teóricos, conceituais, de pesquisa básica, epidemiológicos ou de revisão de literatura sobre prevenção.	256
5. Material didático	Estudos de apresentação e/ou avaliação de cartilhas, manuais ou jogos para prevenção em saúde mental.	5
6. Políticas públicas	Estudos de apresentação ou análise de efeitos de políticas públicas relacionadas a condições específicas de prevenção.	18
7. Instrumentos	Estudos de desenvolvimento e/ou avaliação de instrumentos para avaliação de intervenções e programas.	6
8. Avanços e limitadores	Estudos de discussão sobre os desafios e avanços da pesquisa em prevenção e desses para a implantação e avaliação de programas preventivos.	7
9. Foco não era prevenção	Estudos em que o foco em prevenção não foi assumido pelo autor no título, resumo ou objetivo do estudo.	160

Os artigos cujos focos não eram prevenção (categoria 9) e os estudos estrangeiros, cujos autores e/ou o local de origem da pesquisa não era o Brasil, foram contabilizados e excluídos. Foram também eliminados estudos duplicados e resenhas, editoriais, opinião ou qualquer outra seção da revista que não fosse um artigo científico.

A partir dessa seleção, os estudos de fundamentação (categoria 4) foram detalhadamente analisados em relação ao seu objetivo para responder ao segundo objetivo do estudo: identificar os estudos no ciclo da pesquisa em prevenção. A leitura desses estudos resultou nas seguintes subcategorias: (1) estudos teóricos ou conceituais, (2) formação, estudos sobre a inserção do psicólogo no SUS ou em práticas voltadas para a prevenção, (3) pesquisa básica, estudos sobre crenças, representações sociais e percepção de uma população-alvo sobre uma condição em saúde mental a ser prevenida, (4) epidemiológicos, estudos de incidência ou prevalência de fatores de risco ou transtornos

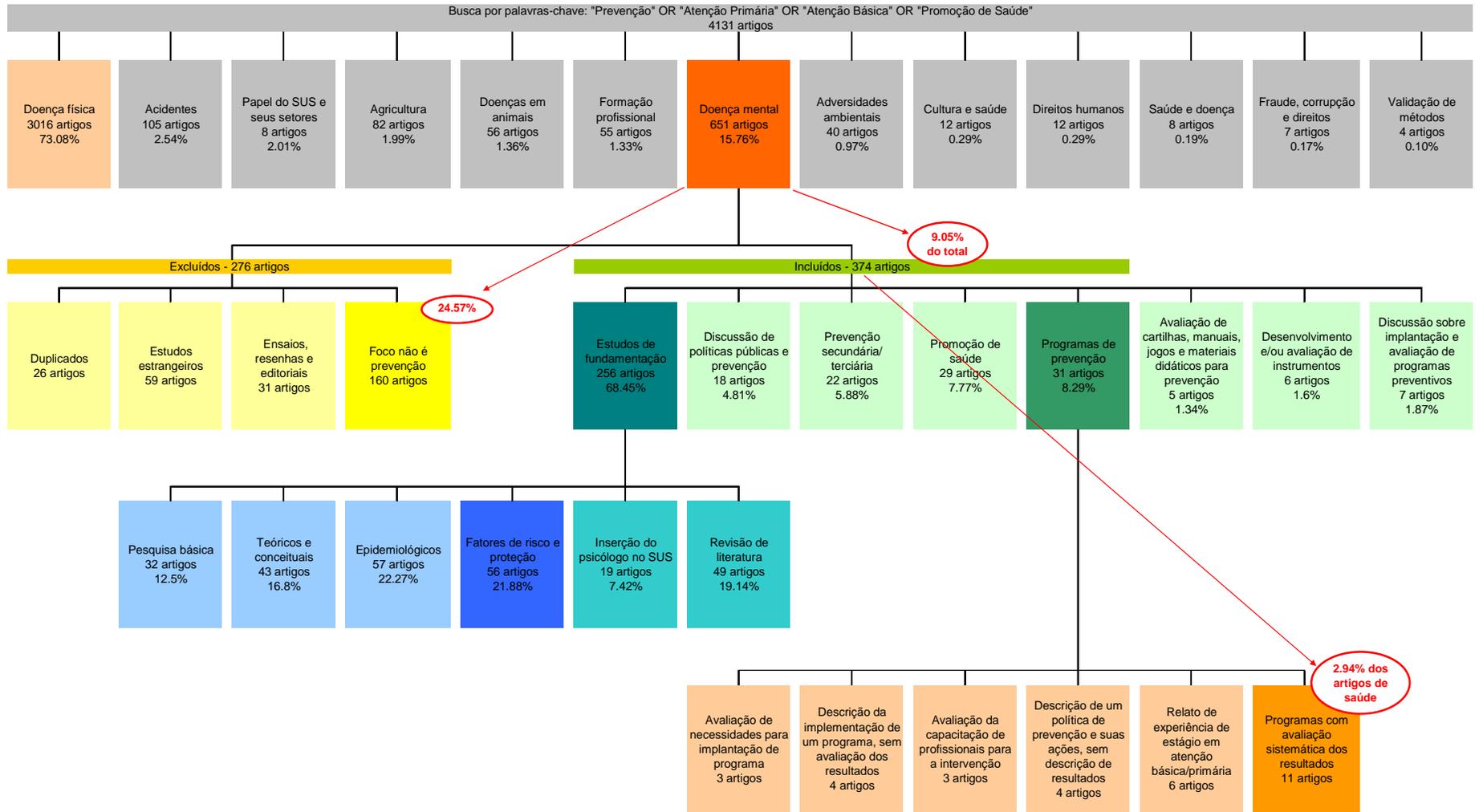
mentais, (5) identificação de fatores de risco e proteção e (6) revisão de literatura, estudos de revisões narrativas, sistemáticas ou do estado da arte sobre conceitos e fatores de risco e proteção.

Intervenções sistematicamente avaliadas foram definidas conforme critérios metodológicos e de descrição de resultados (Doughty, 2005). Para tanto, os critérios seriam (a) delimitação clara da(s) variável(is) avaliada(s) na intervenção, (b) análise de uma variável que indicasse um desfecho em saúde mental, (c) apresentação de medidas qualitativas e/ou quantitativas específicas para mensurar a variável citada e (d) apresentação de resultantes coerentes com o método apresentado.

Resultados

Inicialmente, foram encontrados 4.131 artigos que citavam a prevenção como sua temática de discussão. Destes, 3.016 (73,08%) eram estudos de prevenção de doença física e 651 (15,76%) destacavam a prevenção de uma condição de saúde mental. Os demais 389 distribuíram-se em pequenas porcentagens pelas categorias descritas no método, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1: Frequência de estudos de prevenção no Brasil



Dentre os 651 estudos em saúde mental, o foco não era a prevenção em cerca de um quarto (24,57%) destes, isto é, 160 estudos. Eram estudos que descreviam tratamento de um transtorno mental diagnosticado ou eram pesquisas que somente citavam a palavra prevenção, mas não havia discussão ou ênfase no tema. Esses estudos eram caracterizados por artigos que finalizavam seus resumos ou suas considerações finais com frases enfatizando a necessidade de investimentos em prevenção.

O número de estudos em que um dos temas centrais era a prevenção em saúde mental foi reduzido a 374, após a exclusão de 160 artigos cujo foco não era prevenção, 26 artigos duplicados, 59 estudos estrangeiros e 31 ensaios, resenhas e editoriais. Os 374 estudos representaram apenas 9,05% do total de artigos encontrados. Desses, a categoria de maior frequência foi a dos estudos de fundamentação, com 256 artigos, representando 68,45% das pesquisas em saúde mental, seguidos por 29 estudos (7,57%) de promoção de saúde e 22 artigos (5,88%) de prevenção secundária ou terciária.

Os estudos de promoção se caracterizaram por pesquisas em que a definição de promoção de saúde se aproximava da definição de prevenção e tratamento. Foram encontrados, também, estudos que descreviam programas de promoção e que concluíam que o ensino das habilidades propostas poderia prevenir desordens mentais ou desfechos negativos em saúde mental. Entretanto, os programas de promoção não indicavam qual seria especificamente a condição prevenida e não apresentavam medidas de prevenção. As condições promovidas mais recorrentes foram habilidades sociais (72,72%), seguidas pelo ensino de habilidades de vida (9,09%), intervenções breves de promoção de conhecimento e consequência do uso de álcool e outras drogas (9,09%) e promoção de sentido da vida, baseado na logoterapia (9,09%). Os estudos de prevenção secundária ou terciária, que se caracterizavam pela prevenção do agravamento de um transtorno mental diagnosticado,

eram artigos teóricos de prevenção de recaída, redução de danos, intervenção precoce em psicoses e prevenção do suicídio de pacientes com algum transtorno mental estabelecido.

Os programas de prevenção representam 8,29% (31 artigos) da produção nacional em saúde mental. Foram incluídas intervenções sistematicamente avaliadas ou não. Conforme demonstra a Figura 1, a quantidade de estudos de fundamentação (69,46%) é cerca de oito vezes maior do que a quantidade de estudos sobre intervenções preventivas (8,29%). Quando detalhado, o número de intervenções com avaliação sistemática se reduz a 11 artigos, ou seja, 2,94% da produção nacional apresentaram resultados, sistematicamente avaliados, na prevenção de desfechos negativos em saúde mental.

Há uma quantidade representativa de estudos sobre a inserção do psicólogo no SUS e em ações preventivas, dentro da categoria “estudos de fundamentação” (Figura1). São 19 artigos que têm em comum a discussão da prática do psicólogo com a interlocução da saúde coletiva ou da clínica ampliada. Todos narram a história inicial da psicologia baseada no modelo biomédico de atendimento individual até as demandas atuais de atuação comunitária e preventiva, com a sua inserção no SUS. Os artigos destacam a necessidade de uma formação em psicologia que ofereça suporte às demandas recentes de atuação preventiva. Os estudos de relato de experiência de estágios na atenção básica/primária (quatro artigos) oferecem exemplos práticos de atuação do psicólogo, ampliando a discussão.

Nos estudos de fundamentação, a maior ocorrência foi de estudos de prevenção à violência (35,78%), seguidos por estudos de prevenção ao uso de drogas (27,06%) e uso de álcool (16,05%). Entretanto, se os estudos de prevenção ao uso de drogas e álcool forem agrupados, eles passam a representar 51,83% do total. Foi identificada uma frequência de estudos que não especificavam a condição em saúde mental prevenida (7,8%), utilizando termos gerais como “prevenção da doença mental”. Os estudos teóricos que citavam um

transtorno mental (prevenção de transtornos alimentares, depressão, ansiedade e estresse), limitaram-se a estudos de uma única ocorrência e foram agrupados como “transtornos mentais”, representando uma frequência geral de 13,30%. Nos programas sistematicamente avaliados, as condições prevenidas de maior ocorrência foram as de prevenção de comportamento antissocial (Rodrigues, Dias & Freitas, 2010; Bolsoni-Silva, Silveira & Ribeiro, 2008, Borges & Marturano, 2009; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006; Murta, Borges, Ribeiro, Rocha, Menezes et al, 2009), rejeição por pares (Castro, Melo & Silvares, 2003), de violência (Padovani, Schelini & Williams, 2009; Prada & Williams, 2007) e de abuso de álcool e outras drogas (De Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004; Ronzani, Rodrigues, Batista, Lourenço & Formigoni, 2007).

Quando os estudos são organizados no ciclo de pesquisa em prevenção proposto (Figura 2), à medida que o grau de complexidade das etapas do ciclo de pesquisa avança o número de estudo decresce abruptamente.

Figura 2: O ciclo da pesquisa em prevenção no Brasil

Etapas	Estudos Brasileiros	Ano de publicação	Total
1. Identificar o problema e sua prevalência	Estudos teóricos e conceituais: 43 artigos Pesquisa básica: 32 artigos Epidemiológico: 57 artigos	1990-1999: 16 artigos 2000-2005: 25 artigos 2006-2011: 91 artigos	132 artigos
2. Identificar fatores de risco e proteção	Estudos de fatores de risco e proteção: 56 artigos	1990-1999: 2 artigos 2000-2005: 9 artigos 2006-2011: 45 artigos	56 artigos
3. Estudo piloto baseado na teoria	Programas sistemáticos não experimentais: 6 Avaliação de necessidades: 3 artigos Criação de material de intervenção (cartilhas, jogos, manuais): 5 Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida: 6 Relato de experiência: 6 artigos Descrição da implantação de programa: 4 artigos Descrição de políticas de prevenção, sem avaliação de resultado: 4	1990-1999: 2 artigos 2000-2005: 5 artigos 2006-2011: 27 artigos	34 artigos
4. Teste avançado	Programas com delineamento quase-experimental: 3 artigos Programas com delineamento experimental: 1 artigo	2000-2005: 2 artigos 2006-2011: 2 artigos	4 artigos
5. Análise de efetividade	Avaliação da capacitação de profissionais para conduzirem a intervenção: 3 artigos	2005: 2 artigos 2009: 1 artigo	3 artigos
6. Difusão	Disseminação de programa em serviço: 0 artigos Disseminação de programa em política: 0 artigos	Não há artigos	Inexistência

82,09% do total

As etapas 1 e 2 juntas representam 82,09% de todos os artigos que compõem o ciclo da pesquisa em prevenção no Brasil (Figura 2). O dado demonstra que a maioria significativa de pesquisadores nacionais investe em estudos exploratórios e de fundamentação. A porcentagem está homogeneamente dividida no levantamento da incidência ou prevalência do problema alvo (57 artigos), na identificação de fatores de risco e proteção (56 estudos), na discussão de conceitos e teorias (43 estudos) e na

verificação de crenças ou representações sociais de uma população frente a uma condição de saúde mental (32 artigos). Observa-se na Figura 2, que a ocorrência por data de publicação indica um número crescente das primeiras etapas nos últimos seis anos. Em contrapartida, verifica-se a inexistência de artigos publicados que descrevam a difusão de programas, seja em serviços ou em políticas públicas.

Discussão

Os resultados indicam um número restrito de estudos de saúde mental (15,56%), quando comparado à quantidade de estudos em doença física (73,08%). O dado é contrário aos números da epidemiologia brasileira que apontam o aumento de problemas de saúde mental. Entre os países em desenvolvimento, o Brasil é o primeiro do *ranking* mundial de prevalência da depressão, segundo levantamento nacional por amostragem (Andrade, Walter, Gentil & Laurenti, 2002). Os resultados do levantamento indicaram que 45,9% da população apresentou o diagnóstico de um transtorno mental durante a vida.

Comparada aos dados epidemiológicos apresentados, a ampliação dos temas de estudo é outra demanda da prevenção. Os estudos teóricos sobre incidência do abuso de álcool e drogas (51,83%) e violência (35,78%) se caracterizaram por estudos com objetivos e conclusões semelhantes. Tais dados apresentam um cenário frágil da área que se caracteriza por pesquisas de igual conteúdo, sendo repetidas em diversas regiões do Brasil. Contrário a este dado inquietante, estão os pesquisadores que avançaram seus estudos às intervenções preventivas e têm alcançado resultados positivos na prevenção de comportamento antissocial, rejeição por pares, violência e abuso de álcool e outras drogas. Entretanto, nossa produção ainda é tímida no que se refere à prevenção de transtornos mentais identificados no DSM-IV, com a ocorrência de estudos únicos sobre alguns transtornos e baixa frequência geral, mesmo quando agrupados (13,3%).

Pode ser observada uma confusão conceitual entre os termos promoção de saúde, prevenção e tratamento. Tal confusão é respaldada pela literatura que sugere um modelo integrativo conectando os três termos (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005). No modelo, a sobreposição entre os termos se apresenta como algo compreensível, visto que a diferença conceitual entre eles é tênue. A referida sobreposição levanta a discussão sobre a promoção como uma condição para a prevenção e vice-versa. A grande diferença entre os programas de prevenção e promoção estaria na avaliação de seus resultados. Há condições comuns sendo promovidas. Entretanto, os programas de promoção detêm-se na avaliação da competência desenvolvida, enquanto os programas de prevenção medem os desfechos negativos que foram prevenidos a partir da redução em seus fatores de risco e promoção de seus fatores protetivos (Munõz, Mrazek & Haggerty, 1996). Outra similaridade, o destaque de uma condição promovida como relevante para prevenção de um desfecho negativo em saúde mental, conforme indicado pela literatura internacional (Cowen, 2000). Esta concluiu que as intervenções preventivas avaliadas com melhores efeitos são aqueles que atuam, simultaneamente, promovendo competências (fatores de proteção) e minimizando vulnerabilidades (fatores de risco) para um dado desfecho negativo. Um desdobramento favorável seria o desenvolvimento de medidas de avaliação compartilhadas entre os profissionais da prevenção e da promoção de saúde.

A produção de conhecimento está fragmentada. A descontinuidade na transformação de pesquisa básica em intervenções e tecnologias preventivas é evidenciada pela ocorrência de cerca de oito vezes mais estudos teóricos em relação ao número de programas. Outra evidência é o crescimento das etapas: 1 (identificação de problemas e prevalência), e 2 (identificação de fatores de risco e proteção) do ciclo de pesquisa nos últimos seis anos, frente à ausência de estudos na última etapa (difusão de programas).

O cenário nacional político e social que solicita uma aproximação da academia com as políticas públicas, que vem lançando suas políticas preventivas (Ministério da Saúde, 2001; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004; Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO, UNICEF & UNFPA, 2007) parece não estar alcançando respaldo suficiente da academia. Esse diálogo poderia ser fortalecido com um aumento em investimento em pesquisas de avaliação de eficácia e efetividade.

A diminuição significativa de publicações, à medida que o grau de complexidade das etapas do ciclo de pesquisa avança, foi observada também em revisões de literatura dos programas preventivos nacionais (Canoletti & Soares, 2004; Murta, 2005). Essa diminuição pode ser um indicador de uma lacuna na formação do psicólogo, tal como é no ensino de métodos e no desenvolvimento de competências para atuar preventivamente. Nos últimos anos, percebe-se um movimento de mudança em direção a uma formação mais ampliada, com o estímulo de uma atuação flexível do psicólogo para se adaptar a rotinas de trabalho não tradicionais, como atuar em centros comunitários, fazer visitas domiciliares e propor ações em creches e escolas (Ronzani & Rodrigues 2006; Spink & Mata, 2007). Tal movimento é corroborado pela ocorrência de uma categoria sobre a inserção do psicólogo no SUS (19 artigos) e outra com relatos de experiência de estágio na atenção básica (quatro artigos), embora nenhuma delas tenha sido avaliada sistematicamente.

Com avaliações sistemáticas e o desenvolvimento de instrumentos de análise seria possível verificar a eficácia e eficiência dos programas. O desdobramento dessa verificação é a possibilidade de difusão de programas em larga escala, em diferentes serviços e inserção destes em políticas públicas. Nos Estados Unidos, por exemplo, órgãos públicos federais têm custeado a difusão de programas preventivos baseados em evidências, em detrimento de programas que não foram ainda suficientemente testados (Tibbits, Bumbarger, Kyler & Perkins, 2010). A relevância da difusão de programas é contrária ao

dado de que mais de 80% do que tem sido produzido no Brasil são estudos exploratórios e de fundamentação, acrescido pela ausência de estudos de difusão. Entretanto, a mudança deste cenário pode vir do estímulo das políticas científicas, com editais de fomento para a pesquisa em prevenção, ou de iniciativas governamentais. Outro agente importante de mudança é o pesquisador-professor. Para tanto, seria necessário um avanço no currículo da graduação e pós-graduação em psicologia, que incluiria o ensino e desenvolvimento de competências para a pesquisa e prática preventiva.

É alarmante identificar que menos de 3% do que vem sendo produzido em saúde mental no Brasil são programas preventivos sistematicamente avaliados. A área ainda se apresenta fragmentada, com um pequeno número de programas preventivos devidamente avaliados, embora existam intervenções isoladas que comprovam a prevenção de comportamentos e fatores de risco à saúde mental. Tais intervenções estão prontas para serem utilizadas e são estudos rigorosamente conduzidos por pesquisadores pioneiros na área.

A presente revisão de literatura apresenta algumas limitações. A principal delas é ter analisado, exclusivamente, artigos científicos divulgados em bases de dados de grande circulação nacional. Sugere-se que uma revisão mais ampla inclua teses, dissertações, textos completos publicados em anais de congresso, revistas não indexadas nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic*, artigos divulgados em livros e artigos publicados em revistas internacionais. Para as publicações em inglês, sugere-se a busca pelo Currículo *Lattes* dos pesquisadores identificados neste estudo, como fonte adicional de material de análise.

Outra limitação é a ausência de uma investigação detalhada do tipo de delineamento utilizado nos estudos analisados. Indica-se que trabalhos futuros incluam essa análise dos estudos de fatores de risco e proteção e de programas preventivos. Dados acerca de frequência de delineamentos experimentais ou de estudos descritivos, a saber,

longitudinais, correlacionais, transversais e estudos de caso, seriam informativos à área. Com a análise dos delineamentos, seria possível incluir um padrão de medida de avaliação da qualidade dos estudos, como sugerido na literatura internacional sobre revisões sistemáticas (Higgins & Green, 2011).

Por outro lado, a revisão apresentou pontos fortes, como a inclusão de artigos publicados sem limite de data inicial, permitindo a análise histórica do ciclo da pesquisa em prevenção e a apresentação de um panorama atual da área. A análise dos estudos por dois codificadores e um juiz, treinados em prevenção em saúde mental, com cálculo de concordância, é um ponto relevante sobre a qualidade metodológica da revisão, acrescido pela amostragem representativa de publicações nacionais, isto é, 4.131 artigos.

Uma agenda estratégica possível para a pesquisa brasileira em prevenção em saúde mental

Para o avanço da área no Brasil, é fundamental uma agenda estratégica de pesquisa em prevenção em saúde mental, que inclua o aprimoramento metodológico dos programas preventivos. A validação de instrumentos de avaliação, como testes, inventários e escalas, e a criação de materiais de intervenção e manuais para difusão são passos importantes para ampliar a qualidade dos estudos. A eficácia e a efetividade das intervenções preventivas poderão ser sistematicamente avaliadas com instrumentos e materiais de intervenção validados. Com efeitos comprovados, será possível avançar para a última etapa do ciclo, a difusão dos programas em serviços e políticas públicas.

A criação de rede de pesquisadores interessados em prevenção é outra forma de fortalecer a área, uma alternativa para diminuir a incidência de pesquisas com igual objetivo (em especial, as teóricas e epidemiológicas) e tornar mais eficiente o compartilhamento de resultados. O avanço na criação e avaliação de intervenções

preventivas seria um possível resultado, visto que a prioridade dos estudos não seria a identificação de problemas e prevalência. Tal parceria entre docentes e polos de pesquisa estimulará o desenvolvimento de pesquisas metodologicamente mais robustas e com maior confiabilidade dos dados. Assim, as redes seriam uma forma privilegiada de se fazer ciência/pesquisa.

A aproximação com outras áreas de conhecimento, como a saúde pública e saúde coletiva, é outra etapa relevante. O entendimento do sujeito como um ser holístico solicita a formulação de intervenções que ultrapassem os grupos da psicologia brasileira. A parceria poderia incluir pesquisadores que têm desenvolvido programas de promoção de saúde, como de habilidades sociais, com os pesquisadores interessados em prevenção. Muitos programas de promoção são bem avaliados e bem sucedidos e, se compartilhados com a prevenção, seriam ótimos instrumentos de promoção e prevenção em saúde mental. Parcerias amplas poderiam impulsionar o alcance de recursos financeiros para criação e manutenção de estudos em prevenção.

Por fim, o grande desafio de inserção da produção da academia nas políticas públicas. A produção acadêmica científica pode ter um papel mais ativo, como fonte de informação para tomada de decisão de gestores e governantes sobre a natureza das políticas públicas de prevenção. Para tanto, a divulgação dos resultados de pesquisa deve ser acessível e convidativa, para que possa ser compreensível aos gestores e, quando disseminada, identificada como útil pela população.

Percebe-se um movimento atual coerente, principalmente pelos grandes órgãos científicos. A divulgação de pesquisas em mídias não científicas vem sendo estimulada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em uma atitude inovadora. O órgão incluiu a divulgação de pesquisas em meios populares de

comunicação na avaliação de produtividade de pesquisadores, incluindo um espaço de registro da divulgação no sistema *Lattes* (CNPq, 2012).

Essa agenda reforça o compromisso de pesquisadores e gestores com a justiça social (Kenny & Hage, 2009). O estímulo do dinheiro público investido na produção de conhecimento deve voltar à população, por meio de serviços que previnam o sofrimento e promovam bem estar. Como apontada por pesquisadores da prevenção (Huynh-Nhu, Muñoz, Ippen & Stoddard, 2003), esperar que as pessoas adoçam para se fazer algo é condenar milhões ao sofrimento desnecessário. Assim, cabe aos pesquisadores a responsabilidade urgente de desenvolver, avaliar e difundir métodos de prevenção. Ao governo, gestores e órgãos de fomento cabem os investimentos necessários em programas, para que a prevenção em saúde mental passe a ser vista como um direito de cada cidadão brasileiro.

Referências

- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil V. & Laurenti R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 7, 316-25.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/ cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, 1, 19-27.
- Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2009). Aprendendo a gerenciar conflitos: um programa de intervenção para a 1ª série do ensino fundamental. *Paidéia*, 19, 17-26.

- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2000). *Portaria MPAS n° 2.917, de 12/9/2000*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação de Saúde Mental (2003). *O vínculo e o diálogo necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004). *Programa de atenção integral à família – PAIF: instruções para celebração de convênios*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. Ministério da Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação de Saúde Mental (2006). *Saúde mental em dados 3*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO, UNICEF & UNFPA (2007). *Saúde e prevenção nas escolas: atitudes para curtir a vida. Diretrizes para implementação do projeto*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Canoletti, B. & Soares, C. B. (2004) Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 16, 115-129.
- Castro, R. E. F., Melo, M. H. S. & Silveiras, E. F. M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 309-318.

- CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2012). Ajustes na Plataforma Lattes estimulam a divulgação científica. *Informe ENSP*, 1-2. Retirado de: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29770>
- Cowen, E. L. (2000). Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, 28, 5-16.
- Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I. B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *Journal of Primary Prevention*, 31, 139–170.
- Cuijpers, P., Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1272-1280.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007a). Prevention and promotion: implementing programs. Em J. H. Dalton, M. J. Elias & A. Wandersman (Org.), *Community Psychology: linking individuals and communities* (pp. 514-539). Thomsom Wadsworth: Belmont, California. Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007b). Program evaluation and program development. Em J. H. Dalton, M. J. Elias & A. Wandersman (Org.), *Community Psychology: linking individuals and communities* (pp 466-503). Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- De Micheli, D., Fisberg, M. & Formigoni, M. L. O. S (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50, 305-313.
- Doughty, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults: a critical appraisal of the literature. *New Zealand Health Technology Assessment Report*, 8, 7-12.

- Dunka, L. E.; Rosa, M. W.; Michaels, M. L. & Suh, K. W. (1995). Using research and theory to develop prevention program for high-risk families. *Family Relations*, 44, 78-86.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R., Castro, F. G., Gottfredson, D., et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Gardner, F., Connell, A., Trentacosta, C. J., Shaw, D. S., Dishion, T.J., & Wilson, M.N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 543–553.
- Ginsburg, G.S. (2009). The child anxiety prevention study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 580–587.
- Higgins, J. P. T & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. Retirado de: www.cochrane-handbook.org
- Huynh-Nhu, L., Muñoz, R. F., Ippen, C. G. & Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: we must prevent major depression in women. *Prevention & Treatment*, 6, sem página específica.
- Jones, S. M., Brown, J. L., Hoglund, W. L. G., & Aber, J. L. (2010). A school-randomized clinical trial of an integrated social–emotional learning and literacy intervention: impacts after 1 school year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 829–842.
- Kazdin, A. E. (1982). *Methods for clinical and applied settings*: New York: Oxford University Press.
- Kenny, M. E. & Hage, S. M. (2009). The next frontier: prevention as an instrument of social justice. *The Journal of Primary Prevention*, 30, 1-10.

- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (Org). (2011). *Mental health promotion and mental health illness prevention: the economic case*. London: Department of Health.
- Lane, K. L. & Beebe-Frankenberger, M. (2004). School-based interventions: the tools you need to succeed. Em K. L. Lane & M. Beebe-Frankenberger (Org.), *Designing effective interventions: introduction and overview* (pp. 1-13). New York: Pearson Education.
- Lohr, S. S., Pereira, A. C. S., Andrade, A. L. M., & Kirchner, L. F. (2007). Avaliação de programas preventivos: relato de experiência. *Psicologia em Estudo*, 12, 641-649.
- Louzã, M. R. (2007). Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 169-173.
- Luizzi, L. & Rose, T. M. S. (2010). Intervenções para a prevenção e redução de comportamentos agressivos e a formação de professores. *Temas em Psicologia*, 18, 57-69.
- Melnik, T. & Atallah, A. N. (2011). Psicologia baseada em evidências: articulação entre a pesquisa e prática clínica. Em T. Menik & A. N. Atallah (Org), *Psicologia Baseada em Evidências: Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia* (pp. 3-13). São Paulo: Santos.
- McMillan, W., Stice, E., & Rohde, P. (2011). High- and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: an experimental trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 129–134.
- Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*. 51, 1116-1122.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 18, 283-291.

- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção e problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 1-8.
- Murta, S.G. (2011). Aproximando ciência e comunidade: a difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. Em A. Del Prette & Z. A. Del Prette (Org.), *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo* (pp. 83-111). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Padovani, R. C, Schelini, P. W. & Williams, L. C. A. (2009). Inventários de resolução de problemas sociais – revisado: evidências de validade e precisão. *Avaliação Psicológica*, 8, 267-276.
- Pelisoli, C. & Picoloto, L. B. (2010). Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivocomportamentais na escola, na família e na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6, 108-137.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D. & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidade sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 407-414.
- Prada, C, G., Williams, L. C. A., Weber, L. N. D. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática* , 9, 14-25.
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C., Zhai, F., Metzger, M.W., et al (2009). Targeting children's behavior problems in preschool classrooms: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 302–316.
- Rios, K. S. A & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13, 799-806.

- Rodrigues, M. C., Dias, J. P. & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resoluções de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15, 831-839.
- Rogers, E. M. (1995). Diffusion of drug abuse prevention programs: spontaneous diffusion, agenda setting and reinvention. *NIDA Research Monograph*, 155, 90-105.
- Romano, J. L. & Hage, S. M. (2000). Prevention and counselling psychology: revitalizing commitments for the 21st Century. *The Counselling Psychologist*, 28, 733-763.
- Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26, 132-143.
- Ronzani, T. M., Rodrigues, T. P., Batista, A. G., Lourenço, L. M. & Formigoni, M. L. O. S. (2007). Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao uso de álcool entre bombeiros. *Estudos de Psicologia*, 12, 285-290.
- Sandelowski, M. (2008). Reading, writing and systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 104-110.
- Silva, J. M. A. P. & Salles, L. M. F. (2010). A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção. *Educar em Revista*, 2, 217-232.
- Spink, M. J., & Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. Em M. J. Spink (Org.). *A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica* (pp. 25-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stice, E., Marti, C. N., Rohde, P., & Shaw, H. (2011). Testing mediators hypothesized to account for the effects of a dissonance-based eating disorder prevention program over longer term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 398-405

- Tibbits, M. K., Bumbarger, B. K., Kyler, S. J., & Perkins, D. F. (2010). Sustaining evidence-based interventions under real-world conditions: results from a large-scale diffusion project. *Prevention Science*, 11, 252-262.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628–648.
- Williams, R. J., Wood, R. T., & Currie, S. R. (2010). Stacked deck: An effective, school-based program for the prevention of problem gambling. *Journal of Primary Prevention*, 31, 109–125.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options*. Paris, França: Retirado de: [http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

ARTIGO III

**Programas Preventivos Brasileiros: quem faz e como faz prevenção
primária em saúde mental?**

Resumo: Investir em prevenção é uma demanda atual e urgente. Os objetivos do estudo são (1) identificar os centros de pesquisa brasileiros que desenvolvem intervenções preventivas e (2) descrever e avaliar as características das intervenções. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nacional, identificando artigos que descreviam intervenções de prevenção primária, sistematicamente avaliadas, para desfechos negativos em saúde mental. Foram incluídos 25 artigos, que descrevem 42 intervenções. Os dados indicaram uma predominância de intervenções longas (30 horas a um ano letivo), com um número reduzido de sujeitos (menos de 50), realizadas semanalmente e que tinham como objetivo o ensino de competências. 84% não realizaram *follow-up* e 88% não discutiram a relevância dos seus resultados para as políticas públicas. Os pesquisadores identificados com publicações constantes na área são, em sua maioria, psicólogos, filiados a instituições públicas de ensino do sudoeste brasileiro. Destaca-se a importância da formação de redes entre os pesquisadores, o fortalecimento da identidade de pesquisador da prevenção e ampliação de um diálogo recíproco entre a academia e as políticas públicas, para que as intervenções bem sucedidas possam ser disseminadas.

Palavras-chave: programas preventivos brasileiros, saúde mental, políticas públicas.

Abstract: Investing in prevention is a current demand and urgent. The goals of this study are (1) identify the Brazilian research groups, which develop preventive interventions and (2) describe and evaluate the characteristics of interventions. We performed a systematic review of national literature that identified articles, which described primary prevention interventions systematically evaluated. Were included 25 articles describing 42 interventions. The researchers are mostly psychologists affiliated to a public university, in southwest of Brazil. Data indicated a predominance of long interventions (30 hours corresponding to one academic year), with a small number of

subjects (less than 50), done weekly and had the goal of teaching skills. 84% did not do the follow-up and 88% did not discuss the relevance of the results for public policy. We emphasize the relevance of the networking among researchers, strengthening identity as a prevention and expansion of a reciprocal dialogue between academia and public policy. So that successful interventions could be disseminated.

Keywords: Brazilian prevention programs, mental health, public policy.

Programas Preventivos Brasileiros: quem faz e como faz prevenção primária em saúde mental?

A prevenção primária é a única estratégia efetiva de reduzir a futura incidência de problemas mentais e emocionais (Albee, 1998). Com essa frase, George Albee - um dos precursores da prevenção em saúde mental - enfatizou a relevância do papel da prevenção primária em saúde mental, baseando-se em resultados de aproximadamente 50 anos de pesquisa.

Desde o trabalho pioneiro de Albee, no fim da década de 1950 (Dalton, Elias & Wandersman, 2007), diversos avanços ocorreram na área, incluindo a criação de periódicos especializados e o surgimento de sociedades científicas com foco em prevenção. Os periódicos especializados representaram ganhos na divulgação científica em prevenção e foram marcados pela criação do *The Journal of Primary Prevention* em 1980, *Prevention Science* em 2000 e *The Prevention Researcher* em 2006. O surgimento de sociedades científicas interessadas em investigar, avaliar e disseminar programas preventivos em todo mundo, como a *Society for Prevention Research – SPR* (EUA), no final da década de 90 e, mais recentemente, a *European Society for Prevention Research - ESPR*, em 2010 representaram outro melhoria.

A discussão atual são os métodos relacionados à disseminação de programas (Pentz, 2004; Elliot & Mihalic, 2004). Existem inúmeros programas com evidências empíricas de seus resultados na prevenção de desfechos negativos em saúde mental, tanto na prevenção de fatores de risco e na promoção de fatores de proteção, quanto na prevenção de transtornos mentais. Entretanto, no Brasil, as características dos programas preventivos em saúde mental são desconhecidas. Uma revisão sistemática sobre o estado da arte da prevenção em saúde mental da literatura nacional (Abreu & Murta, 2012) constatou a escassez de revisões específicas de programas nacionais. Em acréscimo, a revisão encontrou 4131 artigos científicos que citavam prevenção, 651 com o foco em saúde mental, mas somente 11 descreviam intervenções, sistematicamente, avaliadas de prevenção em saúde mental. Contudo, o estudo não analisou as características das intervenções e os resultados encontrados. Assim, a lacuna do desconhecimento das características dos programas preventivos persiste, sendo um limitador para os avanços da prevenção em saúde mental no Brasil.

Políticas científicas sobre a difusão do conhecimento têm reforçado a necessidade de divulgação do que está sendo produzido, somando forças à necessidade de conhecimento de programas preventivos. A criação de novos mecanismos e investimentos públicos e privados para a transferência de conhecimento em tecnologia vem sendo discutida, a fim de que o conhecimento produzido nas universidades possa chegar à população (Marques, 2012). Na mesma direção, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em iniciativa pioneira no Brasil, estimula os pesquisadores a divulgarem seus resultados em mídias não científicas, bem como utilizarem uma linguagem acessível ao público leigo (CNPq, 2012). Frente a essas novas demandas, a identificação dos centros de pesquisas nacionais e o conhecimento das características de intervenções tornam-se atual e relevante.

Por meio de identificação dos centros de pesquisa, uma rede de pesquisadores da prevenção poderia ser formalizada, oferecendo avanços à pesquisa em prevenção no Brasil. Um resultado possível da parceria entre pesquisadores seria a transformação do conhecimento científico em tecnologia psicossocial acessível à população, atendendo o compromisso social e ético do cientista (Sommer, 2009). Outro desdobramento seria a inserção de programas preventivos em políticas públicas brasileiras. Os gestores públicos poderiam desenvolver projetos mais adequados às necessidades da população caso tenham acesso ao que vem sendo desenvolvido pela ciência brasileira.

Para tanto, seria necessária uma nova atuação por parte dos profissionais que desenvolvem programas de prevenção em saúde mental. Entre esses profissionais, destaca-se o psicólogo, que tem sido constantemente solicitado a apresentar habilidades e recursos para elaborar, implantar e avaliar programas. Uma revisão sistemática recente apontou um quadro crescente de artigos que discutem a inserção do psicólogo no SUS e em políticas de assistência social, com uma atuação mais voltada para o modelo da saúde pública e menos da clínica tradicional (Abreu & Murta, 2012). Entretanto, achados da pesquisa nacional sobre a atuação do psicólogo e sua formação (Bastos & Gondim, 2010) indicaram a predominância na clínica tradicional (53,9%), menos de 10% em contextos educacionais e 4,8% na saúde pública. Assim, visando atender às demandas de sistematização dos avanços nacionais em prevenção, os objetivos do presente estudo são (1) identificar os centros de pesquisa brasileiros que desenvolvem intervenções preventivas sistematicamente avaliadas e (2) descrever e avaliar as características das intervenções de prevenção primária.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nacional, identificando artigos científicos que descreviam intervenções de prevenção primária, sistematicamente

avaliadas, para desfechos negativos em saúde mental. A busca foi conduzida sem limite inicial de data para publicação. Foram incluídos artigos publicados até março de 2012.

Os artigos iniciais foram encontrados em revisão sistemática anterior (Abreu & Murta, 2012). A revisão analisou os estudos encontrados no *Scielo* e no *Pepsic* até janeiro de 2012 e localizou 11 intervenções sistematicamente avaliadas. A partir dessas, foram identificados os autores dos estudos e realizada nova busca por artigos listados em seus currículos, disponíveis on-line na plataforma *Lattes* do CNPq até março de 2012. Caso os novos artigos encontrados indicassem autores ainda não pesquisados, o Currículo *Lattes* desses era, igualmente, analisado, como uma etapa seguinte de busca de artigos. Esta busca foi finalizada quando os currículos *lattes* de todos os autores que publicaram intervenções sistemáticas foram analisados. Assim, foram incluídos artigos de pesquisadores brasileiros publicados em revistas internacionais, escritos em inglês e espanhol.

Procedimentos de seleção a categorização dos estudos

A seleção dos artigos foi realizada por um pesquisador, especialista em programas preventivos. Inicialmente, todos os artigos científicos, listados no currículo *lattes* dos pesquisadores identificados em revisão de literatura prévia (Abreu & Murta, 2012), foram analisados, exceto por cinco artigos citados no *lattes* dos pesquisadores que não puderam ser localizados e analisados por limitações de acesso ao periódico.

Foram excluídos os artigos que descreviam estudos de: (a) prevenção secundária ou terciária, ou seja, artigos que tratavam da prevenção a danos resultantes de um transtorno mental já diagnosticado, (b) uso de tecnologias biomédicas de intervenção, como medicamentos ou procedimentos cirúrgicos, (c) estudos que descreviam parte de tratamentos ou que mesclavam prevenção e tratamento, (d) estudos que descreviam resultados da avaliação de processo da intervenção, (e) estudos que apresentavam

resultados da implantação de treinamentos para a prevenção, mas não avaliavam os resultados do treinamento para o público-alvo e (f) estudos que produziam resultados exclusivamente relacionados à promoção de saúde, mas não indicavam efeitos preventivos para desfechos negativos em saúde mental.

Para ser incluído na revisão, o artigo deveria ter uma condição de saúde mental como foco a ser prevenido, definida como um transtorno mental (desfecho final), conforme classificação do DSM-IV ou um fator de risco para transtornos mentais (desfecho intermediário) e ter o foco em prevenção primária, independente dos autores nomearem a própria prática como preventiva ou não. Como último critério de inclusão, a intervenção descrita deveria ser sistematicamente avaliada. Para ser classificada como tal, a intervenção descrita deveria apresentar os seguintes critérios: (a) delimitação clara da(s) variável(is) avaliada(s) na intervenção, (b) análise de uma variável que indicasse um desfecho final ou intermediário em saúde mental, (c) apresentação de medidas qualitativas e/ou quantitativas específicas para mensurar a variável citada e (d) apresentação de dados resultantes em resposta ao método apresentado. Os critérios foram baseados em revisão sistemática internacional que apresentou objetivos similares ao deste estudo (Doughty, 2005).

A etapa de categorização foi realizada por dois codificadores e um juiz, solicitado em caso de divergência, todos com experiência em avaliação de programas preventivos. Cada codificador preenchia uma folha de codificação com os critérios apresentados e os resultados eram comparados por meio do cálculo de concordância entre codificadores (Kazdin, 1982). O cálculo de concordância consistiu no número de concordâncias dividido pela somatória de concordâncias e discordâncias, multiplicados por cem. Em caso de divergência entre os codificadores, o juiz era solicitado. O grau de concordância geral encontrado, a partir da média de todos os critérios avaliados, foi de 92,7%.

Para responder ao segundo objetivo do estudo, a análise das intervenções baseou-se nas seguintes categorias:

- Características do estudo

Referem-se ao ano de publicação, as áreas de atuação dos autores (psicologia, saúde pública, educação, outros) e a instituição que estão filiados. A filiação institucional foi baseada na informação disponível no Currículo *Lattes* dos pesquisadores em março de 2012. A condição prevenida (estresse, depressão, violência, uso de álcool e drogas, etc.), e a variável dependente avaliada (rejeição por pares, frequência de uso de álcool e drogas, frequência de comportamentos agressivos, etc.) também foram incluídas. Foi descrita a presença ou não de apoio por órgãos de fomento em pesquisa e/ou instituições financiadoras públicas ou privadas.

- Tipo de prevenção primária

Foi utilizada a definição de prevenção primária conforme o grau de exposição da população aos fatores de risco (Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996). Podendo ser: (a) universal, quando todos os membros de uma população são alvo da intervenção e o objetivo é evitar o estabelecimento do problema; (b) seletiva, quando voltada a indivíduos ou subgrupos expostos a fatores de risco epidemiológicos ou; (c) indicada, voltada para indivíduos ou subgrupos que apresentam sintomas iniciais do problema, visando reduzir o impacto de características reconhecidas como de risco.

- Delineamento e características da intervenção

Refere-se ao tipo de delineamento, classificados em experimental, quase-experimental e pré-experimental. Estudos experimentais são aqueles que utilizam grupo controle e experimental com distribuição aleatória dos participantes. Os quase-experimentais apresentam grupo controle e experimental sem distribuição aleatória e os pré-experimentais, não apresentam nenhuma das duas condições (Campbell & Stanley,

1979). No desenho da intervenção avaliaram-se o contexto de aplicação (escola, comunidade, hospital, empresa, universidade, etc.), público-alvo (crianças, adolescentes, adultos, casais, professores, pais, etc.), número de sujeitos, números de sessões, quantidade total de horas e condição promovida, com detalhes do conteúdo da intervenção (treinamento de habilidades sociais, estratégias de enfrentamento ao estresse, habilidades parentais, etc.).

- Foco da intervenção

Refere-se às estratégias de intervenção escolhidas pelos programas, podendo ser centradas no ambiente, centradas na pessoa ou em ambos, como realizado em revisões com objetivos semelhantes (Durlak & Wells, 1997; Kulic, Home & Dagley, 2004, Murta, 2007). Os programas centrados no ambiente têm como estratégia a mudança do contexto ou de comportamentos de indivíduos que lidam diretamente com a população-alvo. Os programas centrados na pessoa são intervenções diretas ao público-alvo que se quer gerar mudanças comportamentais. Programas combinados oferecem intervenções, simultâneas, para a população-alvo e para fatores ambientais ou pessoas próximas aos indivíduos-alvo.

- Avaliação dos resultados

Refere-se à descrição dos resultados encontrados, indicados por mudanças observáveis (ou não) em ao menos uma variável avaliada. Foi também avaliada a presença ou não de *follow-up*, o tempo e os resultados do *follow-up* e a presença ou não de discussões sobre as implicações dos resultados dos estudos para as políticas públicas.

Resultados

Foram incluídos 25 artigos científicos que descreviam intervenções sistematicamente avaliadas e que preenchiam os critérios de inclusão. Esses artigos descrevem 42 intervenções de prevenção primária em saúde mental. Alguns estudos

apresentavam comparação entre duas ou mais intervenções ou intervenções com foco combinado (no ambiente e na pessoa), o que resultou em um número maior de intervenções do que de artigos. O primeiro artigo foi publicado em 2000 e o mais recente em 2011. Entre 2000-2002, apenas um artigo foi publicado, entre 2003-2005 esse número subiu para seis, alcançando, em seguida, o maior número de publicações entre 2006-2008, com 10 artigos e finalizando com oito artigos publicados entre 2009-março de 2012.

Os periódicos de publicação foram prioritariamente na área de psicologia. Do total, 22 periódicos eram de psicologia, um da área de educação e sexualidade, uma revista médica e um periódico que é referência na saúde coletiva. Em relação à indicação de apoio financeiro, nove artigos (36%) citaram o apoio de agências de fomento científicas nacionais (CAPES e CNPq) e fundações regionais de amparo à pesquisa (FAPESP, FAPEMIG) e um artigo (4%) citou o apoio do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância e Saúde). Dos nove artigos que receberam apoio, todos citaram que ocorreu por meio de bolsas de mestrado, doutorado ou de produtividade.

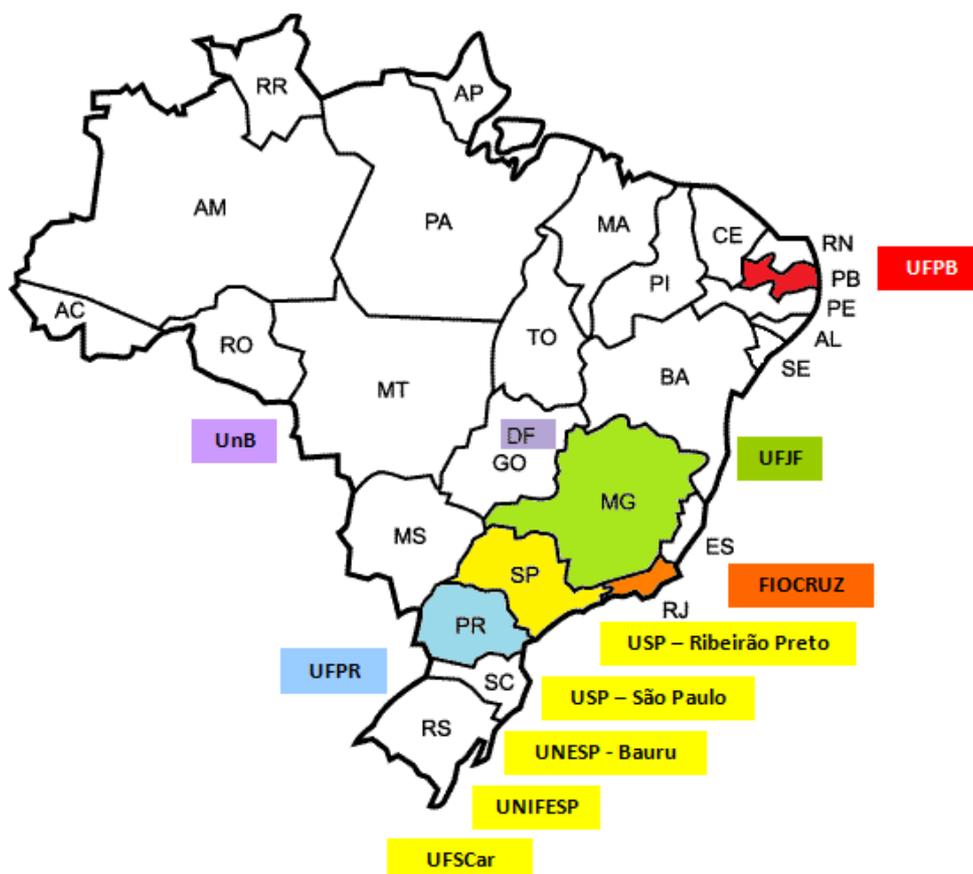
Perfil do pesquisador da prevenção em saúde mental no Brasil

Pesquisadores seniores e jovens pesquisadores compuseram a maior parte dos autores identificados. Ao todo, 44 pesquisadores foram autores dos 25 artigos analisados. Dentre eles, 15 autores são pesquisadores seniores, segundo critérios da CAPES, ou seja, doutores há mais de 10 anos e docente/ pesquisador com produção científica relevante na última década, 12 são jovens pesquisadoras (doutores há menos de 10 anos), oito são estudantes de pós-graduação, divididos entre alunos de mestrado, doutorado e especialização e nove são alunos de graduação. A continuidade de produção não foi distribuída homoganeamente, 14 autores apresentaram produção científica contínua em prevenção. As publicações constantes foram identificadas pela análise do Currículo *Lattes*,

referindo-se a artigos, livros, capítulos de livros e resumos expandidos em congressos, com conteúdos sobre a elaboração e replicação de intervenções, criação de manuais e instrumentos de avaliação. Entretanto, 30 autores tiveram uma única publicação de intervenção preventiva e, conforme informações disponíveis nos Currículos *Lattes*, não apresentam outras publicações de destaque para a prevenção em saúde mental.

A filiação institucional dos pesquisadores está centralizada em universidades públicas brasileiras, como pode ser observado na Figura 1. Não foram encontradas filiações a centro de pesquisas independentes de instituições de ensino superior. A região com o maior número de grupos de pesquisa em prevenção é o sudeste, com sete das 11 universidades identificadas. Não foram encontrados publicações ou pesquisadores filiados às universidades do norte do Brasil.

Figura 1: Mapa da filiação institucional dos pesquisadores de prevenção primária em saúde mental



Os pesquisadores basearam suas intervenções, em sua maioria, na abordagem comportamental. Dos 25 artigos publicados, 14 descreveram intervenções baseadas na teoria comportamental (56%), oito na teoria cognitivo-comportamental (32%) e os demais se dividiram em uma frequência única (4% cada) de intervenções baseadas na logoterapia, no modelo transteórico de mudança e um artigo não citou a abordagem, mas baseou suas técnicas em mudanças contextuais.

Características das intervenções de prevenção primária em saúde mental

O delineamento utilizado foi, em mais da metade, caracterizado por intervenções pré-experimentais (54,48%), seguidas por quase-experimentais (34,88%) e experimentais (11,62%). Ao todo, foram identificadas cinco intervenções experimentais e três delas são delineamentos do tipo AB com o número de sujeitos variando entre dois, 26 e 34 participantes. As outras duas intervenções são baseadas no modelo de Intervenções Breves (I.B), com a duração de 2-3 minutos e 20 minutos, individualmente, com 99 participantes.

Intervenções breves e individuais são exceções. As outras 41 intervenções descritas (95,34%) foram em grupo e com duração total variando entre 11 horas a um ano letivo, semanalmente. Na descrição dos procedimentos, 11 intervenções não informaram a quantidade de horas, cinco intervenções foram realizadas durante um ano letivo e para as demais, 19 intervenções, que descreveram as horas de contato entre pesquisadores e participantes, a média total foi de 30 horas por participante, em grupo.

As características da amostra destacaram como população-alvo as crianças e adolescente em idade escolar. Exceto por três intervenções, que focavam a prevenção do estresse ocupacional em adultos, as outras 39 (92,85%) tinham como meta final a prevenção de fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes. A escolha dos participantes conforme a exposição da população aos fatores de risco foi dividida entre

intervenções universais e indicadas ambas com porcentagem similar de 43%. As intervenções seletivas tiveram a menor proporção, com menos de 15% de frequência.

Predominaram as intervenções com foco combinado. Em 28 intervenções (65,11%), o público-alvo final e pessoas relevantes ao seu contexto receberam intervenções visando à melhora ou a redução de fatores de risco no comportamento da população-alvo. As demais intervenções foram distribuídas entre intervenções focadas na pessoa (18,6%) e no ambiente (16,27%). Em intervenções com foco no ambiente, os que recebiam a intervenção eram pais, professores ou cuidadores da população infanto-juvenil. Não foram identificadas intervenções ambientais em mudanças organizacionais ou em políticas públicas.

Em consonância com o público-alvo, o local de aplicação majoritário foi o contexto educacional. A escola foi o local de implantação dos programas em 62,79% das intervenções, seguidos por intervenção em clínica-escola (16,27%), ambientes comunitários (13,95%), como ONG, centros comunitários e centros de referência em assistência social e contextos ocupacionais (6,97%). O número de participantes apresentou grande variação, de intervenções com dois sujeitos a populações de 11.337 adolescentes. As intervenções com o maior número de sujeitos se concentraram nas intervenções ambientais de prevenção a violência, descritas em um artigo que analisou iniciativas bem sucedidas de prevenção à violência (Gomes, Minayo, Assis, Njaine & Schenker, 2006). Nessas, como pode ser observado na Tabela 1, as intervenções caracterizaram-se em comunitárias e com atividades relacionadas ao esporte, capacitação profissional e identidade cultural. As intervenções com um número reduzido de sujeitos (menos de 50) foram às intervenções longas (30 horas a um ano letivo), realizadas semanalmente e que tinham como objetivo o ensino de competências.

Tabela 1 – Características das intervenções de prevenção primária em saúde mental (N= 25 artigos, 42 intervenções)

Autor e ano	Nível de Prevenção Primária/Condição Prevenida	Tipo de Delineamento	Formato da Intervenção	Conteúdo de Intervenção	Avaliação de resultados e <i>follow-up</i>	Discussão de políticas públicas
Aquino, T. A. A., Silva, J. P. & Figueiredo, A. T. B., Dourado, E. T. S. & Farias, E. C. S. (2011)	Universal/ Vazio existencial/ frustração existencial/ falta de sentido na vida (termo técnico da fenomenologia e análise existencial)	Quase-experimental, pré e pós-teste com grupo controle, não equivalente	Participaram 33 adolescentes de uma intervenção de grupo semanal (duas vezes por semana), com duração de 12 horas, 15 sessões em uma escola	Promoção de sentido da vida com a logoterapia: dimensão do espírito humano, vontade de sentido, liberdade e responsabilidade, autotranscendência, conformismo e totalitarismo, valor como ser humano, encontrar sentido e situações-limite e projeto de vida. Teste do Propósito da Vida (instrumento validado para a população brasileira).	Diminuição do nível de desespero no grupo experimental. Aumento significativo da sensação de sentido na vida no pós-teste para o grupo experimental. Os dois grupos aumentaram a sensação de sentido de vida. Os adolescentes do grupo experimental puderam articular a leitura às experiências vividas, o que lhes forneceu novas estratégias de enfrentamento. Não houve <i>follow-up</i>	Não
Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2010)	Indicada/ Problemas de comportamento	Quase-experimental, pré e pós-teste com grupo controle	Participaram 15 pais e cuidadores de intervenção de grupo semanal (duas vezes por semana) na escola e na clínica escola, duração 21-28 horas, 14 sessões	Treinamento de habilidades sociais parentais: fazer e responder perguntas, expressar sentimentos, expressar opiniões, lidar com críticas, reconhecimento de comportamento pró-social, antissocial e passivo, dar limites (4 últimas sessões). Entrevista sobre habilidades sociais relacionadas às práticas parentais e Inventário de Habilidades Sociais (ISS), respondidos pelos pais sobre o próprio comportamento. <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL), respondido pelos pais em relação ao comportamento dos filhos.	O número de crianças que foram classificadas como clínicas no pré-teste (11) reduziu em relação ao pós-teste (6), principalmente em relação aos problemas de comportamento externalizantes. Os resultados indicam que a intervenção foi efetiva para diminuir problemas de comportamento internalizantes, reduzir práticas parentais negativas e melhorar as habilidades sociais média dos pais. Ausência de <i>follow-up</i> .	Não
Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. & Marturano, E. M. (2008)	Universal/ Problemas de comportamento	Pré-experimental, pré e pós-teste e <i>follow-up</i> .	Participaram 14 pais de um grupo semanal (duas vezes por semana) em uma clínica-escola com duração de 40 horas	Habilidades sociais educativas parentais: comunicação (iniciar e manter conversações, fazer e responder perguntas), expressar sentimentos, expressar opiniões, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas, comportamento assertivo, estabelecer limites. Inclusão de 3 sessões de temas livres, conforme o interesse dos participantes (incentivar filhos a gostar de estudar, ciúme entre irmãos, conciliar papel de pai/mãe com outras atividades). Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P), Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência para pré-escolares e escolares - <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL), Inventário de Habilidades Sociais (IHS - Del Prette, Del Prette & Del Prette) e o Inventário de Assertividade de Rathus.	Melhora quanto às categorias comunicação, expressividade e consistência. Problemas de comportamento, medidos pelo CBCL, verificaram melhoras em 10 das 14 crianças/adolescentes avaliadas. Melhoras nas habilidades sociais gerais (IHS- Del Prette), mas não reiterados na Escala de Assertividade de Rathus. Melhoras nas habilidades sociais do grupo avaliado, especialmente quanto ao enfrentamento e autoafirmação com risco. Após a intervenção verificou-se que os pais apresentaram-se como bons modelos de comportamento socialmente habilidoso, o que modelou também respostas socialmente habilidosas nos filhos, sem recorrer a práticas educativas punitivas e problemas de comportamento. Após seis meses as melhoras não foram mantidas para todos os itens inclusos na categoria "Consistência".	Não
Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. & Ribeiro, D. C. (2008)	Indicada/ Problemas de comportamento	Quase-experimental, pré e pós-teste	Participaram 3 mães e avó de uma intervenção de grupo semanal (duas vezes por semana) em uma clínica escola com duração de 28 horas	Habilidades sociais educativas parentais: iniciar e manter conversação, expressar sentimentos positivos e pedir mudança de comportamento. Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P), Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência para pré-escolares e escolares - <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL), Inventário de Habilidades Sociais (IHS - Del Prette, Del Prette & Del Prette).	Comparação entre a avaliação controle (2 meses antes da intervenção) e avaliação pós-intervenção indicou a mudança de critérios clínicos ou limítrofes em todas as escalas na primeira avaliação e classificação normal no pós-teste. Aumento de repertório de habilidades sociais educativas das participantes, especialmente em habilidades de comunicação, expressividade e estabelecimento de limites. Redução de indicativos de problemas de comportamento na criança e aumento de respostas socialmente habilidosas da criança. Não houve <i>follow-up</i> .	Não

Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2003)	Universal/ Comportamentos inibidos ou impulsivos em crianças	Quase-experimental, Pré e pós-teste com grupo controle não aleatorizado (aplicação de programa avaliado internacionalmente)	Participaram 55 crianças de uma intervenção de grupo semanal (duas ou três vezes por semana) em uma escola, com duração de 6 meses, 22 horas	Promoção de habilidades de resolução de problemas. 68 lições organizadas em três partes: habilidades prévias para solução de problemas, habilidades de solução de problemas, processo de solução cognitiva de problemas interpessoais. <i>PIPS - Preschool Interpersonal Problem Solving</i> . Diário de campo (para avaliação de processo, registro de intercorrências diárias).	Aumento da capacidade de geração de soluções alternativas para problema interpessoais. Diminuição no número de crianças com dificuldades de solução de problemas na avaliação pré e pós-teste (de 8 para 3), no grupo comparação houve aumento (de 4 para 6). No grupo intervenção houve diminuição de respostas antissociais como pegar a força, surrupiar e agressão física, assim como solução de manipulação de amizade. Houve redução no número de conflitos envolvendo crianças consideradas com comportamentos inicialmente mais perturbadores. Algumas crianças parece não ter havido efeito favorável (efeito nulo). Houve diminuição de força, em ambos os grupos, o que pode refletir uma tendência evolutiva da fase escolar (não é efeito da intervenção). Crianças com maior envolvimento em conflitos interpessoais foram as mais beneficiadas pela intervenção. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2009)	Universal/ Conflitos abertos	Quase-experimental, pré-pós teste com grupo controle	Participaram 61 crianças de um grupo diário de duração de 20 min. (Módulo 1-15), Módulo 2 conforme a necessidade e Módulo 3 diluído no currículo, em uma escola	Intervenção dividida em três módulos: (1) Programa "Eu posso resolver problemas" (ERPR), para desenvolver habilidades de solução de problemas interpessoais, (2) Módulo de autocontrole, para a autorregulação das emoções negativas por meio de técnicas de relaxamento e (3) Valores Humanos, para ampliar respostas pró-sociais. Diário de Campo, por meio da observação e registro direto da professora. Inventário de Estressores Escolares (IEE), respondido pelos alunos e Indicador de Desempenho Pró-Social (IDSP), por meio de julgamento de pares.	Diminuição significativa da frequência de conflitos com redução clara e consistente para o grupo experimental. Para as crianças mais envolvidas em conflitos interpessoais, a média correspondente ao número total de conflitos em que cada criança se envolveu caiu de 85.9 no primeiro período para 37.2 no último período do ano letivos. Houve um aumento significativo no número de indicações recebidas pelas crianças do grupo experimental, como um colega que ajude. Não houve <i>follow-up</i> .	Sim
Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2010)	Universal/ Problemas de comportamento (diminuição de conflitos abertos na escola)	Quase-experimental, pré e pós-teste com dois grupos experimentais e um controle	Participaram 91 crianças de intervenção em grupo em uma escola, com duração de 1 ano letivo	Intervenção 1: Programa de desenvolvimento moral: ensino de habilidades de solução de problemas interpessoais, iniciação ao valores humanos e autocontrole emocional. Foco no desenvolvimento das bases cognitivas e afetivas do comportamento moral. Sondagem de habilidades de solução de problemas interpessoais (PIPS). Registro de conflito e um diário de campo. Observação do comportamento em sala de aula. Inventário de estressores escolares. Indicador de Desempenho Escolar (IDP), desenvolvido pelas autoras. Os quatro primeiros instrumentos são validados.	Os alunos que passaram pela intervenção 1 ampliaram suas habilidades de solução de problemas interpessoais, diminuíram a participação em conflitos interpessoais abertos ao longo do ano letivo, reduziram comportamentos incompatíveis com as atividades escolares e melhoraram o desempenho pró-social. A intervenção multimodal apresentou efeitos cognitivos e comportamentais mais pronunciados que ERPR. As crianças que se mostravam mais vulneráveis ao fracasso no cumprimento da tarefa de adaptação escolar foram as que obtiveram os maiores ganhos comportamentais com a intervenção (LITERATURA: os mais beneficiados são os que estão em maior risco). Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2008)	Universal/ Abuso sexual infantil (treinamento de professores)	Pré-experimental, Pré e pós-teste sem grupo controle	Participaram 101 professores de um grupo semanal dividido em 2 oficinas (1) 48 horas de capacitação teórica (2) 16 horas de capacitação prática, em uma escola	(1) Capacitação teórica, discutindo questões básicas acerca de abuso contra crianças, do abuso sexual em específico e de ações preventivas. (2) Capacitação prática, quando ministraram duas oficinas sobre prevenção ao abuso sexual infantil, para familiares e duas oficinas sobre habilidades de autoproteção para as crianças. Indicadores de Abuso Sexual e Exercício sobre Abuso Sexual (IAS) para Professores (elaborado pela autoras), ambos respondidos pelos professores. Exercício sobre Abuso Sexual para Familiares, respondido pelo familiar e Exercício sobre Aquisição de Habilidades de Autoproteção, respondido pelas crianças, ambos elaborados pelas autoras.	Os professores aumentaram seus conhecimentos acerca do abuso sexual, mas isso não reflete em aumento de denúncias ou em ações de proteção à criança. As oficinas para os familiares não foi suficiente para promover modificações no seu conhecimento sobre sinais e sintomas de abuso sexual. Em contrapartida, os familiares aprenderam a identificar procedimentos relacionados à como e quando denunciar e 75% identificaram quando e como proceder à denúncia. Antes das oficinas 30.3% identificaram respostas adequadas às atitudes consideradas adequadas para garantir a proteção integral da criança, após a intervenção esse número subiu para 94.6%. Após as oficinas, as crianças passaram a ser capazes de relacionar ações corretas diante de algo de que não gostam. Não	Sim

houve *follow-up*.

Castro, R. E. F., Melo, M. H. S. & Silveiras, E. F. M. (2003)	Indicada/ Rejeição por pares (o foco maior e na promoção de competências)	Quase-experimental, com grupo de validação	Participaram 38 crianças, pais e professores de intervenções grupais, com duração de 4 meses para as crianças e pais e 8 meses professores em uma escola	Professores: programas de educação socio-afetiva de Trianes e Muñoz. Conteúdo: melhora no clima em sala, resolução de conflitos e aprendizagem de regras (2 módulos de 3 foram treinados). Crianças e pais: atendimento conjunto com o treinamento de habilidades sociais. Avaliação sociométrica, por meio de entrevistas, com formulação de categorias de rejeição e aceitação (mediu o impacto social e a preferência social). Construção de um ranking de preferência social a partir da avaliação sociométrica. Registro de ocorrências mais relevantes, reportado pelas professoras em treinamento.	Os índices de aceitação e rejeição obtidos na primeira e segunda avaliação sociométrica revelaram mudanças significativas na percepção por pares. Somente uma das 13 crianças do grupo intervenção manteve o enquadramento de rejeição. No grupo controle, 7 das 12 crianças mantiveram a primeira classificação. 9 das 13 crianças do grupo controle obtiveram classificação igual ou superior ao grupo de validação social. Os autores assumem a intervenção como eficaz na prevenção de rejeição por pares. Não houve <i>follow-up</i>	Não
Cia, Fabiana, Barham, E. J. & Fontaine, A. M. G. V. (2010)	Universal/ Problemas de comportamento	Quase-experimental, pré-pós teste com grupo controle não equivalente e duas intervenções distintas	Participaram 99 crianças de grupo semanal em uma escola, duração 24 horas.	Ensino de habilidades sociais educativas parentais: comportamentos paternos empáticos, leitura do ambiente, análise funcional do comportamento, elogio e feedback positivo, capacidade de se expressar, impor limites e solicitar mudanças no comportamento do filho. Teste de desempenho escolar (TDE), respondido pelas crianças. Social Skills Rating System (SSRS), respondido pelas professoras. Avaliação de Desempenho Acadêmico e dos Comportamentos dos Alunos, respondido pela professoras.	De acordo com a avaliação das professoras, não houve alterações significativas entre o pré e pós-teste em relação aos problemas de comportamento, os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes estavam acima da média nos dois momentos. Houve aumento significativo no número de atributos positivos mencionados em relação às crianças e diminuição dos atributos negativos, segundo as professoras. Foram observados ganho significativos no desempenho acadêmico. Não houve <i>follow-up</i> .	
De Micheli, D., Fisberg, M. & Formigoni, M. L. O. S. (2004) ¹	Seletiva/ Uso de álcool e outras drogas	Experimental, Não usuários que receberam Orientação preventiva (NUM-OP), não usuários que não receberam orientação preventiva (CONUM-OP)	Participaram 40 adolescentes de intervenção individual, com duração de 2 a 3 minutos em uma clínica escola.	Orientação preventiva (o médico fornece folheto informativo sobre o uso de álcool, tabaco, inalantes, maconha, cocaína e êxtase, sobre o modo de ação das substâncias, principais efeitos e prejuízos causados, e comenta-os). DUSI - <i>Drug Use Screening Inventory</i> (Di Micheli & Formigoni). Questionário de avaliação de impacto (para o <i>follow-up</i>)	Nos adolescentes que receberam a orientação preventiva, houve aumento de consumo significativo apenas na prevalência do consumo de álcool na frequência de uso de 3 a 9 vezes, de tabaco na frequência de 1 a 2 vezes, não tendo sido detectado aumento no consumo de álcool ou tabaco na categoria 10 ou mais vezes. Adolescentes não usuários que não receberam orientação preventiva apresentaram aumento significativo no <i>follow-up</i> de 6 meses. Adolescentes não usuários que receberam orientação preventiva não apresentaram aumento significativo na pontuação do DUSI no <i>follow-up</i> . Efeito iatrogênico: redução do consumo de maconha, mas aumento do uso de álcool e tabaco.	Não
	Indicada/ Uso de álcool e outras drogas	Experimental, Usuários que receberam intervenção breve (UM-IB), usuários que não receberam intervenção breve (COUM-IB)	Participaram 59 adolescentes de intervenção individual, com duração de 20 minutos em uma clínica escola.	Intervenção breve, baseada no modelo FRAMES, que inclui <i>Feedback</i> /Devolutiva dos resultados obtidos no teste de rastreamento, <i>Responsability</i> /Responsabilidade pessoal pela mudança de comportamento, <i>Advice</i> / Aconselhamento para a mudança de comportamento, com a discussão de possíveis metas, <i>Menu of options</i> /Menu de opções, com a identificação de situações de risco e estratégias de enfrentamento, <i>Empathy</i> /Empatia do profissional e <i>Self-efficacy</i> /Auto-eficácia, com estímulo a autoconfiança do adolescente. DUSI - <i>Drug Use Screening Inventory</i> (Di Micheli & Formigoni). Questionário de avaliação de impacto (para o <i>follow-up</i>).	Adolescentes usuários no último mês que receberam Intervenção Breve verificou-se a redução significativa na prevalência do consumo de maconha, inalantes, êxtase, álcool e tabaco (efetividade de sessão única na redução do consumo de substâncias). No <i>follow-up</i> seis meses após a intervenção usuários no último mês que receberam intervenção breve, houve redução significativa na prevalência de consumo de várias classes de substâncias (maconha, inalantes, êxtase, álcool e tabaco)	Não

De Salvo, C. G., Mazzarotto, I. H. K & Lohr, S. S. (2005)	Indicada/ Problemas de comportamento (* As autoras falam da prevenção de saúde mental, foi identificada a variável avaliada)	Pré-experimental, Pré e pós-teste sem grupo controle.	Participaram 9 crianças e 9 pais (18 sujeitos) de um grupo semanal em uma escola e em uma clínica escola, duração 30 horas	Treinamento de habilidades sociais para crianças. Não cita quais foram as habilidades ensinadas. Orientação para os pais: analisar as situações que vivenciavam com os filhos e analisar, com o grupo, possíveis soluções. CBCL - <i>Children Behavior Check List</i> , respondido pelos pais.	No pós-teste, nenhuma criança encontrava-se na faixa clínica do CBCL. No pré-teste, 4 crianças estavam na faixa clínica. Os pais indicaram aumento de comportamentos facilitadores de interação social. Em relação aos problemas externalizantes, todas as crianças ficaram na faixa não clínica n pós-teste. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Elias, L. C. S. & Marturano, E. M. (2005)	Indicada/ Problemas socio-emocionais / problemas de comportamento	Pré-experimental, pré- pós-teste	Participaram (1) 17 crianças de um grupo semanal, com duração de 40 horas em uma clínica escola. (2) 17 mães de um grupo quinzenal, em uma clínica escola, duração de 15 horas.	(1) Oficinas de linguagem (2) Manejo de dificuldades acadêmicas e sócio-emocionais. Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven para triagem. Teste de Desempenho Escolar - TDE, Escala Comportamental Infantil (ECI - A2 de Rutter) e Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência - CBCL.	Os escores de problema de comportamento (ECI) diminuíram após a intervenção (a média da amostra caiu de 26.06 para 19.35). Comportamentos delinquentes e problemas sociais tiveram as mudanças mais significativas. Problemas de atenção, sintomas de ansiedade e depressão também diminuíram (CBCL). Em uma criança, os sintomas internalizantes passaram do status normal para o clínico após a intervenção. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Gonçalves, E. S. & Murta, S. G. (2008)	Indicada/ Comportamento antissocial	Pré-experimental, Pré e pós-teste sem grupo controle	Participaram 6 crianças de um grupo semanal em uma clínica escola, duração 30 horas	Habilidades sociais: comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com as emoções, tomada de decisão e resolução de problemas. Escala para a percepção de autoconceito infantil (PAI), respondida pela criança. Ficha de avaliação sociométrica (elaborada pelas autoras), avaliada pelos pares. Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL), respondido pelos pais.	No pré-teste as respostas no PAI indicavam comportamento inadequado de brigas e isolamento, no pós-teste os comportamentos mais habilidosos socialmente foram pontuados. A percepção dos pais mudou em relação ao comportamento dos filhos (CBCL), passaram de uma predominância da categoria clínica ao início do programa para não clínica ao final. Verificou-se que um dos participantes que teve um alto índice de rejeição no pré-teste, ao final do treinamento não apresentou nenhuma rejeição pelo grupo. Todos os instrumentos apontaram melhoras no comportamento das crianças e evidenciaram o aumento de comportamentos pró-sociais. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Gomes, R., Minayo, M. C. S., Assis, S. G., Njaine, K. & Schenker, M. (2007)	Universal/ Violência Sexual Infantil Indicada/ Violência e discriminação racial Seletiva/ Abuso e exploração sexual	Pré-experimental, descrição das experiências e resultados.	Divulgação de informação sobre infância e adolescência, 11337 adolescentes, mídia. Grupo de dança e percussão. Reforço escolar com crianças (7-13 anos), 200 sujeitos, população negra, quilombos. Escuta e atividades lúdicas, 500 crianças e adolescentes, circo	<u>Agência e Jornal Uga Uga</u> : os adolescentes produzem material informativo sobre a prevenção da violência sexual infantil. Projeto Rede Andi: divulgação por jornalistas e comunicadores de informações sobre infância e adolescência. Entrevistas, grupos focais e observação de campo. <u>Centro de Cultura Negra</u> : Discussão sobre questão fundiária e da terra nas comunidades quilombolas. Dança e percussão nas cidades para captação de pessoas interessadas em um trabalho de conscientização e ações educativas. Reforço escolar para crianças. Entrevistas, grupos focais e observação de campo. <u>Circo de todo mundo</u> : Acolhimento das crianças e adolescentes. Discussão de temas relacionados a violência por meio do lúdico e atividades artísticas, como teatro, argila e pintura. Atividades de conscientização na escola e com as famílias. Entrevistas, grupos focais e observação de campo.	Os resultados apontados pelos gestores indicam como principais mudanças a "elevação da autoestima", seguidos pela "reinserção profissional" e "redução do trabalho infantil". Gestores, técnicos e usuários destacaram como um dos principais êxitos a "informação sobre a cidadania", destacando a ampliação do conhecimento sobre "informação sobre direitos e deveres" e "saber viver com a diferença". Segundo gestores, técnicos e usuários do Centro da Cultura Negra, a ONG Luta pela Paz e a Centro Social Marista a "preparação para o trabalho" foi apontada como ação exitosa no processo de prevenção da violência, ressaltaram a possibilidade real de serem socialmente menos excluídos, poder evitar a exploração por meio de atividades socialmente consideradas ilícitas e uma forma de afastamento de uma vida na rua ou de situações de delinquência. Não houve <i>follow-up</i> .	Sim

	Indicada/ Uso abusivo de drogas e violência urbana		Atividades esportivas, palestras e inserção no mercado de trabalho, 200 jovens, ONG na favela.	<u>ONG Luta pela Paz</u> : Atividades esportivas, como: aulas de boxe, luta livre e capoeira. Aulas de cidadania como pré-requisitos para participar das atividades esportivas. Palestras sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aborto. Parceria com algumas empresas que encaminham os jovens para o mercado de trabalho. Entrevistas, grupos focais e observação de campo.		
	Seletiva/ Violência doméstica		Capacitação, 500 funcionários, pais, crianças e adolescentes, no Centro de referência	<u>Centro de Referência às Vítimas de Violência (CRVV)</u> : capacitação da instituição por meio de uma metodologia participativa, a fim de deixar na instituição referências e multiplicadores. Entrevistas, grupos focais e observação de campo.		
	Seletiva/ Violência		Cursos, 950, famílias, Centro Social.	<u>Centro Social Marista</u> : Oficinas de aulas de reforço para crianças e adolescentes. Ajuda na regularização de moradia, impasse atual da comunidade com a prefeitura. Oficinas, visando a formação de "grupo de geração de renda". Mantém parceria com cooperativa de familiares de panificação, tecelagem, corte e costura, todas formadas a partir do programa. Entrevistas, grupos focais e observação de campo.		
Lohr, S. S., Pereira, A. C. S., Andrade, A. L. M. & Kirchner, L. F. (2007)	Universal/ Comportamentos antissociais e não assertivos. Comportamentos desajustados (não especifica o comportamento ou desfecho alvo da prevenção)	Pré-experimental, pré- pós teste (1) e teste avançado (2).	Participaram 4 crianças e 4 pais de um grupo semanal, com duração 12 horas e 8 encontros cada, em uma escola.	Habilidades sociais (não descreve quais classes). Temas: desenvolvimento infantil, princípios da análise do comportamento, estilos parentais e habilidades sociais. Os pais indicavam suas dificuldades e eram orientados na elaboração de análises funcionais. CBCL - <i>Children Behavior Checklist</i> , observação sistemática e a observação de atividades de interação das díades pais/crianças.	Ausência de mudanças comportamentais significativas antes e após a intervenção (resultado esperado por seu um projeto de prevenção universal). O projeto provocou mudanças positivas nos comportamentos da criança e na interação com os pais. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
			Intervenção semanal com 2 crianças, 2 pais com a professora e 1 professora com os pais, escola.	Não descreve (Incluído uma observação sistemática da criança)	As crianças demonstraram avanços no manejo interpessoal e os pais relataram ganhos com a participação no projeto. Houve elevação do índice de comportamentos habilidosos socialmente emitidos pelas crianças no decorrer dos encontros. O CBCL indicou leves alterações positivas no índice de distúrbios externalizantes e distúrbio total. Não houve <i>follow-up</i> .	
Marinho, M. L. & Silveiras, E. F. M. (2000)	Indicada/ Problemas de comportamento	Pré-experimental, Pré e pós-teste com <i>follow-up</i> .	Participaram 28 pais de intervenções individuais e de grupo, semanal, em clínica escola, duração 18 horas + 2 horas individuais.	Treinamento para pais, baseado nos modelos de Patterson (1974) e Forehand & McMahon (1981). Conteúdo: discriminação de comportamento infantil adequado e inadequado, reforçamento de comportamento adequado, variedade e amplitude de recompensas sociais, estratégias de solução de problemas, discussão sobre sexualidade infantil, consumo de drogas e religião. Entrevista clínica inicial. Avaliação das interações pais/filhos, adaptado de Barkley (1987), por observados externos. Escala Beck de Depressão (BDI) e Teste de Ajustamento Matrimonial (MAT-MARI), respondido pelos pais em relação ao próprio comportamento. Lista de Comportamento Infantil (CBCL) e Inventário de Atitudes na Terapia (TAI), respondido pelos pais sobre o comportamento dos filhos.	Foi verificado um aumento significativo de comportamentos de "interação e brincar junto" no pós-teste. Os resultados do CBCL indicaram melhora significativa no comportamento das crianças no pós-teste. Foi verificada uma melhora clinicamente significativa em 62.5% dos filhos do grupo experimental nos pós-teste, e uma melhora da 50% no seguimento de 3 meses, em relação ao negativa do pai em relação ao filho. Todos os pais que apresentavam pontuações que variavam entre depressão média e grave no pré-teste apresentam ausência de depressão no pós-teste. As análises de significância clínica confirmaram os achados das comparações entre grupos. No <i>follow-up</i> de 3 meses, o comportamento de "interação e brincar juntos" teve a frequência diminuída. Os resultados do CBCL indicaram melhora significativa no comportamento das crianças no pós-teste, com acréscimos nos ganhos nos <i>follow-ups</i> de 3 e 9 meses. No <i>follow-up</i> de 9 meses foi identificado que 1/3 dos pais do grupo experimental e nenhum pai	Não

					do grupo controle avaliaram seus filhos com comportamento normal.	
Melo, M. H. S. & Silves, E. F. M. (2003)	Indicada/ Comportamento antissocial	Experimental, pré e pós-teste com grupo de validação e Delineamento do Tipo AB	Participaram (1) 7 professores de um grupo semanal em uma escola, duração 22 horas. (2) 13 crianças de um grupo semanal em uma escola, duração 39 horas. (3) 26 pais de um grupo quinzenal em uma escola, duração 11 horas.	(1) Atendimento às professoras: decisão das atividades da semana, instrução e treino dos procedimentos. (2) Atendimento às crianças: observação dos comportamentos de seus responsáveis, identificação e expressão de comportamentos encobertos, identificação de situações antecedentes e consequentes de suas respostas e identificação de respostas alternativa. (3) Grupo de pais: ensino de habilidades, como: observar o comportamento dos filhos, fornecer informações claras e consistentes, consequenciar diferencialmente os comportamentos, utilizar reforço positivo para comportamentos socialmente desejáveis. Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). Lista de Verificação Comportamental para Professores (TRF). Teste sociométrico e as categorias comportamentais.	As mães das crianças que passaram pela intervenção passaram a perceber os comportamentos de seus filhos mais positivamente após a intervenção. O grupo de atendimento melhorou seu desempenho escolar, este grupo superou a defasagem que apresentava em relação ao grupo de validação. O grupo intervenção índices médios maiores, no pós-teste, que o tirou da faixa clínic, sem, porém, chegar ao nível das crianças do grupo de validação. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2007)	Universal/ Sintomas de estresse	Pré-experimental, pré e pós-teste sem grupo controle	Participaram 7 adultos (bombeiros de resgate pré-hospitalar) de um grupo semanal, na Instituição (corpo de bombeiros), duração 13 horas e 30 minutos	Causas e efeitos do stress, fatores de risco e proteção no curso do desenvolvimento, estabelecimento de metas, estratégias de enfrentamento (no problema e na emoção), manejo de tempo, habilidade sociais, solução de problemas, reestruturação de crenças irracionais, relaxamento e prevenção de recaída. Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (LIPP), Escala de <i>Coping</i> Ocupacional e Questionário de Saúde Geral de Goldberg. Todos são instrumentos validades. Medidas fisiologias: quantidade de células do sistema imune e pressão arterial.	As mudanças observadas no pós-teste foram estatisticamente significativas para sintomas de stress, saúde geral, mas não para <i>coping</i> . As análises de imunidade após a intervenção mostraram que todos os participantes apresentaram os limites mínimos e máximos desejáveis, inclusive para dois participantes que nas análises anteriores à intervenção evidenciaram valores em imunidade fora do limite de normalidade. As mudanças em pressão arterial não tiveram significância clínica. Não houve <i>follow-up</i> .	Não
Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2009)	Universal/ Estresse ocupacional	Quase-experimental, pré e pós-teste com grupo de comparação e designação aleatória em blocos	Participaram 74 adultos de uma intervenção em grupo semanal, duração 18 horas em 12 sessões em uma universidade.	Manejo de Estresse: informação sobre estresse e estágios de mudança, técnicas de relaxamento, treina assertivo, treino em solução de problemas, manejo de tempo e reestruturação cognitiva. Treino de Habilidades Sociais: iniciar e manter conversas, pedir ajuda, fazer e responder perguntas, defender-se, expressar sentimentos, lidar com críticas e elogios, escutar com empatia, admitir erro e pedir desculpas. Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (LIPP), Escala de <i>Coping</i> Ocupacional e Inventário de Sintomas de Habilidades sociais. Todos são instrumentos validades. Medidas fisiologias: quantidade de células do sistema imune e pressão arterial.	A avaliação dos resultados do programa não evidenciou diferenças entre os dois tipos de intervenção nos escores do pós-teste das variáveis de auto-relato e nem das variáveis fisiológicas, exceto pelas medidas de pressão diastólica. A pressão dos participantes da intervenção de manejo de estresse foram inferiores às médias da intervenção de habilidades sociais. Sorteio de pares para minimizar as diferenças no pré-teste e para evitar o viés da auto-seleção. Avaliação cega dos profissionais de saúde que verificaram as medidas fisiológicas. Não houve <i>follow-up</i> ,	Não

Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. & Moraes e Prado, M. (2009)	Universal/ Desfechos negativos em saúde: uso de drogas, gravidez precoce, baixo desempenho escolar e doenças sexualmente transmissíveis.	Pré-experimental, Avaliação de processo e <i>follow-up</i>	Participaram (1) 18 adolescentes de um grupo semanal, duração 24 horas, 16 sessões em uma universidade. (2) Grupo de pais em dois encontros, 8 horas de intervenção em uma universidade.	(1) Promoção de habilidades de vida: autoconceito, auto eficácia, diferenciação entre risco para o crescimento pessoal e risco vazios, relação crenças, emoções e comportamentos, enfrentamento ao estresse, tomada de decisão, pensamento crítico e riscos à saúde associados ao gênero, locus de controle interno e saúde, rede de apoio social e prevenção de recaída. (2) Práticas educativas parentais promotoras de autonomia na adolescência e uso de habilidades sociais educativas nas interações pais e filhos. Questionário sociodemográfico. Instrumentos para avaliação de processo: <i>checklist</i> de metas intermediárias e atitudes frente à intervenção, folha para registro de dose recebida, folha para registro de satisfação (todos desenvolvidos pela primeira autora). Avaliação do <i>follow-up</i> : roteiro de entrevista para adolescentes e pais.	A avaliação de processo indicou que os comportamentos cuja ocorrência ao longo da intervenção foi considerada favorável à efetividade do programa se manifestaram, numa frequência satisfatória, ao longo do programa. Foi alcançada grande diversidade de habilidades praticadas, categorizadas em habilidades sociais (91 relatos de prática), habilidades cognitivas (62) e enfrentamento ao estresse (47). Os recursos disponibilizados pelo programa foram assimilados em utilizados pelos adolescentes em seu cotidiano (dose recebida). Após um ano foi observada a manutenção de habilidades, como: assertividade, manifestação de opiniões pessoais, relaxamento, controle da raiva e impaciência frente a situações conflituosas e facilidade para fazer amizades. Todos os adolescentes relataram ter vivenciado mudanças positivas percebidas como favoráveis pela participação da intervenção, como melhorias nas relações interpessoais na família e com pares e maiores dedicações à construção de projeto futuros. Manutenção de dificuldades: vergonha de dar opiniões, dúvidas quanto a escolha profissional, dificuldades em aceitar diferenças e fazer amizades. Não houve relato de uso de álcool e drogas, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.	Não
Pinheiro, M. I. S, Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D. & Del Prette, Z. A. P. (2006)	Universal/ Manejo coercivo das dificuldades disciplinares apresentados pelos filhos (problemas de comportamento dos filhos)	Pré-experimental, tipo AB com pré-pós e comparação intra-grupo	Participaram 34 pais de um grupo semanal, com duração de 14 horas, 9 encontros em uma escola	Baseado no Treinamento de Pais em Habilidades Sociais (TP-HS). Temas: fatores que influenciam o comportamento das crianças, atenção ao bom comportamento dos filhos, estímulo a atividades independentes, dar instruções corretas, leitura do ambiente social, empatia, trabalho colaborativo entre pais e professores, representação de papéis e comportamento assertivo. Questionário de informação sobre a família e a criança (Barkley, 1997). Questionário de situações domésticas (QSD, Barkley, 1997). Inventário de comportamento inoportuno (QCI, Barkley, 1997).	Assiduidades dos pais foi acima de 80% na maioria dos encontros. Queda acentuada de comportamentos indesejáveis verificada nos 2 instrumentos de análise (QSD, QCI) e diminuição da severidade de situações. A análise estatística dos inventários indicou um efeitos moderado da intervenção (0.5). As entrevistadas indicam a adaptação e generalização dos comportamentos aprendidos em situações singulares de cada família, assim como mudanças positivas de comportamentos de seus filhos. O programa alcançou a validade social (aceitação dos participantes e mudanças de comportamento observáveis). Não houve <i>follow-up</i>	Não
Prada, C. G. & Williams, L. C. A (2007)	Seletiva/ Comportamento coercitivos de cuidado com crianças	Experimental, Delineamento Experimental do tipo AB, pré e pós-teste com medidas contínuas ao longo da Fase B	Participaram 2 monitoras de um abrigo infantil em grupo semanal, duração 18 horas no abrigo.	Programa de práticas educativas: observação do comportamento da criança, importância do reforço, dificuldades de reforçar, atenção diferencial, regras, punição física e outras formas de violência, análise funcional e sexualidade infantil. 19 sessões de observação: 3 primeiras de linha de base, 12 seguinte, três dias após casa sessão de intervenção e as 4 últimas de <i>follow-up</i> .	Após o início da intervenção, a interação das monitoras com as crianças começou a aumentar e as crianças também passaram a interagir mais com as monitoras ao longo da intervenção. A frequência do brincar aumentou ao longo da intervenção. Os comportamentos relativos à categoria Interação Verbal Coercitiva foram diminuindo gradativamente ao longo da intervenção. Pode-se observar uma relação direta entre os temas discutidos nas sessões e os comportamentos observados, principalmente as tarefas de casa. Após cinco meses, os comportamentos de interação das monitoras com as crianças se mantiveram mais altas do que no início do trabalho. A frequência do "brincar" manteve-se alta no <i>follow-up</i> .	Não
Rodrigues, M. C., Dias, J. P. & Freitas, M. F. R. L.	Indicada/ Problemas de comportamento e conflitos interpessoais	Pré-experimental, pré- pós teste	Participaram 30 crianças de um grupo semanal, com duração de 15 horas, 15 sessões em uma escola	Baseado no programa "Eu posso resolver problemas" (EPRP). Foram selecionas 16 lições do programa focadas no ensino de habilidades prévias para a resolução de problemas e 17 lições para trabalhar as habilidades de resolução de problemas. O professor assistia as intervenções.	A observação das interações da criança indicou maior habilidade de ajudar e consolar o colega, reconhecer e nomear sentimentos em si e nos outros, comunicar-se mais assertivamente, promover soluções alternativas para problemas reais e fictícios e diminuição da participação em conflitos. As professoras observaram melhorias	Não

(2010)			Intervenção com grupo mensal de pais 4 reuniões de 50 min. em uma escola	Temas: papel ativo dos pais sua educação das crianças, o desenvolvimento infantil saudável, a importância de estabelecer limites e regras para o desenvolvimento psicológico e a promoção da autoestima infantil. Não houve instrumentos para avaliação dos pais.	no convívio em sala. Os relataram mudanças no comportamento dos filhos em casa. O inventário indicou umas mudanças estatisticamente significativas na capacidade de negociação de forma assertiva. Não houve generalização de comportamentos de expressão de sentimentos positivos ou incômodos aos outros. Não houve <i>follow-up</i> .	
Silvares, E. F. M. & Melo, M. H. S (2008)	Indicada/ Comportamento antissocial	Quase-experimental, pré e pós-teste com grupo de validação	Participaram do programa 240 sujeitos, de intervenção de grupo com duração de um ano letivo, os professores participaram de 39 encontros, as crianças indicadas participaram de 22 sessões, todos os colegas dos alunos também participaram do programa, e os pais das crianças indicadas participaram de 12 sessões, na escola	(1) Programa de Educação Social e Afetiva, elaborado por Trianes e Muñoz (1994). O conteúdo focado em: integração com alunos, aprendizado da cooperação e resolução de conflitos. (2) Desenvolvimento de habilidades sociais e solução de problemas. As autoras citam: auto-observação, identificação e expressão de comportamentos encobertos, identificação de situações antecedentes, conseqüentes e de respostas alternativas, dar e receber feedback, críticas e elogios. (3) Programa de Educação Social e Afetiva, elaborado por Trianes e Muñoz (1994). O conteúdo focado em: integração com alunos, aprendizado da cooperação e resolução de conflitos. (4) Observação do comportamento dos filhos e ensino de discriminação entre os comportamentos que deveriam ser reforçados positivamente. Foram trabalhados os seguintes conteúdos: fornecer instruções claras e consistentes, evitar rotulação e aumentar frequência de punição negativa no lugar de castigos físicos. Os instrumentos e descrição de procedimentos estão detalhados na tese de doutorado da segunda autora e por isso não citado no artigo.	As crianças que participaram da intervenção mostraram-se mais concentradas nas atividades acadêmicas propostas. As crianças passaram a manifestar mais comportamentos pró-sociais como cooperação e receptividade e apresentaram menos comportamentos agressivos, hostis ou de intimidação. O percentual de crianças rejeitadas diminuiu mais de 30% após a intervenção. Foram verificadas interações mais positivas destas crianças com seus pares e professores. Não houve <i>follow-up</i> .	Não

As condições prevenidas foram os fatores de risco à saúde mental. Nenhum artigo elencou ou avaliou a prevenção de transtornos mentais, identificados no DSM-IV. Dentre os fatores de risco, os problemas de comportamento foram enunciados como foco de 61,36% das intervenções, seguidos por intervenções de prevenção à violência (13,64%), abuso sexual (9,09%), abuso de álcool e drogas (6,82%), estresse (6,82%) e a prevenção do vazio existencial (2,27%). A fim de mensurar tais condições prevenidas, a escolha da variável dependente avaliada não foi homogênea. Para a prevenção de problemas de comportamento, por exemplo, os estudos elencaram como variável dependente a rejeição por pares, comportamentos agressivos, comportamentos inibidos, comportamentos não assertivos, conflitos interpessoais, conflitos abertos, comportamentos socialmente aversivos e práticas parentais inadequadas. A prevenção da violência foi enunciada por meio de variáveis como o manejo coercitivo de cuidadores de crianças em situação de abrigo, identificação de sinais de abuso e práticas parentais inadequadas.

Em ordem decrescente de ocorrência, os conteúdos das intervenções caracterizaram-se pelo ensino de reforçadores positivos de práticas parentais baseadas na análise do comportamento (17,65%), seguidas pelo ensino de habilidades sociais educativas parentais (13,73%), resolução de problemas para crianças e adolescentes (13,73%), habilidades sociais para diferentes faixas etárias (13,73%) e intervenções com foco em recursos ambientais, com o desenvolvimento de atividades esportivas, lúdicas e ocupacionais (11,76%). Os conteúdos das demais intervenções foram o ensino de estratégias de manejo de estresse (9,8%), o manejo de dificuldades acadêmicas (3,92%) e o ensino de habilidades de vida (3,92%). Foram identificadas quatro intervenções com conteúdos específicos com uma única ocorrência (frequência de 1,96% cada), uma para o ensino de efeitos do uso de álcool e outras drogas (no formato informativo) e outra para o ensino de estratégias de enfrentamento na prevenção do uso abusivo de álcool e

outras drogas (baseada no modelo FRAMES²). As outras duas intervenções tiveram como conteúdo principal o sentido da vida e outra sobre o desenvolvimento moral positivo.

Quando as habilidades sociais são agrupadas em habilidades sociais educativas parentais, resolução de problemas e habilidades sociais gerais, essas passam a representar 41,19% da frequência total das condições prevenidas. Esse número integra a porcentagem de estudos que não nomeiam a própria prática como preventiva, que totalizam 11 dos 25 estudos analisados (44%). Como pode ser observado na Tabela 1, os estudos tem como foco a promoção de competências, entretanto, avaliam variáveis preventivas em seus resultados.

Os resultados dos estudos indicaram que as intervenções foram bem sucedidas na prevenção das variáveis avaliadas. Resultados expressivos incluem o aumento do repertório de habilidades sociais infantis e a diminuição de problemas de comportamento, avaliadas como as diferentes variáveis dependentes anteriormente apresentadas (rejeição por pares, comportamentos antissociais, conflitos interpessoais...). As intervenções focadas no ambiente, principalmente as que se referem ao treinamento de práticas educativas parentais, alcançaram mudanças de comportamentos nos pais/cuidadores submetidos à intervenção e em seus filhos/crianças abrigadas. Mesmo quando as crianças não haviam recebido nenhuma intervenção, os instrumentos qualitativos e/ou quantitativos indicaram mudanças cognitivas e comportamentais nessas, o que reforça o valor de intervenções ambientais na prevenção em saúde mental.

² O Modelo FRAMES inclui *Feedback/Devolutiva* dos resultados obtidos no teste de rastreamento, *Responsability/Responsabilidade* pessoal pela mudança de comportamento, *Advice/Aconselhamento* para a mudança de comportamento, com a discussão de possíveis metas, *Menu of options/Menu de opções*, com a identificação de situações de risco e estratégias de enfrentamento, *Empathy/Empatia* do profissional e *Self-efficacy/Auto-eficácia*, com estímulo a autoconfiança do participante.

Intervenções combinadas, focadas na pessoa e no ambiente alcançaram impactos práticos e de mudanças sociais na vida dos participantes e na dinâmica de sua comunidade. Intervenções que focavam mudanças pessoais cognitivas e mudanças sociais, como a diminuição do preconceito, fortalecimento da identidade e reinserção profissional apresentaram impactos diretos no aumento da autoestima dos participantes e na minimização do envolvimento destes em episódios de delinquência e violência (Gomes, Minayo, Assis, Njaine & Schenker, 2007). Entretanto, outros não avaliaram os impactos sociais de suas intervenções e enfatizaram a necessidade de avaliá-los, por meio de instrumentos validados e medidas objetivas da realidade.

A quantidade de horas de intervenção não apresentou nenhuma relação direta com resultados positivos. Intervenções breves mostraram-se efetivas na prevenção de uso de álcool e drogas entre adolescentes (De Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004), assim como intervenções longas, com duração de um semestre (Borges & Marturano, 2003) ou um ano (Borges & Marturano, 2010; Silvaes & Melo, 2008) mostraram-se eficazes na prevenção de problemas de comportamento na infância. Não foi indicada uma quantidade de horas mínimas ou máximas para a duração total das intervenções, visto que elas apresentavam diferenças quanto à condição prevenida, a população-alvo e o alcance em número de sujeitos da população alvo.

A presença de *follow-up* e a discussão de políticas públicas quase não estão presentes nos estudos brasileiros. Apenas sete (15,9%) das 44 intervenções avaliadas tiveram *follow-up*. Dessas, seis intervenções tiveram um único *follow-up* que ocorreu cinco meses (1 intervenção), seis meses (3 intervenções) e um ano (2 intervenções) após o término do programa e uma intervenção que apresentou dois *follow-ups* (3 e 9 meses). Os resultados do *follow-up* indicaram a manutenção dos ganhos da intervenção ao longo do tempo avaliado. Um estudo sobre a prevenção de álcool e drogas (De Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004) apresentou diferença significativa da frequência do

consumo entre o grupo controle e experimental, validando a efetividade da intervenção. Entretanto, foi verificada a presença de efeito iatrogênico nesta intervenção, com a redução do consumo de maconha, mas o aumento do consumo de álcool e tabaco. Outro estudo indicou novos ganhos no comportamento de crianças no segundo *follow-up*, mudanças comportamentais positivas que não haviam sido observadas no pós-teste (Marinho & Silveiras, 2000). Por fim, três dos 25 artigos citaram as políticas públicas, ou seja, 12% dos estudos incluíram em suas discussões as implicações dos seus resultados para as políticas públicas.

Discussão

Desenvolver intervenções preventivas sistematicamente avaliadas é algo recente na literatura nacional e está em crescimento. O número de intervenções preventivas publicadas (N=42) e as datas das publicações indicam um crescimento de pesquisas na área, principalmente nos últimos seis anos, com 18 dos 25 artigos publicados. Tais números são estimuladores e vão ao encontro dos indicadores de sistematização e busca de evidência das intervenções para a prevenção de desfechos negativos em saúde mental, como proposto por organizações que são referência na área, como a *American Psychological Association - APA* (APA, 2005) e a *Society for Prevention Research* (Flay, Biglan, Boruch, Castro, Gottfredson, et al, 2005).

Respondendo o primeiro objetivo do estudo verifica-se que as intervenções são, em sua maioria, realizadas por psicólogos, filiados a instituições públicas de ensino, localizadas no sudeste no Brasil e que não recebem apoio específico de editais de fomento. Embora, existam programas de alta qualidade metodológica (Marinho & Silveiras, 2000) e com resultados expressivos de sucesso na prevenção primária em saúde mental (Borges & Marturano, 2009; Borges & Marturano, 2010; Melo & Silveiras, 2003; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006; Rodrigues, Dias &

Freitas, 2010), inclusive ao longo do tempo (Marinho & Silveiras, 2000; Murta, Borges, Ribeiro, Rocha, Menezes et al, 2009; Prada & Williams, 2007), os autores desses estudos não discutiram as implicações dos seus resultados para as políticas públicas. Percebe-se uma lacuna na comunicação entre o pesquisador e os gestores públicos sobre as implicações sociais de seus achados, bem como a escassez de apoio diretor dos órgãos públicos. Somente um artigo citou o financiamento direto de órgão público, o Ministério da Saúde.

Os estudos analisados revelam, ainda, uma inconsistência no uso de terminologias, prevenção e promoção e na compreensão da própria prática como preventiva. Alguns autores nomearam a prática como preventiva, enquanto somente avaliavam a promoção de competências, enquanto outros nomeavam a prática como de promoção de competências (44%), mas avaliavam fatores de risco à saúde mental e não nomearam a intervenção como preventiva. Os dados indicam a necessidade de fomentar a identidade do profissional como pesquisador de prevenção. Embora essa inconsistência no uso das terminologias seja respaldada pela literatura (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005), visto que os conceitos apresentam uma forte relação, a não identificação da própria prática como preventiva dificulta a possibilidade da formação e consolidação de uma área de prevenção em saúde mental no Brasil e parceria entre pesquisadores.

Sobre as características das intervenções observa-se a manutenção de um modelo próximo ao proposto pela clínica tradicional (Júnior & Guzzo, 2005). Os dados indicaram uma predominância de intervenções longas (30 horas a um ano letivo), com um número reduzido de sujeitos (menos de 50), realizadas semanalmente e que tinham como objetivo o ensino de competências. A isto se soma os dados de somente cinco intervenções serem experimentais (11,62%), o que representa uma fragilidade metodológica. Esses dados indicam uma implicação direta para a formação do psicólogo

e dos profissionais interessados em prevenção, que precisam ter acesso a uma formação ampla, comunitária, com intervenções multimodais, com delineamentos com melhor validade interna e externa, focadas no ambiente e preferencialmente com foco combinado (pessoa e ambiente).

Uma formação ampla incluiria um trabalho interdisciplinar. Para tanto, seriam necessárias parcerias entre diferentes áreas de conhecimento, como os profissionais da saúde pública, ciências sociais, direito e economia, por exemplo. A prática interdisciplinar representaria avanços para todos os pesquisadores da prevenção, pois juntos poderiam desenvolver intervenções ambientais ou combinadas, mais efetivas, mais rápidas e de menor custo financeiro. Neste modelo, as intervenções poderiam ser desenvolvidas de forma mais breve, baseadas em um modelo bioecológico, com conteúdo multimodal, avaliações multimodais com vários informantes e conduzidas por equipes multidisciplinares (Narvaz & Koller, 2004, Ronzani, Rodrigues, Batista, Lourenço & Formigoni, 2007; Bolsoni-Silva, 2007; Barreto, Freitas & Del Prette, 2011; Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2011).

Os conteúdos das intervenções focaram na promoção de diversas competências, sendo coerente com a literatura em avaliação de programas preventivos (Muñoz, Mrazek & Hagger, 1996; Albee, 1982). A ênfase das intervenções encontradas é na saúde e não no sintoma, o que tem implicações no conteúdo das intervenções, que incluem a promoção de competências, prevenindo a incidência de fatores de risco e alcançando resultados mais eficazes quando comparados com intervenções focadas nos sintomas (Cowen, 2000). Como verificado nos resultados, uma única condição promovida, como as habilidades sociais, resulta na diminuição da ocorrência de diferentes condições prevenidas, impactando em diferentes desfechos em saúde mental. Este dado é respaldado pelos estudiosos de fatores de risco e proteção, que destacam o ensino de habilidades sociais como fatores de proteção para diferentes desfechos em

saúde mental (Silvares & Melo, 2008; Eriksson, Cater, Andershed & Andershed, 2010; Murta, Del Prette & Del Prette, 2010).

A alta frequência de intervenções com o conteúdo em habilidades sociais pode estar associada à disponibilidade de instrumentos validados, intervenções avaliadas com bons resultados em diversos contextos e o acesso a manuais de implantação de programas de habilidades sociais. A disponibilidade desses recursos pode facilitar e impulsionar a escolha de intervenções com este conteúdo. Outra influência da cultura brasileira de pesquisa é o embasamento teórico no comportamentalismo e atualmente no cognitivismo-comportamental para o desenvolvimento de intervenções, que foram as bases teóricas de quase a totalidade das intervenções avaliadas (somaram 88%). Essas abordagens apresentam em seu histórico a proximidade com um modelo sistemático de avaliação e mais recentemente, voltadas à busca de evidências científicas (Kellam & Langevin, 2003; Melnik & Atallah, 2011). Por outro lado, uma iniciativa pioneira, baseada na logoterapia, mostrou-se robusta em seus resultados (Aquino, Silva, Figueiredo, Dourado & Farias, 2011). Este, um estudo quase-experimental de prevenção do vazio existencial, utilizou instrumento validado de medida, descrição objetiva dos procedimentos e resultados eficazes quando comparado ao grupo controle. A pluralidade teórica e, conseqüente, diversidade metodológica pode fortalecer a implantação e avaliação das intervenções preventivas.

As faixas etárias predominantes nos estudos são a infância e adolescência, o que vai ao encontro do proposto pela prevenção primária, ou seja, priorizar intervenções anteriores a cronificação dos fatores de risco e agravamento dos sintomas (Murta, 2007). Neste sentido, outros ambientes que recebem crianças poderiam ser centros de prevenção, como, por exemplo, os PETI's (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), programa do governo federal brasileiro para crianças e adolescentes de até 16 anos e o Pró-Jovem, voltado para jovens entre 15 e 18 anos. A atenção ao público

infanto-juvenil solicita aos psicólogos uma atuação para além do *setting* terapêutico e do escopo da saúde, visto que os programas citados estão inseridos na Política Nacional de Assistência Social, Resolução nº 145, 15 de outubro de 2004 (Brasil, 2007). Nesta política o psicólogo é, legalmente, integrante da equipe dos Centros de Referência em Assistência Social – CRAS, tendo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde (Murta & Marinho, 2009).

A escassez de intervenções para a população adulta e a ausência de intervenções para idosos são preocupantes. As intervenções preventivas poderiam ser conduzidas ao longo do ciclo de vida, visto que transições desenvolvimentais são momentos que demandam recursos e estratégias de enfrentamento para a adaptação a novas demandas que podem ser significativamente estressoras (Fragelli & Günther, 2008; Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003). Assim, intervenções preventivas poderiam ser realizadas, por exemplo, durante a inserção de jovens no mercado profissional, para pais durante a gestação do primeiro filho ou em programas de preparação para a aposentadoria. Um exemplo são os bons resultados encontrados em intervenções analisadas de manejo de estresse ocupacional, desenvolvida com adultos (Murta & Trócolli, 2007; Murta & Trócolli, 2009).

Dados sobre o contexto de aplicação das intervenções levantam a discussão sobre a atuação do psicólogo preventivamente nos contextos educacionais, visto que 62,79% das intervenções foram realizadas em escolas. Este resultado caminha na direção contrária dos achados da pesquisa nacional sobre a atuação do psicólogo e sua formação (Bastos & Gondim, 2010). Cenário alarmante, visto que enquanto os resultados da revisão enfatizam o contexto escolar e o público infanto-juvenil como promissores para intervenções preventivas, os dados de atuação profissional apresentam que mais da metade dos psicólogos brasileiros trabalham na clínica tradicional, 53,9%

focados no tratamento dos transtornos mentais e menos de 10% em contextos educacionais (Bastos & Gondim, 2010).

O número reduzido de artigos que discutem as implicações de seus resultados para as políticas públicas reforça a proposição de uma academia distante do fazer público e vice-versa. Assim, este estudo visa chamar a atenção para a necessidade de ampliar essa via de comunicação, visto que há uma demanda crescente desta aproximação entre a ciência e as iniciativas privadas e o fazer público (Marques, 2012; CNPq, 2012), embora as dificuldades políticas e burocráticas dos órgãos públicos para a inserção da academia também devem ser ressaltadas (Tourinho e Bastos, 2010). Por exemplo, programas sobre a prevenção do abuso de álcool e droga (De Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004) poderiam ser inseridos em políticas do Ministério da Saúde, em secretárias como a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. Outras possibilidades são programas de prevenção ao abuso sexual (Brino & Williams, 2008) em políticas de gênero, programas de prevenção à discriminação (Gomes, Minayo, Assis, Njaine & Schenker, 2007) em políticas de direitos humanos e programas de prevenção ao comportamento antissocial na infância (Silvares & Melo, 2008; Bolsoni-Silva & Marturano, 2010) em políticas educacionais. Os programas preventivos, alinhados às demandas sociais e com evidências empíricas de seus efeitos, poderão subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas.

Este estudo de revisão sistemática apresenta limitações. A primeira limitação é análise exclusiva de iniciativas de prevenção em saúde mental divulgadas em revistas científicas, que se utiliza de mídias acadêmicas específicas. Sugere-se que a análise seja estendida a iniciativas desenvolvidas pelas políticas sociais e em saúde (Sudbrack & Cestari, 2005), como os programas de governos estaduais e federal, iniciativas de instituições privadas e organizações civis, como ONGs e grupos comunitários, bem como livros, capítulos de livros e a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Alguns estudos

não foram analisados em decorrência da limitação de acesso ao periódico e indica-se que novos estudos incluam estes artigos, solicitando os manuscritos aos seus autores brasileiros. Outra limitação é a ausência de análise da qualidade dos estudos. Embora todos os estudos tenham encontrado resultados positivos, a qualidade de seus delineamentos e métodos não é homogênea. Sugere-se que estudos futuros analisem a qualidade e incluam a avaliação de critérios de eficácia, efetividade e disseminação das intervenções.

Por outro lado, a revisão apresentou pontos fortes, como o caráter inédito de seus resultados, visto que não foram localizados estudos semelhantes na literatura nacional e a inclusão de artigos publicados sem limite de data inicial, permitindo a análise histórica da área. Outro critério de robustez da revisão é a busca direta de artigos pelo Currículo *Lattes* dos pesquisadores, ampliando o número de intervenções analisadas e inserindo artigos publicados em revistas internacionais. Sobre a qualidade metodológica, um ponto relevante é a análise dos estudos por dois codificadores e um juiz, treinados em prevenção em saúde mental, com cálculo de concordância.

Espera-se que o conhecimento das características dos programas preventivos e dos centros de pesquisa que o realizam possa beneficiar gestores públicos e privados e pesquisadores. O benefício direto para os gestores seria oferecer-lhes informações para a tomada de decisão na utilização dos recursos financeiros oriundos de impostos, investindo em programas que indiquem efeitos em seus resultados. Para os pesquisadores, os ganhos poderiam estar relacionados à possibilidade de identificação de seus pares e formalização de parcerias. O trabalho em rede de pesquisas poderá ser um componente importante para manutenção e melhoramento de intervenções preventivas no Brasil e, assim, os pesquisadores poderiam responder o seu compromisso social de divulgar e transformar o conhecimento em tecnologias úteis à população.

Referências

- Abreu, S. & Murta, S. G. (2012a). *O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática*. Capítulo 2 da Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Albee, G. W. (1998). The politics of primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 19, 117-127.
- Aquino, T. A. A., Silva, J. P., Figueiredo, A. T. B., Dourado, E. T. S. & Farias, E. C. S. (2011). Avaliação de uma proposta de prevenção do vazio existencial com adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 146-159.
- American Psychological Association (2005). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Barreto, S. O., Freitas, L. C. & Del Prette, Z. A. (2011). Habilidades sociais na comorbidade de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. *Psico*. 42, 503-510.
- Bastos, A. V. B., & Gondim, S. M. G. (2010). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2007). Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. *Temas em Psicologia*, 15, 215-235.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R. & Marturano, E. M. (2011). Problemas de comportamento e habilidade sociais infantis: modalidades de relatos. *Psico*, 42, 354-361.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2010). Evaluation of group intervention for mother/caretakers of kindergarten children with externalizing behavioural problems. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 415-421.

- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Marturano, E. M. (2008). Provendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista de Terapia Comportamental Cognitiva*, 10, 125-142.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadores: contribuições do treinamento de habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, 1, 19-27.
- Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2003). Desenvolvendo habilidades de solução de problemas interpessoais no ensino fundamental. *Paidéia*, 12, 185-193.
- Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2009). Aprendendo a gerenciar conflitos: um programa de invenção para a 1ª série do ensino fundamental. *Paidéia*, 19, 17-26.
- Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2010). Melhorando a convivência em sala de aula: responsabilidades compartilhadas. *Temas em Psicologia*, 18, 123-136.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social/Conselho Nacional de Assistência Social (2007). *SUAS: Sistema Único de Assistência Social. Manual Informativo para Jornalistas, Gestores e Técnicos*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brino, R. F. & Williams, L. C. A. (2008). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. *Educação & Realidade*, 33, 209-230.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.
- Castro, R. E. F., Melo, M. H. S. & Silveira, E. F. M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 309-318.

- Cia, F. Barham, E. J & Fontaine, A. M G. V. (2010). Impacto de uma intervenção com pais: o desempenho acadêmico e comportamento das crianças na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 533-543.
- CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2012). Ajustes na Plataforma Lattes estimulam a divulgação científica. *Informe ENSP*, 1-2. Retirado de: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29770>
- Cowen, E. L. (2000). Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, 28, 5-16.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: linking individuals and communities*. Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- De Micheli, D., Fisberg, M. & Formigoni, M. L. O. S (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50, 305-313.
- De Salvo, C. G, Mazzaroto, I. H. K. & Lohr, S. S. (2005). Promoção de habilidade sociais em pré-escolares. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 46-55.
- Doughty, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults: a critical appraisal of the literature. *New Zealand Health Technology Assessment Report*, 8, 7-12.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-142.
- Elliot, D. S. & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5, 47-53.

- Elias, L. C. & Marturano, E. M. (2005). Oficinas de linguagem: proposta de atendimento psicopedagógico para crianças com queixas escolares. *Estudos de Psicologia*, 10, 53-61.
- Eriksson, I., Cater A., Andershed A. & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 477-482.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R., Castro, F. G., Gottfredson, D., et al. (2005). Standars of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. 6, 151-175.
- Gomes, R., Minayo, M. C. S., Assim, S. G., Njaine, K. & Schenker, M. (2006). Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 1291-1302.
- Gonçalves, E. S. & Murta, S. G. (2008). Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 430-436.
- Fragelli, T. B. O. & Günther, I. A. (2008). A promoção da saúde na perspectiva social ecológica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21, 151-158.
- Júnior, F. L. & Guzzo. R. S. L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidade para o Brasil. *Interação em Psicologia*, 9, 239-249.
- Kazdin, A. E. (1982). *Methods for clinical and applied settings*: New York: Oxford University Press.
- Kellam, S. G., & Langevin, D. J. (2003). A framework for understanding “evidence” in prevention research and programs. *Prevention Science*. 4, 137-153.
- Kulic, K. R, Home, A. M. & Dagley, J. C. (2004). A comprehensive review of prevention groups for children and adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 8, 139-151.

- Lohr, S. S., Pereira, A. C. S., Andrade, A. L. M., & Kirchner, L. F. (2007). Avaliação de programas preventivos: relato de experiência. *Psicologia em Estudo*, 12, 641-649.
- Marinho, M. L. & Silveiras, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de um programa de entrenamiento de padres em grupo. *Psicologia Conductual*, 8, 299-318.
- Marques, F. (2012). Muito além das patentes. *Pesquisa FAPESP*, 197, 20-27.
- Melnik, T. & Atallah, A. N. (2011). Psicologia baseada em evidências: articulação entre a pesquisa e prática clínica. Em T. Menik & A. N. Atallah (Org.), *Psicologia Baseada em Evidências: Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia* (pp. 3-13). São Paulo: Santos.
- Melo, M. H. S. & Silveiras, F. M. (2003). Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. *Temas em Psicologia*, 11, 122-133.
- Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*. 51, 1116-1122.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção e problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 1-8.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. et al. (2009). Promoção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos em Psicologia*, 14, 181-189.
- Murta, S. G., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. (2010). Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: contribuições do treinamento em habilidades de vida e habilidades sociais. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 2, 73-86.
- Murta, S. G., & Marinho, T. P. C. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1, 58-72.

- Murta, S. G. & Trócoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia*, 24, 41-51.
- Murta, S. G. & Trócoli, B. T. (2009). Intervenções psicoeducativas para manejo de estresse ocupacional: um estudo comparativo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 11, 25-42.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Em S. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. (51-64). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pentz, M. A. (2004). Form follows function: designs for prevention effectiveness and diffusion research. *Prevention Science*, 5, 23-30.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 407-414.
- Prada, C. G., Williams, L. C. A., Weber, L. N. D. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9, 14-25.
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P. & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resolução de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15, 831-839.
- Ronzani, T. M., Rodrigues, T. P., Batista, A. G., Lourenço, L. M. & Formigoni, M. L. O. S. (2007). Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao uso de álcool entre bombeiros. *Estudos de Psicologia*, 12, 285-290.
- Silvares, E. F. M. & Melo, M. H. S. (2008). E evolução do manejo clínico dos problemas de conduta: do tratamento à prevenção. *Revista Psicolog*, 1, 4-20.
- Sommer, R. (2009). Dissemination in action research. *Action Research*, 7, 227-236.

Sudbrack, M. F. O. & Cestari, D. M. (2005). O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: propostas de projeto piloto SENAD/ MEC e UnB. Anais do 1º Simpósio Internacional do Adolescente.

Retirado de:

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200083&script=sci_arttext

Tourinho, E. Z. & Bastos, A. V. B. (2010). Desafios da Pós-Graduação em Psicologia no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 35-46.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628–648.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. V. & Moriguchi, E. H. (2003). Eldery people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 31-39.

ARTIGO IV

**A perspectiva dos especialistas sobre a pesquisa em prevenção
primária em saúde mental no Brasil**

Resumo: As demandas sociais por práticas preventivas estão em crescimento e solicitam as indicações dos pesquisadores da área. O objetivo do estudo é conhecer a perspectiva de especialistas sobre a pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil. Foi realizado um delineamento de estudo de casos múltiplos e dez pesquisadores, especialistas em prevenção, foram entrevistados. Os resultados indicam a necessidade de uma conexão entre a pesquisa e a extensão e o investimento em parceria com diversas áreas de conhecimento. A experiência dos pesquisadores brasileiros ressalta a etapa de validação de instrumentos de medida como um dos grandes desafios atuais da área. Para tanto, são apresentados recursos pessoais, profissionais e ambientais que foram importantes durante a carreira dos especialistas e são discutidos o ensino da prevenção e de competências para formação de profissionais da área. Por fim, os entrevistados apresentam algumas estratégias para enfrentar os desafios da área e sugerem uma agenda de pesquisa para a implantação de programas, outra para a formalização da área e uma terceira para a disseminação de intervenções preventivas.

Palavras-chave: prevenção, saúde mental, especialistas.

Abstract: Social demands by preventive practices are growing and request indications of researchers from the area. The goal of this study is to identify the experts' perspective of specialists about research in primary prevention on mental health in Brazil. It conducted a study of multiple cases included ten researchers specialists in prevention which were interviewed. The results indicated the need for a connection between research and extension and also the investment in partnership with many knowledge areas. Brazilian researchers experience highlights the validation of measuring instruments as one of the major present challenges in the area. Therefore, personal, professional and environmental resources were listed as important factors for expert's career. Prevention education and teaching skills for future professional are also

discussed. Finally, the interviews present some strategies to address the challenges in the field and suggest a research agenda for programs implementation, for the area formalization and for dissemination of preventive interventions.

Keywords: prevention, mental health, experts.

A perspectiva dos especialistas sobre a pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil

Os avanços da ciência brasileira nos últimos anos têm sido tema de discussão entre especialistas. A revista *Science*, uma das revistas de maior impacto no mundo científico, dedicou suas páginas a um artigo sobre a ciência brasileira (Regalado, 2010). Este artigo destacou o crescimento no número de publicações dos pesquisadores brasileiros. Segundo a revista, em 2010, o Brasil ocupou a 13ª posição no *ranking* mundial de publicações. Em consonância, uma publicação intitulada “Manifesto da Ciência Tropical” (Nicoletis, 2010) avaliou as barreiras e avanços da ciência brasileira e indicou estratégias para viabilizar o progresso da ciência nacional.

Na mesma direção, a ciência brasileira tem alcançada maior visibilidade e recursos de órgãos públicos. Um exemplo disto é o “Programa Ciência Sem Fronteira”, lançado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia & Inovação – MCT&I em parceria com o Ministério da Educação – MEC (Brasil, 2011). O programa visa promover a consolidação e a internacionalização da ciência por meio de investimentos em intercâmbio e mobilidade internacional. Entretanto, os avanços citados estão, prioritariamente, relacionados às ciências exatas e às áreas tecnológicas. As ciências da saúde receberão uma parcela reduzida deste investimento. No programa citado, a saúde é apenas uma das 18 áreas de investimento e divide seus recursos com a biologia e as ciências biomédicas.

As áreas de maior investimento pela ciência brasileira atual parecem não ser coerentes com a diversidade de demanda da população. O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial apresentou 1021 solicitações urgentes para a melhoria dos serviços de saúde mental no Brasil (Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010). Dentre as melhorias, a implantação de serviços em atenção primária e promoção de saúde mental foram destacadas por usuários, trabalhadores e gestores como uma prioridade. Para tanto, tais destaques demandam investimento na formação de profissionais que sejam capacitados para implantar e avaliar intervenções preventivas. O ensino da prevenção é fundamental para atingir essas demandas da sociedade (Britner & O’Neil, 2008; Russell, Soya, Wagoner & Dawson, 2008).

Recentemente, programas internacionais de prevenção em saúde mental vêm obtendo resultados bem sucedidos. Por exemplo, programas de treinamento de habilidades sociais assertivas de recusa às drogas para adolescentes (Rohrbach, Gunning, Sun & Sussman, 2010; Sloboda, Stephens, Pyakuryal, Teasdale, Stephens et al., 2009), programa de utilização de entrevistas motivacionais para prevenir comportamentos agressivos entre casais (Woodin & O’Leary, 2010) e programas de prevenção à violência no namoro (Sale, Bellamy, Springer & Wang, 2008; Ball, Kerig & Rosenbluth, 2009).

A literatura nacional aponta o crescimento no número dessas intervenções. Uma revisão sistemática recente sobre o tema demonstrou que desde o ano 2000 o número de intervenções sistematicamente avaliadas em prevenção primária vem crescendo na pesquisa brasileira (Abreu & Murta, 2012). Contudo, mesmo com crescimento, o número de publicações ainda é pequeno, apenas 25 artigos foram localizados. Nesse cenário, se faz necessário conhecer a opinião dos especialistas, para alcançar mais

informações e ampliar a discussão sobre a pesquisa e práticas da prevenção em saúde mental no Brasil.

A prática de buscar as indicações de especialistas tem sido validada na literatura como fonte confiável de informação e útil na tomada de decisões (Pfromm Neto, 2007; Albee, 2006; Jennings & Skovholt, 1999). Os pesquisadores brasileiros identificados em revisão anteriores, por desenvolverem intervenções bem sucedidas na prevenção em saúde mental (Abreu & Murta, 2012a, Abreu & Murta, 2012b), seriam os profissionais mais capacitados para indicar os desafios e as áreas de investimento. Assim, o objetivo geral do estudo é conhecer a perspectiva dos especialistas sobre a pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil. Para tanto, os seguintes questionamentos foram os norteadores deste estudo: (1) que trajetórias profissionais especialistas brasileiros em pesquisa em prevenção em saúde mental construíram? (2) Como se dá o ciclo da pesquisa em prevenção em suas experiências? (3) Que recursos eles julgam favorecedores da construção de carreiras em prevenção? (4) Que recomendações eles fazem para o ensino de prevenção? (5) Que desafios e perspectivas eles acreditam que esta área de pesquisa vive atualmente em nosso país?

Método

Foi realizado um delineamento de estudo de casos múltiplos (Yn, 2010). Os participantes do delineamento foram pesquisadores brasileiros que apresentam publicações contínuas na área de prevenção em saúde mental.

Caracterização da amostra

Os entrevistados se dividem em jovens pesquisadores e pesquisadores seniores. Segundo a avaliação da CAPES, quatro são pesquisadores seniores, ou seja, pesquisadores doutores há mais de 10 anos e docentes e/ou pesquisadores com produção

científica relevante na última década. Os jovens pesquisadores se caracterizam por seis entrevistados, entre 35-45 anos e com menos de 10 anos de pesquisa em prevenção. A formação dos entrevistados foi prioritariamente em psicologia, sendo que um é médico e nove são psicólogos. Dos 10 entrevistados, três atuam em prevenção do uso abusivo de álcool e drogas, cinco em prevenção de fatores de risco para problemas de comportamento na infância, um pesquisador em prevenção da violência e um em prevenção de fatores de risco a saúde mental entre adolescentes. A definição da condição prevenida foi baseada nos estudos destes pesquisadores localizados na área da prevenção, embora eles tenham outros focos de pesquisa.

Procedimentos de seleção da amostra e coleta de dados

Foram convidados a participar da pesquisa os pesquisadores brasileiros que desenvolvem intervenções sistematicamente avaliadas em prevenção primária em saúde mental. Os pesquisadores foram identificados a partir dos artigos analisados em revisão sistemática sobre a prevenção em saúde mental (Abreu & Murta, 2012a).

A revisão (Abreu & Murta, 2012a) identificou 11 intervenções preventivas sistematicamente avaliadas e os autores dessas intervenções foram selecionados como participantes da pesquisa. Ao todo foram identificados 14 pesquisadores, com publicações constantes na área e 12 foram convidados a participar da pesquisa. Dois pesquisadores faziam parte do mesmo centro de pesquisa e optou-se por entrevistar apenas um, o outro pesquisador não entrevistado é o segundo autor deste estudo. O primeiro contato com os pesquisares foi virtual, por e-mail, quando foi apresentado o objetivo do estudo, o contato da mestranda e disponibilizada a proposta de entrevista pessoal. Dos 12 contatados, 11 responderam o e-mail aceitando o convite de participar da pesquisa e, ao final, 10 foram entrevistados.

Todas as entrevistas foram realizadas pela mestranda, primeira autora deste artigo, pessoalmente, no local escolhido pelo pesquisador entrevistado. A duração aproximada das entrevistas foi de 45 minutos a uma hora. A pesquisa cumpriu todos os compromissos éticos indicados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP – IH/UnB. A pesquisa foi aprovada por este comitê (ANEXO A), todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO B) e seus direitos foram resguardados.

Conteúdo das entrevistas e materiais

As entrevistas foram baseadas em um roteiro semiestruturado (Anexo C), utilizado como um guia. A entrevista teve como objetivo colher informações sobre seis eixos temáticos: (1) história profissional relacionada à prevenção, (2) recursos pessoais e profissionais para se tornarem referências na área, (3) formação e competências necessárias para atuar com prevenção (4) desafios e estratégias de enfrentamento para a prevenção em saúde mental no Brasil, (5) agenda de pesquisa para a área e (6) indicações para jovens pesquisadores.

Duas figuras foram utilizadas como recursos visuais desencadeadores. A primeira figura foi o “Ciclo de Pesquisa em Prevenção no Brasil” (ANEXO D), desenvolvido pelas autoras como um dos resultados de uma revisão sistemática realizada (Abreu & Murta, 2012a), utilizado para facilitar a coleta de informações sobre o quarto eixo de investigação. A segunda figura utilizada foi o “Modelo bioecológico de recursos para pesquisadores da prevenção” (ANEXO E), visando alcançar dados mais precisos sobre o sexto eixo temático. A figura é uma adaptação do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996). A adaptação foi uma escolha didática para maximizar o curto tempo de contato entre a entrevistadora e os pesquisadores.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento dos entrevistados, sem gravação de imagens. A seguir, as informações foram transcritas e o conteúdo organizado e codificado. Os dados das transcrições foram organizados conforme os seis eixos temáticos propostos.

A análise das transcrições se baseou na análise de conteúdo, do tipo temático e estrutural (Bardin, 1977). Nesta técnica, a primeira etapa da análise é a leitura flutuante para avaliação geral, que consiste no primeiro contato do pesquisador com os dados por meio de uma leitura exploratória. A segunda etapa é a análise vertical das informações, quando são estabelecidas as categorias e subcategorias do conteúdo das entrevistas. Para a última etapa da análise, é realizada a comparação e a horizontalização das categorizações de cada entrevista, que se refere à visualização geral das informações e discussão destes dados.

Resultados e Discussão

A história dos pesquisadores e sua relação com a prevenção em saúde mental no Brasil

A história dos pesquisadores com a prevenção em saúde mental é marcada pela inquietação. Pesquisadores seniores e jovens pesquisadores relataram histórias diferentes, em resposta às nuances de suas gerações. Os pesquisadores seniores, em geral com mais de 55 anos de idade, narraram que a sua história teve início com a insatisfação de um modelo de saúde (e psicologia) com foco exclusivo na remediação, nos estudos de psicopatologias e no tratamento. Assim, buscaram alternativas de formação, pesquisa e prática para além desse modelo que priorizava a doença, o modelo biomédico (Barros, 2002). Frente a esse “estilo da época”, os pesquisadores

encontraram em teorias do desenvolvimento humano e na saúde pública possibilidades de uma atuação preventiva. Segundo os pesquisadores, as teorias do desenvolvimento rompiam com os conceitos prioritariamente patologizantes ao propor o entendimento das várias etapas do desenvolvimento saudável e ilustrar formas de intervenções para a promoção de saúde (Sapienza & Pedromônico, 2005; Papalia & Olds, 2000). A saúde pública os alicerçava ao levantar o questionamento de uma atuação mais comunitária, coletiva, dinâmica, interdisciplinar e acessível à população (Spink & Mata, 2007; Ronzani & Rodrigues, 2006).

O momento social e político influenciou diretamente a tomada de decisão dos pesquisadores. O contato com a prevenção pelos pesquisadores seniores foi ao final da década de 70, 80 e início de 90 do século passado. Historicamente, esse foi o período da implantação do Sistema Único de Saúde- SUS, da reforma psiquiátrica, da discussão sobre a democratização de acesso aos serviços de psicologia e o descontentamento com o modelo biomédico (Amarante, 2003; Oliveira e Alessi, 2005; Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007). Um período de mobilizações políticas e sociais em que a prevenção era entendida como algo próximo ao “revolucionário”, como pode ser exemplificado na fala de um dos entrevistados: *“não era uma coisa (as intervenções) muito, digamos assim, sistematizada, mas era uma coisa que tinha uma faceta política (e ideológica) bastante forte”*.

Havia a premissa de que as demandas por mudanças sociais e políticas eram demandas da prevenção. O início das discussões sobre prevenção em saúde mental no Brasil é semelhante ao vivenciado em outras nações (Albee, 2006). Os defensores da política da prevenção propõem que o início da prevenção em saúde mental deve estar no investimento em ações para o fim da pobreza e promoção de bem-estar para população (Albee, 1998). Para tanto, alguns exemplos, listados como prioritários, seriam o acesso a algumas condições básicas e dignas, como alimentação, saúde, higiene, moradia,

empregabilidade, educação e espaços de lazer. As demandas apresentadas vão ao encontro do contexto social e político vivenciado em vários países, ou seja, um momento histórico marcado por altos índices de desemprego, problemas sociais graves, redemocratização após regimes ditatoriais e reflexões sobre o papel da psicologia.

Os jovens pesquisadores participaram de uma história respaldada pela tutoria dos pesquisadores seniores e de uma visão mais ampla durante a formação da graduação e/ou pós-graduação. Embora, a crítica de uma formação tradicionalmente clínica, individualizada e elitizada ainda estivesse presente em sua formação, os jovens pesquisadores tiveram o suporte de professores e discussões que apresentavam algumas alternativas preventivas. Historicamente, sua formação e prática incluíram contribuições das discussões sobre a clínica ampliada (Romagnoli, 2006, Ferreira Neto, 2008), sobre a inserção dos profissionais de saúde (e psicólogos) na saúde pública, saúde coletiva e políticas sociais (Dimenstein, 1998; Benevides, 2005; Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Aguiar & Ronzani, 2007; Murta & Marinho, 2009), no Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996), na logoterapia (Frankl, 1989) e no advento da psicologia positiva (Yunes, 2003; Paludo & Koller, 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O ciclo da pesquisa em prevenção proposto pelos pesquisadores

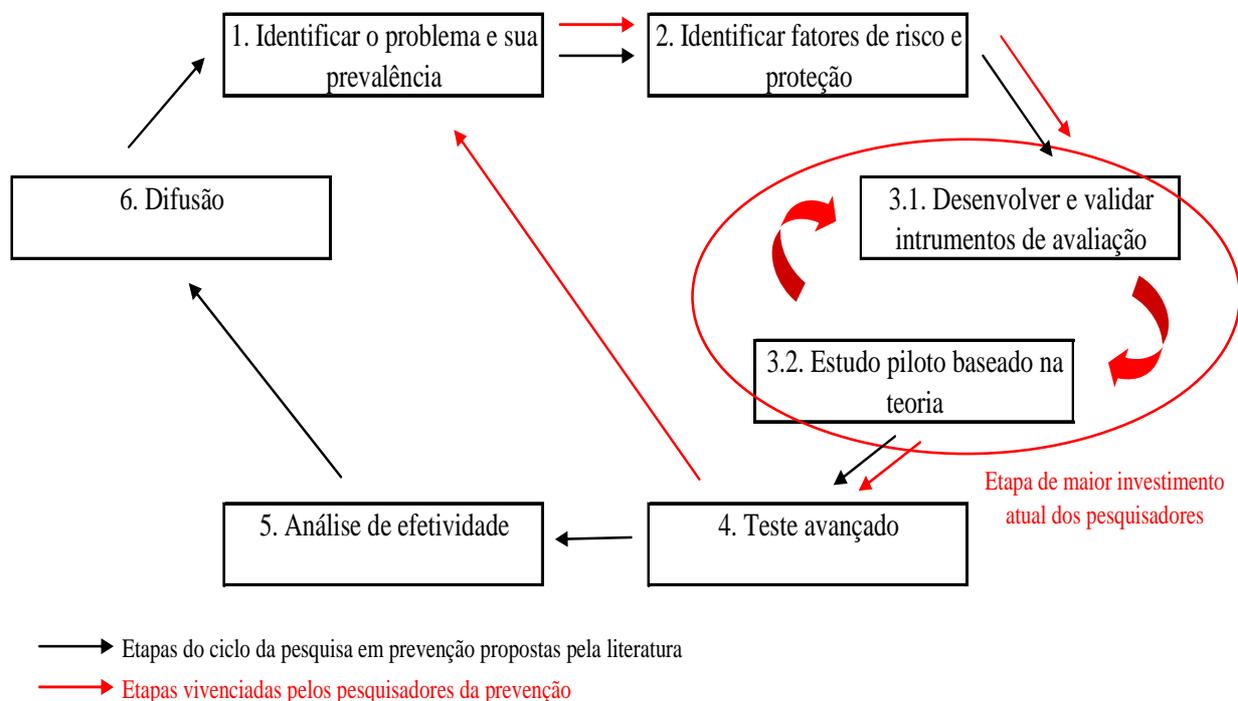
A prevenção em saúde mental no Brasil ainda é “*artesanal*”. Com esse termo um dos entrevistados definiu como os pesquisadores passam pelas etapas do ciclo da pesquisa em prevenção. Em sua fala, o pesquisador afirmou: “*artesanal no sentido de você pensar a ferramenta, pensar o recurso, implementar um projeto piloto para poder aperfeiçoar.*” Em seu caráter artesanal, o ciclo da pesquisa em prevenção vivenciado pelos pesquisadores brasileiros é distinto do ciclo da prevenção proposto pela literatura (Munõz, Mrazek & Haggerr, 1996).

O ciclo sugerido pela literatura e adaptado por meio de publicações recentes é composto por seis grandes etapas (Dalton, Elias & Wandersman, 2007, Dumka, Roosa, Michaels & Suh, 1995; Lohr, Pereira, Andrade & Kirchner, 2007, Lane & Beebe-Frankenberg, 2004, Abreu & Murta, 2012a). A primeira etapa é a identificação do problema e sua prevalência, caracterizada por uma fase de elaboração de estudos de pesquisa básica, teóricos e epidemiológicos. A segunda fase é a localização e avaliação dos fatores de risco e proteção da população-alvo, seguida pela terceira etapa, que seria a implantação de estudo piloto da intervenção preventiva. Essa fase é caracterizada pelo delineamento da intervenção, escolha dos instrumentos e técnicas de avaliação. A quarta etapa é o teste avançado, momento que se busca analisar a eficácia do programa. Os estudos experimentais são utilizados nessa etapa. A próxima etapa é o teste de efetividade, que seria a implementação do programa em condições naturais e, por fim, a difusão, com a transformação das intervenções em serviços e/ou políticas públicas.

A experiência dos pesquisadores brasileiros indica um modelo mais dinâmico do que o proposto pela literatura, acrescido por uma fase de validação de instrumentos (Figura 1). Segundo o narrado por todos os entrevistados, os pesquisadores precisaram ou ainda precisam adiar a implantação das intervenções preventivas, mesmo no estágio do estudo piloto baseado na teoria (etapa 3), para voltar à etapa anterior e adaptar e validar instrumentos ou mesmo criar novas medidas. A disponibilidade de instrumentos validados no Brasil se apresenta como um grande desafio para os avanços da pesquisa em intervenções preventivas sistematicamente avaliadas. Coerente com esse desafio, um estudo sobre o estado da arte da pesquisa em prevenção no Brasil encontrou apenas seis artigos sobre a criação e validação de instrumentos, o que representa 1,6% do total de estudos de prevenção em saúde mental publicados no país (Abreu & Murta, 2012a). Em acréscimo, outra revisão sistemática da literatura nacional localizou apenas 25

publicações que descreviam intervenções sistematicamente avaliadas (Abreu & Murta, 2012b).

Figura 1: O ciclo da pesquisa em prevenção segundo os pesquisadores brasileiros



O desafio da disponibilidade de instrumentos é atribuído a uma história recente de prevenção no Brasil. A primeira hipótese descreve uma pesquisa brasileira jovem na implantação de intervenções, que teria iniciado a pouco mais de uma década (Abreu & Murta, 2012b). Um pesquisador sênior exemplificou este dado com a sua história: “*Nós conseguimos publicar o primeiro trabalho de intervenção bem recentemente, em 2005. De 74 para 2005, são trinta anos?*”.

A outra hipótese é a constatação, pelos entrevistados, de que existe um discurso bem alinhado sobre a relevância da prevenção, mas que esse discurso não gera implicações práticas. Um dos entrevistados comentou:

“uma coisa é você falar de prevenção, outra coisa é você fazer prevenção (...) é um discurso bem visto, e até um discurso já amarrado nas políticas públicas, até organizações internacionais fazem isso, não são só os pesquisadores. Se pegar a OMS (Organização Mundial de Saúde), eles trazem documentos lindos (...) do ponto de vista até literário, agora fazer é diferente, e você vê que tem muito pesquisador, muito gestor, muito policymaker que só fala, não faz”.

A hipótese dos pesquisadores é corroborada pelos dados de pesquisa que indicaram que mais de 80% das pesquisas produzidas no Brasil são estudos exploratórios, conceituais e de fundamentação (Abreu & Murta, 2012a). Este estudo revelou ainda a ausência de estudos de difusão em prevenção em saúde mental.

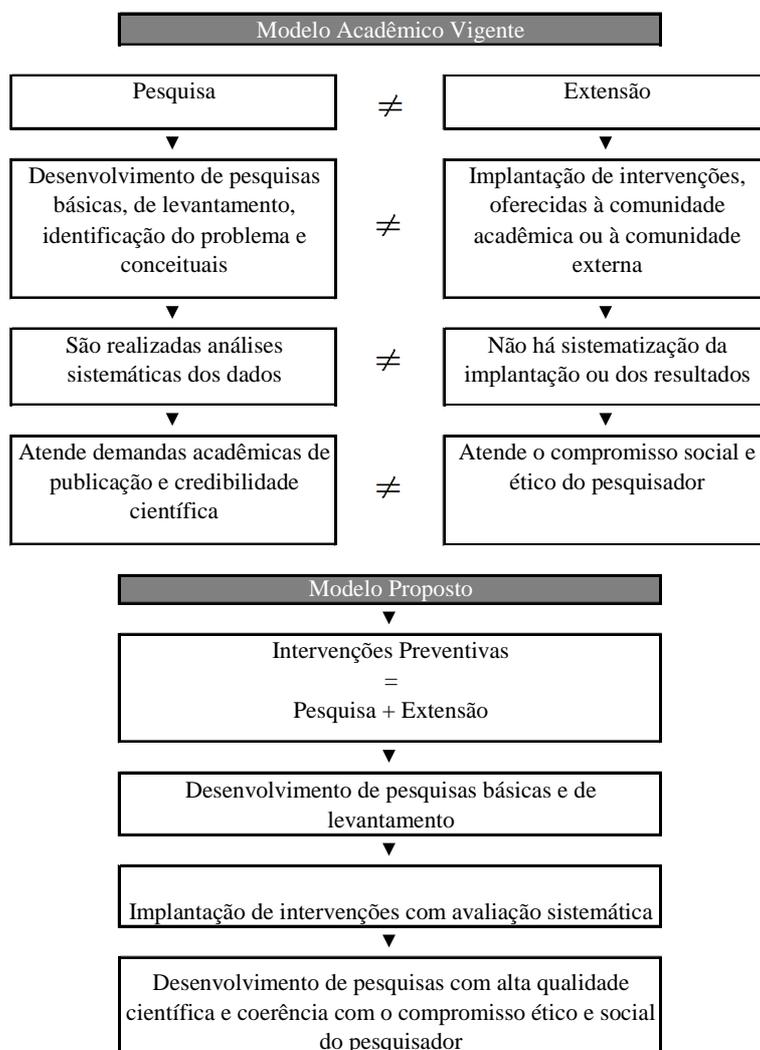
A relação entre pesquisa e extensão nas universidades e as implicações para as intervenções preventivas

No contexto universitário, existe uma relação peculiar entre a extensão e a pesquisa, em alguns momentos estão associadas e outros são ações distintas. Na prática dos pesquisadores seniores, a prevenção teve início com a extensão e a inserção do psicólogo na comunidade. Segundo os pesquisadores, a extensão era vista como o local da universidade destinado à prática da prevenção, em que as intervenções preventivas eram ofertadas como uma resposta à sociedade sobre o conhecimento que a universidade estava produzindo. Como efeito colateral, a extensão não tinha entre suas prioridades a sistematização de seus resultados (Miyazaki, Domingos, Valério, Santos & Rosa, 2002). Por outro lado, a pesquisa apresenta os rigores de sistematização e produção de conhecimento, mas é dedicada, em grande parte, aos estudos de fundamentação e atendimento às demandas de publicação dos grandes órgãos financiadores de pesquisa, como a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

A falta de sistematização da extensão e a valorização da pesquisa em detrimento da extensão pode ser um dos entraves para os avanços das intervenções preventivas (Figura 2). Alguns pesquisadores citaram a extensão como uma atribuição menos valorizada na prática do pesquisador brasileiro. Um dos entrevistados exemplificou da seguinte forma: *“eu sinto um pouco, na academia especificamente, esse preconceito*

com quem está fazendo extensão. Geralmente quem está na prevenção, está também nessa perspectiva da extensão, como se fosse o primo pobre, o primo rico é a pesquisa”. Essa crença dos pesquisadores pode estar associada a um número exponencialmente maior de pesquisas básicas publicadas do que sobre intervenções. Segundo os dados de uma ampla revisão da área, até março de 2012 haviam sido publicados 374 artigos de prevenção em saúde mental. Desses, 256 eram estudos de fundamentação, 31 eram intervenções preventivas e somente 11 destas foram sistematicamente avaliados (Abreu & Murta, 2012a).

Figura 2 - Relação pesquisa e extensão e as intervenções preventivas



“*A neurose obsessiva do Lattes*³”, expressão citada por um dos entrevistados, pode ser outra variável que reflete o maior investimento em publicações acerca de pesquisas básicas. A expressão foi atribuída à pressão acadêmica sofrida pelos pesquisadores para publicarem o maior número de artigos, livros e capítulos de livros no menor intervalo de tempo possível. Um dos critérios de classificação da produtividade de pesquisadores e da qualidade dos programas de pós-graduação é o número anual destas publicações. Criticamente, um dos entrevistados ilustrou o neologismo:

“então a gente vai por ensaio e erro, vai ensaiando até chegar ao final: o artigo (refere-se ao artigo de uma intervenção quase-experimental desenvolvida por ele), durante dez anos. O que é mais fácil? Você em seis meses fazer uma pesquisa, escrever e publicar. Então tem esse caminho da neurose obsessiva do Lattes que a gente vai publicando, sem pensar nessa prática: para que e para quem eu estou publicando?”

As críticas pela demanda de publicações têm sido reforçadas por artigos fervorosos, como o recente editorial de uma revista de psicologia, que discute a queda na qualidade das publicações e as possíveis implicações desta demanda para o adoecimento dos pesquisadores (Tuleski, 2012).

O resultado desse tipo de publicação parece ser prejudicial tanto para os que se dedicam à extensão quanto aos que fazem pesquisa. Avaliações indicam que a qualidade das publicações tem sido comprometida, mesmo com crescimento numérico destas. O estudo que apresentou o Brasil como o 13º no ranking internacional de número de publicação, indicou que o impacto das publicações dos pesquisadores nacionais ainda é pequeno e a quantidade de patentes ainda mais reduzidas (Regalado, 2010). Dado coerente com os resultados de outra publicação de uma revista nacional, especializada em divulgação científica, que indicou os entraves brasileiros para a transformação de

³ Lattes é o termo reduzido para nomear a Plataforma Lattes, que é a base de dados dos currículos dos pesquisadores brasileiros. Todos os pesquisadores necessitam ter seu currículo cadastrado e atualizado na plataforma para participar dos editais de pesquisa. O acesso aos currículos é livre no site do CNPq (<http://lattes.cnpq.br/>)

conhecimento em tecnologia (Marques, 2012). Assim, a quantidade de publicações e sua qualidade continuam sendo algo discutível e polêmico no mundo acadêmico.

No modelo atual, a avaliação das intervenções preventivas é comprometida. Com alternativa, é proposto um modelo de coalizão entre a pesquisa e extensão. A extensão contribuiria com o acesso ao público-alvo e às condições de vida real, enquanto a pesquisa auxiliaria com a sistematização e o método (Figura 2). Como resultado, os pesquisadores poderiam atender ao seu compromisso ético e social, que é transformar o conhecimento em tecnologia acessível e útil à sociedade, com evidências empíricas de seus resultados. O pesquisador ganharia publicações de maior qualidade metodológica, impacto expressivo, e a população um serviço respaldado pela ciência.

Recursos bioecológicos considerados necessários para a construção de carreias na pesquisa em prevenção

Os recursos enunciados pelos pesquisadores podem ser vistos como importantes fatores de proteção para o seu crescimento profissional. A compreensão bioecológica dos recursos (Bronfenbrenner, 1996) permite uma compreensão ampla e dinâmica de quais as características pessoais, profissionais e ambientais contribuíram para o desenvolvimento da prática dos entrevistados (Figura 3).

Recursos pessoais

As características pessoais apresentadas indicam o engajamento dos pesquisadores com a prática preventiva. Um estudo sobre os desafios de ser um profissional da prevenção indica que o conhecimento do que é prevenção e seus benefícios não são motivações suficientes para se manter na área (Israelashvili, 2008). Características como paixão, resiliência, dedicação e motivação estariam mais próximas de resultar no engajamento com a área, como observado na fala dos pesquisadores.

O perfil de gestor está associado a habilidades como capacidade de comunicação com pessoas em diferentes posições, habilidade de negociação e flexibilidade. Outra característica de gestor indicada pelos pesquisadores é a capacidade de pensar na pesquisa e seus desdobramentos de forma estratégica, como pode ser observado na fala: *“a área é um contínuo, uma linha que em que é preciso pensar na sustentabilidade (...) sempre pensei num planejamento estratégico, eu sempre planejei aonde eu queria chegar e como eu conseguiria chegar nesses objetivos”*.

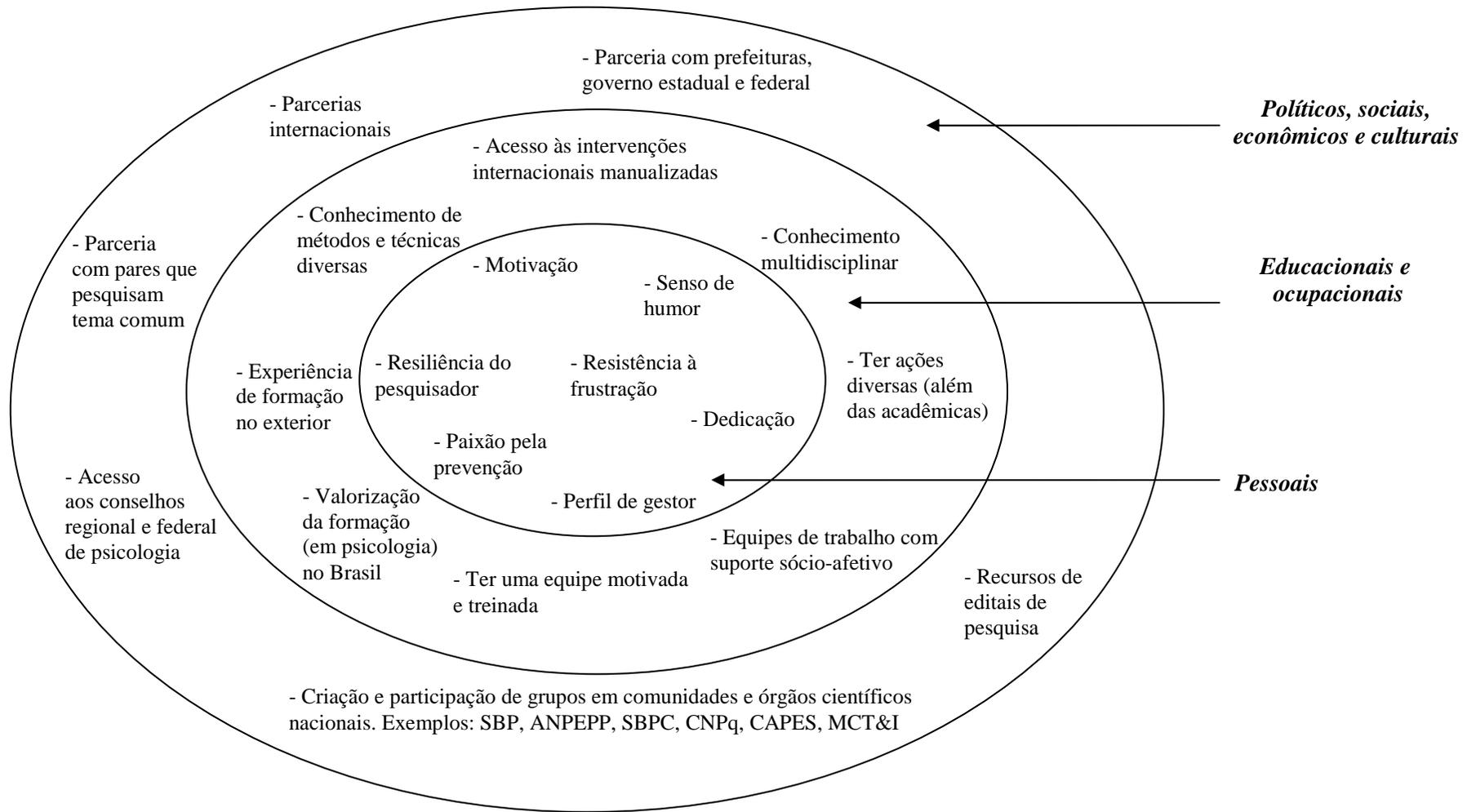
O perfil de gestor permite atender às demandas da vida real e das políticas públicas, segundo os entrevistados. Um dos entrevistados exemplificou: *“a demanda da sociedade é urgente e as políticas públicas não esperam o tempo necessário para a ciência comprovar evidências”*. Como indicado pelo relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores solicitam investimentos e serviços em tecnologias preventivas (Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010). Neste cenário, as características pessoais apresentadas, em especial o perfil negociador de gestor, seriam vitais para responder a essa demanda não científica. A solicitação é pungente e a flexibilidade entre o perfil do pesquisador convencional e do perfil gestor é vital.

Recursos educacionais e ocupacionais

O conhecimento de diferentes abordagens teóricas foi destaque na fala de todos os entrevistados. Dentre as abordagens teóricas, os pesquisadores citaram a necessidade de um conhecimento acurado de teorias do desenvolvimento humano, como o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996), a psicologia positiva; (Seligman & Csikszentmihalyi, 2010), a teorias sobre a resiliência (Yunes, 2003;

Paludo & Koller, 2007) e a compreensão ampla e holística proposta pela saúde pública e saúde coletiva (Benevides, 2005; Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Aguiar & Ronzani, 2007). As indicações de abordagens são coerentes com as histórias profissionais dos pesquisadores narradas no primeiro subtítulo deste artigo. Durante a jornada profissional dos entrevistados essas teorias foram alicerces para que eles pensassem preventivamente e pudessem elaborar intervenções.

Figura 3: Recursos indicados pelos pesquisadores para o seu crescimento profissional como pesquisadores da prevenção



Diversidade metodológica foi apontada como outra condição primordial para que os pesquisadores construíssem suas carreiras em prevenção no Brasil. Os pesquisadores salientaram a especificidade da prevenção em relação aos métodos de pesquisa. Segundo esses, diferente de outras ações em psicologia e em saúde em que o método é decidido *a priori* e mantido rigorosamente, na prevenção o método deve ser aprimorado ao longo da implantação das intervenções preventivas. Para tanto, eles indicaram a necessidade de metodologias mistas, com técnicas quantitativas e qualitativas harmoniosamente utilizadas (Minayo & Sanches, 1993; Creswell, 2009). Os pesquisadores afirmaram que a necessidade de associar métodos quanti e quali é fundamental para a pesquisa em prevenção, por esta tratar-se de um fenômeno complexo. Como discutido no ciclo da pesquisa em prevenção, este prevê diferentes etapas com perguntas de naturezas diversificadas, por isto, métodos distintos podem ser necessários.

Ter experiência de formação no exterior foi indicado como recurso essencial. Segundo os entrevistados, as experiências internacionais que tiveram durante o mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado foram determinantes para se aproximarem da prevenção e ampliarem seu conhecimento sobre como fazer intervenções preventivas. Alguns pesquisadores tiveram o primeiro contato com a prevenção em sua experiência internacional, outros narraram que foi através da internacionalização que aprenderam a desenvolver intervenções preventivas e ampliaram seus métodos de avaliação. O contato internacional foi o recurso necessário para avançarem da pesquisa básica para intervenções. A longa e sólida história de pesquisa em prevenção em outros países pode justificar a relevância do suporte internacional (Romano & Hage, 2000; Albee, 2006).

O acesso a intervenções internacionais “manualizadas” é outra contribuição da experiência no exterior. Os pesquisadores atribuíram o acesso a materiais internacionais, principalmente no formato de guias, manuais e descrição de procedimentos, como suporte

para implementarem intervenções. A partir dos manuais, o treinamento de estagiários, alunos e auxiliares de pesquisa era facilitado, o que agiliza o trabalho de criação ou customização das intervenções à realidade brasileira e, conseqüente aumento da amostragem dos participantes. A literatura aponta que essa disponibilidade de materiais de replicação é uma etapa fundamental para a disseminação de intervenções, confirmada pelos entrevistados (Murta, 2011; Ruf, Berner, Kriston, Lohmann, Mundle, et al, 2010). Em adição, os entrevistados destacam que as equipes funcionam satisfatoriamente se forem equipes produtivas e com suporte social e afetivo entre seus membros.

Alguns entrevistados sugeriram que o fato de não limitarem seu estudo e aplicação à academia é um suporte à sua prática. Um exemplo seria a seguinte fala: “*eu acho fundamental vestir outra camisa, ver outras demandas, colocar a mão na massa*”. Os pesquisadores indicaram sua participação em organizações civis e em programas públicos como possibilidade basilar para conhecerem a realidade e pautar suas ações, inclusive acadêmicas, em propostas possíveis. Este perfil múltiplo e aberto a experiência sociais concretas tem sido valorizado por órgãos nacionais de fomento (CNPq, 2012) e avaliado positivamente em discussões sobre a disseminação da prevenção (Sommer, 2009).

Recursos Ambientais

Os recursos ambientais caracterizaram-se por formalizações de redes entre pesquisadores e parcerias com órgãos acadêmicos e políticos. A formalização de redes de pesquisadores inclui o contato com outros pesquisadores com a mesma formação e tema de pesquisa. Para tanto, indicam as parcerias obtidas por meio dos conselhos regionais e federais, principalmente os conselhos de psicologia, e eventos promovidos por associações nacionais, como, por exemplo, os congressos da Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP e as reuniões da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia -

ANPEPP. Os entrevistados sugerem, também, a parceria com profissionais de outras áreas de formação que investigam o mesmo objeto de estudo. Os pesquisadores acreditam que o fato de participarem de equipes multidisciplinares tem sido um estímulo e ampliação do entendimento da prevenção e da própria prática.

A formalização de grupos de estudo e grupos de trabalho em comunidades científicas nacionais e órgãos públicos seria uma estratégia de operacionalização da parceria com profissionais de diversas áreas. Dessa forma, os pesquisadores sugerem a participação em grupos disponíveis na Sociedade para o Progresso da Ciência - SBPC, por exemplo. Outros ambientes, que eles têm buscado parcerias, são os grupos de estudo e grupos de trabalho dos grandes órgãos de fomento, como a CAPES, o CNPq e fundações regionais de amparo à pesquisa e, por fim, em grupos técnicos de prefeituras, governos estaduais e ministérios, como o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e o Ministério da Saúde. Os pesquisadores indicaram incluir a discussão da prevenção em grupos com temas diversos, visto que não há grupos específicos de prevenção nas sociedades acadêmicas e em órgãos públicos.

As parcerias internacionais são outro tipo relevante de rede profissional (Lo Bianco, Almeida, Koller & Paiva, 2010). Os pesquisadores apontaram que este tipo de parceria proporciona agilidade aos avanços da área. Eles indicam que, embora haja diferenças culturais, o processo de adaptação de intervenções com evidência de efetividade comprovada é mais rápido que o processo de criação de intervenções. Criticamente, os entrevistados destacam que este é um recurso quando as adaptações são possíveis a realidade brasileira, o que não acontece com todas as intervenções, algo respaldado pela literatura (Greenberg, 2004; Elliot & Mihalic, 2004). Para a internacionalização, os especialistas indicam que o contato pode ser iniciado por meio de visitas técnicas,

participação em eventos internacionais e publicação em outras línguas, preferencialmente o inglês.

Para jovens pesquisadores, os entrevistados indicaram a formação de grupos de estudos e buscar se inserir em grupo de pesquisa já existentes, além dos todos os recursos discutidos (Figura 2). O valor dos grupos de estudo pode ser exemplificado na fala de um dos entrevistados: *“quando nos procuram, as pessoas pedem um recurso ou alguma coisa, algo que temos orientado é: forme um grupo de estudos. Isso vai ser mais importante para você do que assistir uma conferência”*.

Formação⁴ e competências necessárias para a atuação em pesquisa em prevenção

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia listam competências e habilidades que devem ser desenvolvidas durante a formação para o exercício da profissão. No *Artigo 8* das diretrizes são listadas 15 competências gerais para o exercício da profissão e no *Artigo 9* são descritas mais sete habilidades que devem sustentar as competências (Câmara de Educação Superior/ Conselho Nacional de Educação, 2004). Entretanto, a eficácia do ensino dessas habilidades e competências nos cursos de psicologia é discutível (Lisboa & Barbosa, 2009; Pfromm Netto, 2007). Assim, os entrevistados sugeriram conhecimentos e habilidades que podem ser fomentados durante a formação em psicologia, além do proposto pelas diretrizes.

A primeira indicação é a inclusão do ensino da prevenção nas diretrizes curriculares dos cursos de psicologia. Embora as diretrizes incluam ações preventivas em saúde mental como responsabilidade do psicólogo (Câmara de Educação Superior/ Conselho Nacional de Educação, 2004), os profissionais entrevistados indicaram uma deficiência de disciplinas específicas de prevenção e de práticas preventivas durante a formação. Para

⁴ A formação refere-se ao curso de psicologia, uma vez que nove dos 10 entrevistados são psicólogos.

tanto, os entrevistados sugeriram três medidas imediatas. A primeira é a inclusão de disciplinas conceituais de prevenção. A segunda, a inserção de conteúdos de prevenção em outras disciplinas. Afinal, o desenvolvimento de atividade práticas preventivas desde o início do curso, preferencialmente em locais com demandas sociais diversas.

Conhecimentos e competências fundamentais para profissionais da prevenção

Os pesquisadores indicaram cinco temas atuais que seriam essenciais para o ensino da prevenção. Para os entrevistados, o avanço na formação de profissionais de prevenção poderia ser ampliado com o investimento em conhecimentos e competências para a elaboração e avaliação de intervenções, análise de publicações já existentes e competências para a disseminação. Para tanto, destacaram a necessidade de investimento nas seguintes áreas de conhecimento: (a) metodologia científica para elaboração de intervenções, (b) conhecimento aprofundado de estatística e métodos de avaliação, (c) práticas psicológicas baseadas em evidências, (d) técnicas de gerenciamento e (e) conhecimento de políticas públicas das diferentes áreas de atuação do psicólogo.

Metodologia de pesquisa e estatística são entendidas como condições para a elaboração e avaliação de intervenções preventivas. Como apontado na discussão sobre a pesquisa e a extensão, a ampliação de conhecimento em métodos e estatística seriam de fundamental importância para o desenvolvimento de intervenções cientificamente validadas, sejam elas com métodos quanti, quali ou mistos, beneficiando o pesquisador e a população. Entretanto, essa parece ser uma lacuna presente na formação em psicologia (Pfromm Neto, 2007).

O ensino de práticas baseadas em evidências é outra área de investimento para o avanço da prevenção. Para os entrevistados, buscar informações e avaliar a literatura especializada na área é fundamental para a formação sólida de profissionais da prevenção.

Essa busca tem sido enriquecida pela discussão sobre a análise de melhor evidência. Como defendido pela *American Psychological Association* – APA, (APA, 2005) há necessidade de que evidências sejam apresentadas. Os entrevistados salientaram que a formação em práticas baseadas em evidências incluiria os professores, uma vez que muitos desconhecem essa temática.

O domínio das políticas públicas e o ensino de técnicas de gerenciamento foram indicados como conhecimentos primordiais para disseminação dos programas preventivos. O conhecimento de políticas públicas incluiria políticas em todos os campos de atuação do psicólogo, como, por exemplos, políticas de saúde, cultura, educação, de proteção à criança e ao adolescente, de apoio aos idosos, de direitos humanos, de segurança pública e da previdência social, para que os programas possam ser disseminados pelos órgãos públicos. Um entrevistado enfatizou que a disseminação dos programas é uma questão de “*business*”. Para o entrevistado, ter uma linguagem acessível e comercial é requisito para estreitar os laços com os gestores públicos, como exemplificado em sua fala “*como é que você vai vender o seu produto, a prevenção, seu pacote de prevenção para um gestor, você tem que mostrar que vale a pena ele investir, porque aí eu acho que é assim, chega neste ponto é uma questão de business*”. Este mesmo argumento foi defendido em um estudo internacional ao afirmar que a inserção de estratégias de marketing e de gerenciamento de projetos, comuns às organizações privadas, por pesquisadores e universidade poderia acelerar a disseminação de programas (Rotheram-Borus & Duan, 2003).

Relação direta da prevenção e outras áreas de conhecimento

Os entrevistados indicaram a ausência de uma área de pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil. Os pesquisadores indicaram essa lacuna em sua identidade, pois em geral são identificados como especialistas da condição prevenida (como, pesquisador

de violência, de álcool e drogas, de comportamento antissocial na infância, etc.) e não como pesquisadores da prevenção. Dessa forma, indicaram áreas de conhecimento fundamentais para o profissional de prevenção e para a possível, e futura, criação de uma área de prevenção em saúde mental no Brasil.

A prevenção estaria na interseção entre as áreas de atuação dos profissionais. Assim, percebe-se que a prevenção é um campo multiprofissional que faz uso de conhecimentos produzidos em áreas de conhecimento como o desenvolvimento humano, a avaliação psicológica, a psicologia positiva, a saúde pública, a psicologia social, a psicologia comunitária, psicologia escolar e a psicologia de gênero, por exemplo. Como indicado pelos pesquisadores o suporte de diferentes áreas de conhecimento enriquece o entendimento dos fenômenos a serem prevenido. Entretanto, a ausência de uma área específica enfraquece a identidade do estudioso como pesquisador da prevenção e dificulta parcerias e avanços para a área.

Desafios e perspectivas para a prevenção em saúde mental no Brasil

O primeiro desafio apontado pelos pesquisadores está relacionado às peculiaridades da atuação pesquisador-professor no Brasil. Os entrevistados indicaram que o perfil do pesquisador brasileiro é caracterizado pelo acúmulo de funções e um suporte reduzido de profissionais contratados que possam auxiliá-lo. Em geral, segundo a fala dos entrevistados, o pesquisador é o idealizador do projeto, o coletor de dados, o facilitador da intervenção, o suporte da instituição, onde a intervenção é desenvolvida, o analista de dados, o supervisor de estágio, o professor de disciplinas gerais, o revisor de artigos e, em alguns casos, o coordenador da graduação ou pós-graduação. Não há profissionais contratados para dar suporte à implantação e avaliação das intervenções ou quando existem são insuficientes para atender as demandas dos pesquisadores.

Essas funções são acrescidas pela demanda por uma quantidade significativa de publicações. Como discutido e exemplificado por meio da expressão “*neurose obsessiva do Lattes*”, um dos reflexos pode ser o comprometimento da qualidade das intervenções. Um dos pesquisadores destacou a implicação deste momento histórico da pesquisa brasileira como um dificultador para a condução de pesquisas com *follow-up*. Esta realidade parece ser comum em todas as áreas da ciência brasileira, como pode ser observado em uma publicação recente, em que um renomado pesquisador brasileiro propôs a criação de uma carreira de pesquisador científico em tempo integral nas universidades federais (Nicolelis, 2010).

Tais barreiras dificultam o posicionamento e a automeação dos profissionais como pesquisador da prevenção. Um dos entrevistados exemplificou “*todos os meus artigos que saíram, publicados nestes quatro últimos anos não são automeados como de prevenção, porque eu tenho uma nitidez, uma clareza, de que para ser prevenção eu precisava fazer uma pesquisa de seguimento (follow-up)*”.

A organização da rede de saúde mental que prioriza o tratamento foi apontada como outra barreira a prevenção. A prioridade da rede de saúde mental é voltada aos que estão expostos a alto risco ou já foram diagnosticados com um transtorno. Conforme o recente relatório de investimento em saúde mental, do Ministério da Saúde, está previsto para 2012 a injeção de R\$ 200 milhões para o custeio da rede de atendimento e não há previsão para o investimento em prevenção (Brasil, 2012). Segundo o mesmo relatório, foram criados 122 novos CAPs - Centro de Atenção Psicossocial, totalizando 1742 no país, acrescidos de 625 Residências Terapêuticas, 3961 beneficiários no Programa de Volta para Casa e 92 consultórios de rua, o que é muito relevante visto o sofrimento de pessoas com transtornos mentais. Entretanto, o relatório não cita a palavra prevenção e não descreve nenhuma medida em prol da prevenção em saúde mental no Brasil.

Frente a esses desafios os pesquisadores ainda estão buscando estratégias de enfrentamento. Entretanto, os entrevistados enunciaram outras dificuldades e sugeriram alternativas para ultrapassar as barreiras (Tabela 1).

Tabela 1: Desafios e alternativas para a implantação, avaliação e disseminação de programas preventivos

Desafios	Alternativas sugeridas
1. Avaliar os resultados da intervenção preventiva.	- Comparar com a população que não está passando pelo processo de prevenção, como, por exemplo, com grupo de validação.
2. Ausência de conhecimento da prevenção como área do conhecimento científico	- Informar os conselhos profissionais os avanços da área e contar com a divulgação deste em materiais como as revistas dos conselhos. - Criar fóruns de discussão, seminários sobre a prevenção em saúde mental. - Apresentar resultados de intervenções em eventos/congressos científicos. - Criar grupo de estudo ou grupos de trabalho específicos para a prevenção em saúde mental em sociedades acadêmicas e órgãos públicos.
3. Difusão do conhecimento científico	- Transformar os resultados científicos em textos e materiais simples de entendimento para o público leigo. - Divulgação desse material de forma ilimitada e gratuita por páginas virtuais, programas de televisão, programas de rádio, revistas impressas e entrevista com pesquisadores.
4. Adesão de participantes. As intervenções têm um número restrito de participantes e os autores informam em seu método a alta mortalidade ao longo das etapas.	- Realizar intervenções na comunidade de origem dos participantes. Um exemplo é realizar uma sucursal da clínica escola. A estratégia funciona parcialmente, aumenta a adesão, mas não elimina a mortalidade ao longo da intervenção. - Realizar intervenções em parceria com instituições ou órgãos públicos e privados, como ONGs, Programa Saúde da Família do Sistema Único de Saúde - SUS, para que os programas alcancem larga escala. - Incluir nas intervenções os agentes sociais da comunidade alvo, como, por exemplo, professores, pais, líderes comunitários, médicos. - Realizar pesquisas sobre os fatores de desistência e motivação/engajamento para participar de intervenções. - Investir na replicação dos estudos para aumentar o "N" e validar procedimentos de intervenção.
5. Falta de recursos para estudos longitudinais	- Os pesquisadores submetem pesquisas transversais em editais e estrategicamente coletam dados e fazer um planejamento de pesquisa em longo prazo.

Os desafios listados na tabela estão relacionados, principalmente, a implantação, avaliação e disseminação de intervenções preventivas. As alternativas sugeridas vêm sendo testadas pelos pesquisadores entrevistados e visam ilustrar possibilidades frente às barreiras de se atuar preventivamente. As alternativas têm apresentado significativo sucesso e os pesquisadores as indicam como um estímulo aos jovens pesquisadores interessados em prevenção em saúde mental.

Uma agenda de pesquisa em prevenção pode ser agregada a tabela de alternativas. Os pesquisadores sugerirão alguns passos para uma agenda de pesquisa em prevenção no Brasil que se subdividiria em três partes. A primeira uma agenda para implantação de programas preventivos, outra para a formalização da área de prevenção em saúde mental é uma terceira para disseminação de intervenções.

A agenda para os avanços na implantação e avaliação de intervenções preventivas está relacionada aos desafios da avaliação. Esta agenda indica: (1) estreitar os laços da prevenção com a área da avaliação psicológica, (2) adaptar e validar instrumentos para serem utilizados como medidas de avaliação de intervenções, (3) desenvolver competência para a implantação e avaliação de intervenções baseadas em evidências durante a formação, (4) aprimorar as tecnologias já existentes, com ampliação de recursos de avaliação e análise da efetividade desse material, (5) desenvolver intervenções preventivas em equipe multidisciplinar, com parceria entre profissionais da saúde, professores, médicos, estatísticos e economistas, por exemplo, (6) reconhecer e formalizar parcerias com pesquisadores da América Latina, para desenvolver intervenções facilitadas pela proximidade cultura dos países latinos e (7) avaliar mediadores e moderadores para que as intervenções sejam mais breves, mais baratas e com bons efeitos.

A formalização de uma área de prevenção em saúde mental incluiria o reconhecimento dos pares e buscar recursos conjuntos. Assim, esta agenda incluiria: (8) realizar encontros de pesquisadores da prevenção, como simpósio e congressos, (9) realizar pesquisas com profissionais de diferentes formações, investindo em parcerias interdisciplinares e (10) participar de editais de pesquisa de inovação, buscando informação sobre os órgãos financiadores de pesquisa.

A disseminação tem em sua agenda de pesquisa o foco na comunicação com gestores e a população em geral e o investimento em estudos longitudinais. Esta agenda

destaca a necessidade de (11) transformar os resultados de pesquisas em materiais interessantes para o público leigo, (12) criar manuais e textos que facilitem a replicação das intervenções, para que estas possam ser desenvolvidas por outros profissionais em qualquer região do país, (13) aprender a conduzir e investir em estudos longitudinais com parceiros de diferentes áreas. Para este tópico da agenda a operacionalização poderia ser a filiação a grandes grupos de pesquisa, com uma atuação parceira. Por fim, (14) investir em pesquisas que analisam o custo-efetividade das intervenções preventivas. Esta análise ampliaria a comunicação entre pesquisadores e gestores públicos e privados.

Considerações finais

O presente estudo sobre a perspectiva dos especialistas brasileiros apresenta algumas limitações. A principal delas é ter entrevistado exclusivamente pesquisadores com produção publicada em artigos científicos. Sugere-se que as entrevistas sejam estendidas a outros especialistas como gestores públicos e privados que desenvolvem políticas sociais, educacionais e de saúde relacionadas à prevenção. Outra população, com importantes contribuições e que poderia ser entrevistada, seria os não especialistas, ou seja, pessoas que estão na prática preventiva em sua rotina de trabalho diária, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, funcionários de ONG, líderes comunitários e educadores.

Por outro lado, a revisão apresentou pontos fortes, como o contato pessoal com os pesquisadores e a possibilidade de ampliar a compreensão da prevenção para além de publicações acadêmicas. A amostragem de quase totalidade dos pesquisadores identificados como referência é outro ponto forte do estudo, por denotar a representatividade da amostra em relação ao universo real de análise. O caráter inovador de buscar informações diretas com os especialistas é significativo, pois esta prática parece não

ser comumente utilizada no meio acadêmico, que, em geral, utiliza de publicações empíricas como fonte de dados.

Os resultados deste estudo apontaram avanços na pesquisa em prevenção em saúde mental quando comparados à história profissional dos pesquisadores. Durante o artigo algumas propostas para o avanço da pesquisa em prevenção foram citadas, como a conexão entre a pesquisa e a extensão e o investimento e parceria com diversas áreas de conhecimento. Entretanto, ainda existem muitos desafios. Dificultadores presentes desde a implantação das intervenções aos entraves próprios dos pesquisadores frente às demandas da ciência brasileira. Como possibilidade de mudanças, foi proposta uma agenda de pesquisa que inclui a necessidade de aprimoramento das avaliações de intervenções preventivas, a formalização de prevenção em saúde mental como uma área de estudo e a transformação de intervenções preventivas bem sucedidas em serviços inseridos nas políticas públicas.

A agenda proposta é uma lista de indicações que, seguramente, será revista, adaptada e aprimorada ao longo do tempo. As mudanças ocorrerão conforme cada novo avanço e desafio forem experimentados pelos profissionais da prevenção. Os avanços demandam tempo e um alto investimento pessoal, profissional e financeiro. Este tempo poderá ser reduzido se a pesquisa em prevenção continuar sendo conduzida por profissionais capacitados, e munidos de mais recursos, derivados das políticas científicas, da formação profissional continuada e da construção de redes de pesquisa, nacionais e internacionais.

Referências

Abreu, S. & Murta, S. G. (2012a). *O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática*. Capítulo 2 da Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade de Brasília: Brasília.

- Abreu, S. & Murta, S. G. (2012b). *Programas preventivos brasileiros: quem faz e como faz prevenção primária em saúde mental?* Capítulo 3 da Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Aguiar, S. G. & Ronzani, T. M. (2007). Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades. *Psicologia em Pesquisa*, 1, 11-22.
- Albee, G. W. (2006). Historical overview of primary prevention of psychopathology: address to the 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders. September 15-17, 2004. Auckland, New Zealand. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 449-456.
- Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- American Psychological Association (2005). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Ball, B., Kerig, P. K., & Rosenbluth, B. (2009). “Like a family but better because you can actually trust each other”: the expect respect dating violence prevention program for at-risk youth. *Health Promotion Practice*, 10, 45-58.
- Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11, 67-84.
- Brasil (2012). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 10*, Brasília, DF: Ministério da Saúde/SAS/DAPES .
- Britner, P. A. & O’Neil, J. M. (2008). The teaching of primary prevention: concluding thoughts and a call to action. *Journal of Primary Prevention*, 29, 455-459.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1979)

- Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação (2004). Notícias: diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 205-208.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L.(2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17, 26-32.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: quantitative, qualitative and mixed methods approaches*. Thousand Oakes: SAGE.
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2012). *Ajustes na Plataforma Lattes estimulam a divulgação científica*. Informe ENSP, 1-2. Retirado de: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29770>
- Dimestein, M. (1998) O Psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53-51.
- Elliot, D. S. & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5, 47-53.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 110-118.
- Frankl, V. E (1989). *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. São Paulo: Quadrante.
- Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: the researcher perspective. *Prevention Science*, 5, 5-12.
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional e relational characteristics of master therapists. *Journal of Counselling Psychology*, 46, 3-11.
- Lisboa, F. S. & Barbosa, A. J. (2009). Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29, 718-737.

- Lo Bianco, A. C., Almeida, S. S, Koller, S. H. & Paiva, V. (2010). A internacionalização dos programas de pós-graduação em psicologia: perfil e metas de qualificação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 1-10.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007) Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 335-342.
- Marques, F. (2012). Muito além das patentes. *Pesquisa FAPESP*, 197, 20-27.
- Minayo, M. C. & Sanches, O (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 239-262.
- Miyazaki, M. C. O. S, Domingos, N. A. M., Valério, N. I, Santos, A. R. R. & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13, 29-53.
- Murta, S. G. & Marinho, T. P. C. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58-72.
- Nicolelis, M. (2010). Manifesto da ciência tropical: um novo paradigma para o uso democrático da ciência como agente efetivo de transformação social e econômica no Brasil. *Jornal da Ciência*, e-mail 4143, nº 5.
- Oliveira, A. G. B & Alessi, N. P (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 191-203.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pfromm Netto, S. (2007). Psicologia, psicologias: velhos e novos olhares. Algumas considerações sobre o passado, o presente e o futuro da psicologia como ciência, profissão e ensino. *Psicologia em Pesquisa*, 1, 03-07.

- Brasil (2011). *Decreto nº 7.642 de 13 de dezembro de 2011*. Institui o Programa Ciências sem Fronteiras. Brasília, DF: Presidência da República.
- Regalado, A. (2010). Brazilian science: riding a gusher. *Science*, 330, 1306-1312.
- Rohrbach, L. A., Gunning, M., Sun, P., & Sussman, S. (2010). The projects towards no drug abuse (TND) dissemination trial: implementation fidelity and immediate outcomes. *Prevention Science*, 11, 77-88.
- Romagnoli, R. C. (2006). Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 18(2). 47-56.
- Romano, J. L. & Hage, S. M. (2000). Prevention and counselling psychology: revitalizing commitments for the 21st Century. *The Counselling Psychologist*, 28, 733-763.
- Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006). O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26, 132-43.
- Rotheram-Borus, M. J. & Duan, N. (2003). Next generation of preventive interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42, 518-526.
- Ruf, D., Berner, M., Kriston, L., Lohmann, M., Mundle, G. et al (2010). Cluster-randomized controlled trial of dissemination strategies of an online quality improvement. *Alcohol & Alcoholism*, 45, 70–78.
- Russel, B. S., Soya, C. K., Wagoner, M. J. & Dawson, L. (2008). Teaching prevention on sensitive topics: key elements and pedagogical techniques. *Journal of Primary Prevention*, 29, 413-433.
- Sale, E., Bellamy, N., Springer, J. F., & Wang, M. O. (2008). Quality of provider–participant relationships and enhancement of adolescent social skills. *The Journal of Primary Prevention*, 29, 263-278.

- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sloboda, Z., Stephens, P., Pyakuryal, A., Teasdale, B., Stephens, R. C., Hawthorne, R. D., Marquette, J., & Williams, J. E. (2009). Implementation fidelity: the experience of the adolescent substance abuse prevention study. *Health Education Research*, 24, 394-406.
- Spink, M. J. & Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. Em M. J. Spink (Org.). *A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 25-52.
- Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Sommer, R. (2009). Dissemination in action research. *Action Research*, 7, 227-236.
- Tuleski, S. C. (2012). A necessária crítica a uma ciência mercantilizada: a quem servem o publicismo, o citacionismo e o lema “publicar ou perecer”? *Psicologia em Estudo*, 17, 1-4.
- Yn, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Woodin, E. M., & O’Leary, K. D. (2010). A brief motivational intervention for physically aggressive dating couples. *Prevention Science*, 11, 371-383.

CONCLUSÃO

Notas para o avanço da pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil

Em maio de 2012, durante a 20ª Reunião Anual da Sociedade para Pesquisa em Prevenção (*Society for Prevention Research*), o pesquisador Richard Catalano, da Universidade de Washington, um dos homenageados no evento por suas contribuições para a área, terminou sua apresentação enfatizando sua alegria ao ver os progressos da pesquisa em prevenção nos últimos 40 anos. Progresso que ele vem construindo e acompanhando.

Depois de tantos artigos lidos e analisados, acompanhados de uma busca incessante por avaliar a prevenção primária em saúde mental no Brasil, as palavras de Catalano levantaram algumas inquietações. Essas inquietações deram origem à conclusão desta dissertação que tem com objetivo tecer considerações para o avanço da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil. Essas notas foram baseadas nos quatro artigos anteriores e nas reflexões que seus resultados fomentaram.

Notas sobre implantação e avaliação de intervenções preventivas: contribuições teóricas e metodológicas

As intervenções preventivas precisam ser embasadas em teorias holísticas sobre os seres humanos e suas relações com o ambiente. Assim, a concepção de saúde deve incluir as características de bem-estar e o entendimento de prevenção englobar a promoção de competências. Em harmonia com estes conceitos, abordagens como a Psicologia Positiva e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano são primordiais para a elaboração das intervenções. A partir destes conceitos e teorias, a ênfase das intervenções deve ser no bem-estar e na saúde e não no sintoma e na doença, além do conteúdo dos programas incluïrem a promoção de competências em saúde mental, o fortalecimento das redes

sociais e o investimento em fatores de proteção da comunidade. Nesta proposta, as intervenções preventivas podem ser ações desenvolvidas para diferentes sistemas, desde intervenções com foco em mudanças cognitivas, como a promoção de habilidades de resolução de problemas, até intervenções sociais, como a criação de centros esportivos, delegacia da mulher, postos de saúde, bibliotecas públicas e universidades.

A prevenção seria fortalecida ao agregar diferentes áreas de conhecimento às suas bases teóricas e ações. Entende-se que a prevenção em saúde mental deve ir além das contribuições da psicologia. Intervenções desenvolvidas em parceria com outras áreas poderão proporcionar um salto para a prevenção. A compreensão de que existe uma grande intersecção entre a promoção e a prevenção em saúde mental pode impulsionar o desenvolvimento de programas conjuntos entre profissionais de diversas áreas da saúde, como a saúde pública e a saúde coletiva, bem como com profissionais da educação, das artes, da antropologia, do direito, da economia e da estatística, por exemplo. Assim, as intervenções poderiam ser cada vez mais ecológicas, grupais, breves e ter seus resultados mensurados em indicadores acadêmicos e econômicos.

Metodologicamente, avançar na avaliação das intervenções é o grande desafio da prevenção em saúde mental e merece a atenção dos pesquisadores. Dessa forma, a inclusão de métodos quantitativos e qualitativos de avaliação na formação dos profissionais é vital. Outra possibilidade é o enriquecimento das equipes de prevenção por meio da inserção de profissionais habilitados para realizar avaliações psicológicas e avaliações de impacto social. A pesquisa em prevenção deve ter seus esforços atuais voltados para a criação, adaptação e validação de instrumentos. A avaliação das intervenções preventivas poderá ter sua qualidade ampliada se forem inseridas avaliações multimodais, incluindo múltiplos informantes e desenvolvida por equipes multidisciplinares.

Simultaneamente, os procedimentos e a duração das intervenções devem ser reavaliados. As intervenções brasileiras ainda são longas e oferecidas a poucos participantes. Assim, é necessário incluir a avaliação de mediadores (como procedimentos usados) e moderados (como número de horas de intervenção). Uma vez conhecidos quais são os componentes e/ou conteúdos das intervenções que, de fato, geram mudanças comportamentais e previnem desfechos negativos em saúde mental, as intervenções poderão ser mais breves, focadas nestes componentes críticos, oferecidas a uma população maior e com mais recursos financeiros. A meta final seriam as intervenções populacionais, com suporte científico e financeiro em sua execução.

A qualidade dos delineamentos merece atenção especial. As intervenções preventivas, embora em crescente número, ainda apresentam delineamentos frágeis. Frente a esta lacuna, delineamentos favoráveis à validade interna e validade externa das intervenções devem ser privilegiados, bem como avaliações por triangulação de métodos. Com delineamentos confiáveis, métodos quantitativos e qualitativos de análise e resultados robustos, seria possível avançar para a avaliação de impacto das intervenções preventivas, seja a médio ou longo prazo. Para tanto, o investimento das grandes agências de fomento em estudos longitudinais é primordial.

Estudos longitudinais responderiam muitas lacunas referentes à prevenção e atuariam na diminuição da incidência dos transtornos mentais. A constatação de que o número de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental severo no país é crescente e que o investimento em prevenção é nulo, segundo o relatório da saúde mental⁵, é preocupante. Assim, o investimento em estudos longitudinais em saúde mental possibilitaria avaliar os impactos das intervenções preventivas na incidência (ou não) de transtornos mentais, após um período de intervenções preventivas. Os estudos

⁵ Brasil (2012). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 10*, Brasília, DF: Ministério da Saúde/SAS/DAPES .

longitudinais poderiam ser realizados por meio de parcerias entre grandes grupos de pesquisas nacionais.

Na formação, em especial da graduação e pós-graduação em psicologia, são necessárias reformulações nas diretrizes curriculares. Além de incluir a prevenção em suas diretrizes, os cursos de psicologia precisam criar mecanismos para estimular o ensino e a pesquisa de práticas mais breves, comunitárias, coletivas e preventivas. Este deve ser um ensino articulado às políticas públicas, em áreas diversas, como saúde, assistência social, direitos humanos, enfrentamento à violência contra a mulher e cultura. Outra alternativa sugerida seria a inclusão de práticas baseadas em evidências, com o ensino de como analisar a qualidade das publicações e avaliar quais seriam os métodos mais indicados as pesquisas e intervenções preventivas.

Notas sobre a disseminação em contextos acadêmicos, em contextos de serviços oferecidos à comunidade e em políticas públicas

Um passo para disseminação em contextos científicos seria a criação de uma cultura de prevenção. Esta poderia ser estimulada por meio do aumento de divulgação em congressos e periódicos de experiências profissionais em prevenção e, sobretudo, de programas preventivos sistematicamente avaliados. Simultaneamente, os pesquisadores da prevenção devem promover a construção de redes de pesquisa e buscar alternativas de internacionalização com pares da América Latina, facilitado por nossas semelhanças culturais, e com pares de outros países, com os quais seja possível mantermos relações de colaboração.

Outras medidas seriam relacionadas à replicação de programas bem sucedidos em amostras maiores e em contextos naturais. A dificuldade de ter amostras mais representativas, consequência dos problemas de adesão, poderia ter como uma das

alternativas de solução a replicação de intervenções em diferentes contextos e a agregação dos programas já existentes em ações integrais. Outra possibilidade seria a inserção das intervenções em serviços comunitários com o envolvimento da população e de profissionais locais na implantação dos programas preventivos.

A transformação da linguagem acadêmica em uma linguagem acessível e comercial é outra tarefa para a disseminação. A linguagem deve ser clara para que a população possa perceber os ganhos de participar das intervenções preventivas e deve ser comercial para convencer gestores públicos e privados da economia e visibilidade positiva de investir em prevenção. Essa aproximação com a comunidade pode ser realizada por meio da criação de materiais convidativos a população alvo, como, por exemplo, vídeos, cartilhas, *sites*, feiras, programas de rádio e televisivos e, festivais e materiais de divulgação.

Para a proximidade com os gestores será necessário investir em pesquisas de custo-efetividade das intervenções preventivas. Ao redor do mundo, os estudos tem comprovada que o investimento em prevenção é menor que os custos do tratamento e que divisas investidas em programas preventivos geram economia para os cofres públicos e privados. Essa é uma linguagem comum dos gestores e os profissionais da prevenção têm que se apropriar dela.

A pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até chegar à disseminação de programas. Assim, torna-se crucial o fortalecimento do diálogo entre a academia e as políticas públicas em prevenção. Um diálogo franco e aberto para negociações, com pesquisadores flexíveis em seus métodos para adequar seus rigores a uma demanda urgente da população e com gestores públicos sensíveis e éticos que priorizem intervenções com evidências de eficácia e efetividade.

Ainda nos Estados Unidos, relataram-se brevemente os resultados desta dissertação ao professor Catalano e foi solicitado a ele encaminhamentos a serem sugeridos para os

avanços da pesquisa em prevenção no Brasil. Cordialmente, Catalano dedicou-se, por meio de um papel e caneta a contar a história da prevenção em seu país e fez uma breve lista de prioridades.

Seguramente, o caminho não será o mesmo, pois o Brasil tem recursos e desafios singulares. Contudo, o papel está guardado e espera-se um dia, daqui a alguns anos (que seja breve), poder rever, reviver e contribuir com a história da prevenção em saúde mental no Brasil. Espera-se poder afirmar que esta dissertação é um retrato da pesquisa brasileira nos primeiros anos do século XXI, um retrato do passado. Deseja-se afirmar que os resultados dessa dissertação não são mais relevantes empiricamente, que seu valor pode ser unicamente histórico. Anseia-se ver e participar de uma pesquisa e prática preventiva em saúde mental no Brasil com mais recursos, mais evidências, mais pessoas sendo beneficiadas e novos desafios. Ainda, espera-se que os avanços da prevenção em saúde mental sejam proporcionais aos seus desafios os quais não são poucos, mas se acredita que terão suas barreiras ultrapassadas e vitórias comemoradas.

ANEXOS

ANEXO A

Ata de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

Ata da 40ª reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do IH, realizada no dia vinte e sete de abril do ano de dois mil e doze, com início às oito horas, na sala de reuniões do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, com a presença dos conselheiros: Debora Diniz, Dirce Guilhem, Donária Duarte, Rafaela Marques, Silvia Guimarães, Soraya Fleicher e Wederson Santos. Ausências justificadas: Professor Aldo Azevedo, Professora Georgete Rodrigues. **1) Assuntos em pauta:** i) Informes; 2) **Encaminhamentos:** i) O CEP/IH voltará a utilizar o sistema de submissão de projetos via e-mail institucional devido a problemas técnicos encontrados na utilização da Plataforma Brasil. Essa decisão acompanha o encaminhamento de outros comitês que não conseguiram operar na Plataforma Brasil nos meses de março e abril. ii) Substituição de membros: Os seguintes membros serão substituídos: Prof. Marcelo Medeiros, Profª. Lourdes Bandeira, Prof. Cristiano Guedes, Profª. Louise Ferreira, Profª Georgete Rodrigues e Sheila Murta; iii) Substituição da Secretaria do CEP. Haverá nova substituição do Secretário. Renata Brito cuidará da Secretaria na transição. **3) Apreciação de projetos: Projeto 01-04/2012 - Programas preventivos em saúde mental: um estudo descritivo da produção de pesquisadores internacionais e nacionais** (Pesquisadora responsável: Samia Abreu Oliveira): Aprovado. **Projeto 02-04/2012 - Estudo**

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “É possível prevenir a doença mental? Descrição da pesquisa internacional e nacional em prevenção em saúde mental”, de responsabilidade de Samia Abreu Oliveira, aluna de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é investigar a prática de pesquisadores brasileiros que investigam o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas preventivos em saúde mental. Assim, gostaria de consultá-lo (a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). A coleta de dados será realizada por meio de entrevista. A entrevista abordará questões referentes à sua prática profissional em programas preventivos, desafios e expectativas para área de prevenção em saúde mental. Será gravada em áudio, não haverá gravação de imagens. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, derivados de entrevistas, ficarão sob a minha guarda.

Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Espera-se com esta pesquisa fortalecer a área de pesquisa em prevenção primária em saúde mental no Brasil. Não são esperados ganhos diretos para você como resultado de sua participação neste estudo.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Você será informado sobre os resultados deste estudo por e-mail, na forma de artigos científicos, podendo estes serem publicados posteriormente ou apresentados em congressos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 8184-8186 ou pelo e-mail abreu.samia@gmail.com

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o senhor (a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO C

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- Tempo de experiência
- Tempo de experiência em programas preventivos
- Formação profissional (em psicologia, saúde pública...)
- Área de atuação/relação com a prevenção

- FORMAÇÃO E RECURSOS

- Razões para a escolha da prática em prevenção
- Quais foram os **RECURSOS** (pessoais, familiares, sociais, educacionais, políticos...)

- ENSINO

- **COMPETÊNCIAS** percebidas como necessárias para trabalhar com prevenção
- **FORMAÇÃO** profissional do psicólogo ou profissional da prevenção

- DESAFIOS

- Mostrar **FIGURA - CICLO DE PESQUISA**
- **PERCEPÇÃO** da área
- Estratégias de enfrentamento – **CAMINHOS**
- **AGENDA DE PESQUISA** para área

- NOVOS PESQUISADORES

- Mostrar **MODELO BIOECOLÓGICO**
- **INDICAÇÕES** para **JOVENS** pesquisadores interessados na área

ANEXO D

Figura do Ciclo da Pesquisa em Prevenção no Brasil

Figura 2: O ciclo da pesquisa em prevenção no Brasil

Etapas	Estudos Brasileiros	Ano de publicação	
1. Identificar o problema e sua prevalência	Estudos teóricos e conceituais: 43 artigos Pesquisa básica: 32 artigos Epidemiológico: 57 artigos	1990-1999: 16 artigos 2000-2005: 25 artigos 2006-2011: 91 artigos	132 artigos
	↓		
2. Identificar fatores de risco e proteção	Estudos de fatores de risco e proteção: 56 artigos	1990-1999: 2 artigos 2000-2005: 9 artigos 2006-2011: 45 artigos	56 artigos
	↓		
3. Estudo piloto baseado na teoria	Programas sistemáticos não experimentais: 6 Avaliação de necessidades: 3 artigos Criação de material de intervenção (cartilhas, jogos, manuais): 5 Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida: 6 Relato de experiência: 6 artigos Descrição da implantação de programa: 4 artigos Descrição de políticas de prevenção, sem avaliação de resultado: 4	1990-1999: 2 artigos 2000-2005: 5 artigos 2006-2011: 27 artigos	34 artigos
	↓		
4. Teste avançado	Programas com delineamento quase-experimental: 3 artigos Programas com delineamento experimental: 1 artigo	2000-2005: 2 artigos 2006-2011: 2 artigos	4 artigos
	↓		
5. Análise de efetividade	Avaliação da capacitação de profissionais para conduzirem a intervenção: 3 artigos	2005: 2 artigos 2009: 1 artigo	3 artigos
	↓		
6. Difusão	Disseminação de programa em serviço: 0 artigos Disseminação de programa em política: 0 artigos	Não há artigos	Inexistência

82.09%
do total

ANEXO E**Figura do Modelo Bioecológico dos Recursos para pesquisadores da prevenção**