

## Difusão de Programas Preventivos em Saúde Mental: Notas Teóricas\*

Ana Aparecida Vilela Miranda\*  & Sheila Giardini Murta 

*Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil*

**RESUMO** – Transtornos mentais causam incapacidades e mortes prematuras, além de representarem custos psicológico, social e econômico elevados. Embora programas de prevenção e promoção em saúde mental com evidências de efetividade estejam disponíveis, são pouco difundidos mundo afora e, em particular, no Brasil. Este artigo tem o propósito de discutir a difusão de programas de prevenção e promoção em saúde mental, segundo as lentes da Teoria da Difusão de Inovações e os desdobramentos contemporâneos. Ênfase será dada às etapas de disseminação, adoção, implementação e sustentabilidade. Implicações para o ensino, a pesquisa e a gestão são discutidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** programas de prevenção, saúde mental, difusão, práticas baseadas em evidência

## Diffusion of Preventive Programs in Mental Health: Theoretical Notes

**ABSTRACT** – Mental disorders cause disability and premature death, as well as represent psychological, social and economic high costs. Although prevention and promotion programs in mental health with effectiveness evidence is available, they are less disseminated worldwide, particularly in Brazil. This article aims to discuss the diffusion of prevention and promotion programs in mental health, according to the lens of the Theory of Diffusion of Innovation and contemporary developments. Emphasis will be given to the phases of dissemination, adoption, implementation and sustainability. Implications for teaching, research and management are discussed.

**KEYWORDS:** prevention program, mental health, diffusion of innovations, evidence-based practice

Transtornos mentais causam incapacidades e mortes prematuras, além de representarem custos psicológico, social e econômico elevados (Mihalopoulos et al., 2011). A depressão e o abuso de substâncias estão entre as principais causas de perda dos anos potenciais de vida, com índices elevados de DALY<sup>1</sup>(índice de anos perdidos de vida saudável). A depressão é a primeira colocada em níveis mundiais com 65,5 DALY por milhões de habitantes, consumo de álcool a segunda colocada com 23,7 DALY, e a esquizofrenia a terceira colocada com 16,8 DALY (Fuentes,

2018). Estima-se que, anualmente, 800 milhões de pessoas cometam suicídio no mundo (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2018a). No Brasil, chegou-se a mais de milhão de mortes notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos 2011 a 2016 (Ministério da Saúde, 2017). Por outro lado, uma saúde mental preservada permite ao indivíduo desenvolver suas potencialidades, enfrentar estresses cotidianos, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (Razzouk, 2016).

Contudo, conforme o relatório “The Burden of Mental Disorders in the Region of Americas, 2018”, da OPAS (2018b), os investimentos em saúde mental na América Latina estão muito abaixo do desejado e, em oposição ao recomendado, inexistente financiamento para ações preventivas,

<sup>1</sup> O índice DALY combina os anos de vida perdidos por morte prematura e anos de vida perdidos em decorrência de se viver com alguma incapacitação ou deficiência (Mihalopoulos et al., 2011)

\* Artigo derivado da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, na Universidade de Brasília, defendida pela primeira autora e orientada pela segunda autora.

\*\* E-mail: [aavmiranda@gmail.com](mailto:aavmiranda@gmail.com)

■ Submetido: 27/12/2016; Aceito: 07/09/2020.

em especial as comunitárias, com consequente sobrecarga para o sistema de saúde, com custos que poderiam ser evitados. Em concordância com estes dados, há um apelo mundial para a ampliação de investimento na área de saúde mental. Eventos como “Fora das sombras: tornando a saúde mental uma prioridade global para o desenvolvimento” e “17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, propostos pelo Banco Mundial, pela Organização Mundial da Saúde e pelas Nações Unidas, colocam o desenvolvimento individual, a melhoria nas condições dignas de vida e o aumento de investimentos em saúde mental como agendas mundiais prioritárias (Razzouk, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) estima que os transtornos mentais custam à economia mundial 1 trilhão de dólares por ano. Em resposta a isto, lançou a Iniciativa Especial para a Saúde Mental, cobrindo o período de 2019-2023, buscando arrecadar 60 milhões de dólares para promover políticas que atinjam pelo menos 100 milhões de pessoas em 12 países prioritários. Essa iniciativa promove avanços para a saúde mental, *advocacy* e luta pelo respeito aos direitos humanos, e difusão de intervenções baseadas em evidência nas áreas que envolvem as condições de saúde mental (OMS, 2019).

Em conformidade com essas perspectivas e reafirmando-as, há evidências de que programas preventivos podem reduzir a incidência de transtornos mentais e assim diminuir custos econômicos decorrentes desses problemas, além de minimizar o impacto emocional para familiares, cuidadores e pessoas envolvidas (Mihalopoulos et al., 2011). Mihalopoulos et al. (2011), em uma revisão da literatura em avaliação econômica de programas preventivos, encontraram evidências favoráveis a uma boa relação custo-benefício em 11 programas com esse foco, sobretudo os voltados para intervenções precoces para psicose e prevenção à depressão em crianças e adultos, à ansiedade em crianças e ao suicídio. Esses achados indicaram que investimentos em prevenção são compensadores, tanto do ponto de vista ético como econômico, dado que os ganhos resultantes da prevenção, além de representarem substancial acréscimo em qualidade de vida, compensam largamente seus custos.

De fato, evidências de revisões sistemáticas de literatura e metanálises indicam que programas preventivos baseados em evidência, sob condições adequadas de implementação e com conteúdo embasado em mediadores de mudança, são efetivos na redução de problemas em saúde mental. Este é o caso, por exemplo, de programas de prevenção de abuso de álcool e drogas (Newton et al., 2017), transtornos de ansiedade e depressão (Werner-Seidler et al., 2017) e suicídio (Zalsman et al., 2016), bem como de programas focados na redução de fatores de risco para a saúde mental, como *bullying* (Zych et al., 2015), abuso sexual (Del Campo & Fávero, 2020) e maus tratos contra crianças (Altafim & Linhares, 2016).

Embora evidências de efetividade de programas de prevenção a agravos à saúde mental estejam disponíveis internacionalmente, a implementação em larga escala de

programas de prevenção em saúde mental baseados em evidências permanece um desafio mundo afora (Spoth et al., 2013) e, em particular, no Brasil. Pode-se indagar se tais programas ocupam pouco espaço na agenda de pesquisa ou espaço restrito na agenda das políticas de saúde nacionais. Aparentemente, a resposta é positiva para as duas questões. Quanto ao primeiro aspecto, um levantamento da produção nacional até o ano de 2012 indicou que poucos são os programas de prevenção a fatores de risco e agravos em saúde mental publicados no Brasil (Abreu et al., 2016). Foram encontrados 25 artigos com intervenções avaliadas de forma sistemática, em sua maioria com delineamentos pré-experimentais, o que sugere ser esta uma área ainda nascente no país. Quanto ao segundo aspecto, a adoção de políticas de austeridade fiscal e o enfraquecimento do regime democrático, observados no Brasil nos anos recentes, retiraram da agenda política investimentos em políticas de redução de iniquidades, promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, incluindo aí a saúde mental (Schramm et al., 2018).

Em face da alta relevância social e acadêmica do tema, é surpreendente quão escassa é a discussão na literatura nacional acerca da transferência do conhecimento baseado em evidências para a sociedade com vistas à sua utilização para promoção da saúde mental ou prevenção de riscos e agravos à saúde mental (Melo & Izbicki, 2015). Uma das teorias que discute isso é a Teoria da Difusão de Inovações, desenvolvida por Everett Rogers, na década de 1950, no contexto da agricultura. Ainda que reconhecido como autor dessa teoria, deve-se notar que Rogers não foi o primeiro a usar o termo difusão. Gabriel Tarde, um dos pais da sociologia e psicologia social, utilizava o termo para se referir às “leis da imitação”, em 1903, na França. Esse autor investigava o fenômeno do aprendizado gerado por centenas de inovações concebidas ao mesmo tempo. Quando Rogers desenvolveu sua teoria, havia 405 publicações sobre o tópico (Rogers, 1995; Rogers, 2004). Nas décadas posteriores, essa teoria permaneceu sendo amplamente usada e aprimorada por outros autores, notadamente no campo da promoção da saúde (Bartholomew et al., 2011; Wiecha et al., 2004). Outros modelos teóricos a sucederam (Barker et al., 2016; Moullin et al., 2019), revelando quão frutífera a Teoria da Difusão de Inovações tem sido para o estudo da tradução de intervenções baseadas em evidências para os serviços e as políticas de saúde.

Com o propósito de dar visibilidade a esse tema, o presente artigo almeja abordar a pesquisa em difusão de programas de prevenção a agravos à saúde mental, segundo as lentes da Teoria da Difusão de Inovações. Inicialmente, o texto apresenta os conceitos básicos da Teoria da Difusão de Inovações. Em seguida, são definidas as etapas do processo de difusão e evidências de estudos afins. Por fim, são discutidas as implicações da Teoria da Difusão de Inovações para a pesquisa, a gestão e o ensino em prevenção e promoção em saúde mental.

## TEORIA DA DIFUSÃO DE INOVAÇÕES

Difusão é definida como um tipo especial de comunicação, pois a mensagem a ser comunicada envolve novas ideias que representarão certo grau de incerteza para o indivíduo e/ou organização (Mohammedi et al., 2018; Rogers, 1995). Antes que um programa de prevenção a fatores de risco ou agravos à saúde mental possa ser difundido, um longo caminho de pesquisa precisa ser percorrido. A pesquisa em programas preventivos envolve diversas etapas. A primeira consiste na descrição de dimensões do problema-alvo, tais como prevalência e severidade. Estudos epidemiológicos e estudos qualitativos voltados para a compreensão do fenômeno são comuns nessa etapa. A segunda etapa compreende a análise de fatores de risco e de proteção do problema-alvo, quando estudos longitudinais e correlacionais podem ser realizados. A terceira etapa se refere ao desenvolvimento de programas de intervenção embasados em estudos das etapas prévias. Estudos piloto voltados para a avaliação da validade social das inovações desenvolvidas são então realizados. Após essa fase, passa-se à investigação das evidências de eficácia e efetividade, quando a ênfase recai sobre os efeitos dos programas preventivos sobre a saúde (meta distal), ou seus fatores de risco e protetivos (metas proximais). Por fim, ao apresentar um potencial impacto à saúde pública, esse programa poderá ser difundido para um elevado número de pessoas (Connors et al., 2019; Guerra et al., 2019; Lyon & Bruns, 2019; Mohammedi et al., 2018).

Além das evidências de efetividade, outros requisitos são necessários para que um programa possa ser difundido para outros locais. Tais requisitos englobam componentes relacionados tanto ao programa em si quanto a fatores econômicos (custo-benefício), sociais (quais problemas são percebidos pela sociedade como relevantes naquele momento) e políticos (ideologia do partido que está no poder, jogo de interesses entre os burocratas, soluções apresentadas, dentre

outros). Pode-se prever que os programas percebidos como tendo melhor custo-benefício, compatíveis com os interesses políticos vigentes e que atendam os problemas sociais vistos como prioritários seriam os melhores candidatos a serem difundidos (Connors et al., 2019; Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019; Lyon & Bruns, 2019; Mohammedi et al., 2018; Stewart et al., 2018). Ainda assim, deve-se notar que estudos voltados para a verificação de evidências de efetividade são apenas uma das formas de se produzir conhecimento e tampouco devem ser considerados como a panaceia para as necessidades no campo da saúde mental.

A Teoria da Difusão de Inovações de Rogers prevê quatro elementos considerados essenciais para que a difusão aconteça: a inovação, os canais de comunicação, tempo e sistema social (Rogers, 1995). Esses elementos podem ser visualizados na Figura 1.

O primeiro elemento, a inovação, pode ser definido como uma ideia, prática, programa, produto ou tecnologia que é percebida como nova pelo indivíduo, organização ou comunidade que a adota (Bartholomew et al., 2011; Connors et al., 2019; Lyon & Bruns, 2019; Rogers, 1995; Stewart et al., 2018). Uma inovação, para ser adotada e implementada, deve incluir padrões bem definidos dos componentes críticos, ou elementos essenciais. Ao colocar uma inovação em prática deve haver monitoramento do processo e avaliação das atividades que serão realizadas. Quando transferida para outro local (como outra cidade, estado, país), a inovação deve ser adaptada àquela realidade (Connors et al., 2019; Lyon & Bruns, 2019).

O segundo elemento, canal de comunicação, diz respeito ao processo pelo qual novas informações são compartilhadas (Rogers, 1995). Para que a transferência de conhecimento seja efetiva é necessário que o conhecimento seja, primeiramente, transferido para os potenciais adotantes e seu uso encorajado.

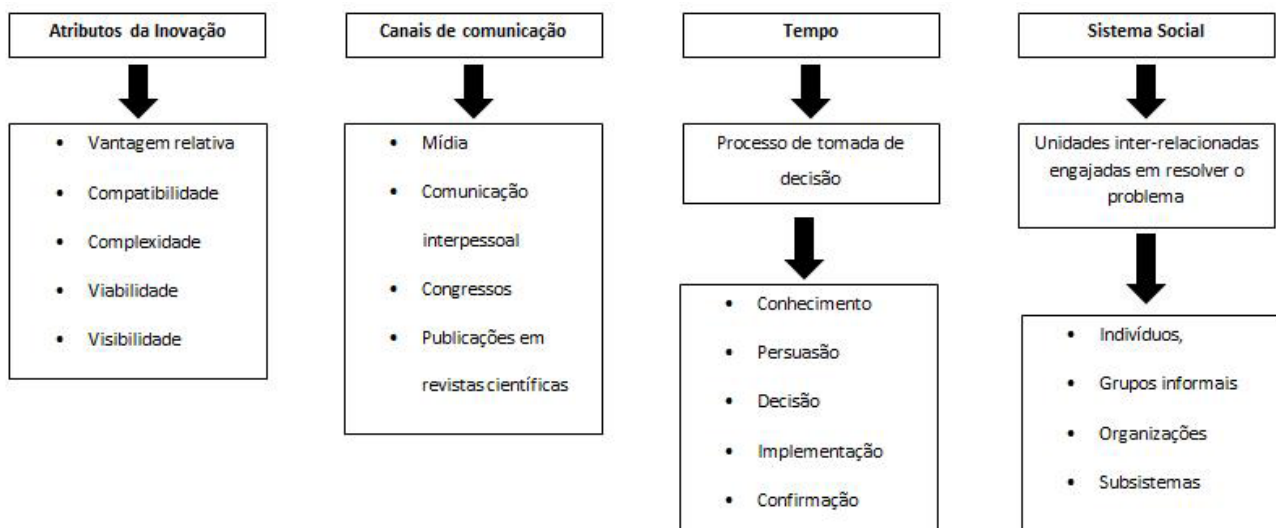


Figura 1. Elementos que caracterizam a Difusão (baseado em Rogers, 1995)

Também é necessário motivar a institucionalização ou manutenção da inovação pelos adotantes (Bergmark et al., 2019; Connors et al., 2019; Lyon & Bruns, 2019). Isso requer uma comunicação na qual equipes competentes possam fazer gestão, *marketing*, produtos (como guias e manuais do programa) e pesquisa avaliativa junto a diferentes atores envolvidos no processo (Bartholomew et al., 2011; Lyon & Bruns, 2019).

O terceiro elemento, tempo, envolve o percurso temporal em que ocorre a tomada de decisão, que vai desde o conhecimento da inovação à sua adoção ou rejeição. Conforme previsto na Teoria da Difusão de Inovações, essa decisão passa por cinco passos: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação. O conhecimento ocorre quando o tomador de decisão é exposto ou entra em contato com a inovação. A persuasão se dá quando é formada uma opinião favorável ou não sobre a inovação. A decisão ocorre quando o tomador de decisão se engaja na atividade que leva à escolha ou rejeição pela inovação. A implementação tem lugar quando a inovação é utilizada. Por fim, a confirmação ocorre quando há uma validação de aprovação ou rejeição do que já foi posto em prática, o que pode levar sustentabilidade ou descontinuidade do uso (Mohammedi et al., 2018; Rogers, 1995).

O quarto e último elemento, o sistema social, é definido como o conjunto de esforços dirigidos a uma meta para se resolver um problema (Rogers, 1995). Os membros do sistema social podem ser formados por indivíduos, grupos informais, organizações ou subsistemas em que os membros

cooperam para que um problema específico seja resolvido (Connors et al., 2019; Mohammedi et al., 2018).

Dessa forma, o processo de difusão segue algumas etapas até seu resultado esperado: chegar a um maior número de pessoas, proporcionando mudanças sociais encorajadoras ao longo do tempo. Estas etapas são didaticamente apresentadas por Rogers (1995) como segue: adoção, implementação, disseminação e sustentabilidade. A adoção corresponde à fase de captação de parcerias, ou seja, quando a inovação é vista e escolhida pelo adotante e há um compromisso firmado. A implementação incide em colocar a inovação em prática. A disseminação é definida como o processo de expansão do programa para os serviços dentro do mesmo sistema em que foi inserido. E, por fim, a sustentabilidade se refere à manutenção ou continuidade do programa, isto é, a inovação se transforma em rotina na instituição que a adotou.

Alguns autores na área da promoção de saúde apresentam uma inversão nessa ordem, a saber: disseminação, adoção, implementação e sustentabilidade (Bartholomew et al., 2011; Dearing, 2009; Durlak & DuPree, 2008; Wiecha et al., 2004). A disseminação, segundo esses autores, é a fase em que há um planejamento sistemático para que o programa seja divulgado, visto e disponibilizado para ser usado. As demais fases adoção, implementação e sustentabilidade são definidas tal como em Rogers (1995). Neste artigo, optamos por adotar este modelo, já utilizado em pesquisas acerca do planejamento de programas de promoção de saúde (Bartholomew et al., 2011; Wiecha et al., 2004).

## ETAPAS DO PROCESSO DE DIFUSÃO

### Disseminação

A disseminação pode ser conceitualizada como o estudo acerca de como as práticas, os programas ou as políticas baseadas em evidência podem ser divulgadas ou comunicadas para um setor social interorganizacional ou potenciais adotantes e implementadores para produzir resultados efetivos (Dearing, 2009). A disseminação resulta em indivíduos ou organizações cientes da existência e disponibilidade de uma nova tecnologia (Backer et al., 1995; Mohammedi et al., 2018; Purtle et al., 2017). Essa etapa torna-se crucial no processo de difusão ao permitir a transferência ou compartilhamento de uma inovação de um lugar para outro, ou de um público para outro (Mohammedi et al., 2018).

A maneira pela qual a intervenção é apresentada aos tomadores de decisão e sua compatibilidade com as necessidades e capacidades do novo contexto influenciará se aqueles irão ou não adotar e implementar a intervenção. Por exemplo, Fox et al. (2004), em seu estudo sobre a disseminação do *Strengthening Washington DC Families Program* (SFP) nos EUA apresentam a relevância social do programa para a comunidade, custo-benefício e o formato das sessões como fatores que afetam a disseminação. Outros fatores apontados

são referentes a como o programa se adapta ao contexto organizacional ou comunitário; experiências prévias por parte do contexto adotante na condução da implementação de outros programas; e como a intervenção é recebida pelos tomadores de decisão, isto é, se a nova tecnologia é vista como relevante para o local naquele momento (Fox et al., 2004). Os autores afirmam que programas em prevenção são desafiadores em muitas áreas nas quais serão implementadas, pois o contexto adotante pode não estar familiarizado com esse tipo de inovação. Dessa forma, os pesquisadores devem estar preparados para conduzir trabalhos preliminares, como demonstrar a atratividade do programa para os destinatários em potencial (Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019; Stewart et al., 2018).

Consistentemente com essas especificações, Sturza e Davidson (2006), em um estudo longitudinal para analisar a disseminação de um programa voltado para a prevenção de comportamentos antissociais em adolescentes, o *Adolescent Diversion Project*, apontaram que sua disseminação foi facilitada quando o programa era percebido como adequado, satisfatório e relevante para o contexto adotante. Portanto, a validade social de programas preventivos parece ser forte preditora de sua disseminação bem-sucedida.



Logo, tomando esses achados em consideração, tenderá a ser mais persuasiva a disseminação de programas preventivos socialmente relevantes, coerentes com as necessidades contextuais, adequados à infraestrutura local, com menor complexidade, menor custo e maior benefício. Antes disso, porém, caberá aos centros produtores de conhecimento dar visibilidade à inovação produzida e transpor a distância entre quem produz e quem consome o conhecimento, por meio da criação de canais de comunicação apropriados entre universidade e comunidade. Isso indica a necessidade de múltiplas formas de comunicação entre acadêmicos e sociedade, para além das formas tradicionais de comunicação com os pares.

## Adoção

Programas preventivos, quando disseminados, podem ou não ser adotados. A adoção envolve uma escolha e, para tal, esse processo de decisão abarca diversos fatores, entre eles: se a inovação apresenta vantagem relativa (é melhor do que outras práticas usuais); se há compatibilidade de valores com a cultura local do adotante; se a inovação é difícil de ser compreendida ou usada, isto é, se é complexa; se os resultados são visíveis ou observáveis; e se ela é viável em sua implementação (Bartholomew et al., 2011; Connors et al., 2019; Rogers, 2002; Stewart et al., 2018; Wiecha et al., 2004). A tecnologia também deve apresentar evidências de que será útil para a população-alvo e para aquele contexto em que será implementada (Backer et al., 1995; Connors et al., 2019; Mohammedi et al., 2018; Stewart et al., 2018).

É possível verificar dois fatores importantes no processo de adoção: um relativo à capacidade institucional e empreendedora do adotante, e outro relativo ao programa este apresenta evidências de efetividade. Tendo em vista que a efetividade pressupõe o custo-benefício do programa, percebe-se assim uma busca por soluções que também sejam estratégicas. Dessa forma, são considerados desde fatores orçamentários, práticas com melhor custo-benefício, até a capacidade institucional de adoção (Connors et al., 2019; Mohammedi et al., 2018; Stewart et al., 2018).

Para compreender melhor esse processo, Backer et al. (1995) apresentam seis elementos-chave para a adoção, quais sejam: (1) Contato interpessoal – para que uma inovação seja usada em um novo contexto é necessário ser direto, com um contato pessoal entre aqueles que adotarão a inovação e os desenvolvedores ou outros com conhecimento suficiente sobre a inovação (2) Planejamento e previsão conceitual – uma estratégia bem desenvolvida sobre como a inovação será adotada no novo contexto, incluindo a possibilidade de problemas durante a implementação e como isso pode ser manejado (3) Consultor externo no processo de mudança – um consultor pode proporcionar uma assistência conceitual e prática no delineamento da adoção ou adaptação, podendo oferecer objetividade sobre a probabilidade de sucesso, custo, possíveis efeitos colaterais entre outros (4)

Informação orientada para o usuário – o conhecimento sobre a inovação deve ser traduzido para uma linguagem acessível aos potenciais usuários em termos de benefícios esperados e como pode ser implementado (5) Entusiasmo por parte das lideranças locais – a chance de sucesso da adoção de uma inovação é muito maior se potenciais adotantes influentes (líderes) expressam entusiasmo na adoção (6) Envolvimento do usuário potencial – todos aqueles que conviverão com os resultados da inovação devem estar envolvidos no planejamento da adoção do programa. Logo, estratégias participativas de envolvimento dos atores relevantes no contexto são preferenciais às unilaterais e impositivas

A adoção de programas preventivos e de promoção de saúde pode ser prevista desde sua criação. Esta é a recomendação de Bartholomew et al. (2011), que defendem a posição de que desde o planejamento da intervenção os potenciais adotantes sejam incluídos na equipe responsável pelo desenvolvimento do programa. Nessa perspectiva, as equipes de pesquisadores que se ocupam do desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde devem se abrir para incluir também gestores ou profissionais “da ponta”, os potenciais implementadores do programa em desenvolvimento. A experiência no contexto e o conhecimento acumulado por gestores e profissionais da ponta podem indicar em que medida se alinham às características do programa, do contexto, dos adotantes e do público-alvo. Assim, a motivação, o interesse e a habilidade para adotar, implementar e manter a nova tecnologia já se fazem conhecidas desde a fase de desenvolvimento do programa. Barreiras à adoção podem ser antecipadas e resolvidas, minimizando as chances de que a inovação fique restrita aos laboratórios e bibliotecas das universidades ou centros de pesquisa. Em síntese, quanto mais os potenciais adotantes entenderem a intervenção e auxiliarem em sua construção, mais provável será a sua adoção e utilização posterior.

## Implementação

Programas preventivos e de promoção de saúde adotados podem ser, em seguida, implementados. A implementação é “a ciência de colocar ideias em ação” (Meyers et al., 2012, p. 481). Essa fase acontece quando o programa é colocado em prática chegando aos usuários almejados. A implementação é, possivelmente, a etapa de maior complexidade, cuja qualidade afeta a efetividade e sobrevivência da inovação no novo contexto. Por isso, é desejável que a avaliação da qualidade da implementação seja conduzida sistematicamente a fim de informar a continuidade ou não do programa e, caso continue, seu ajustamento à realidade local (Dusenbury et al., 2005; Fagan et al., 2008, Stewart et al., 2018). Avaliar a implementação é conhecer os aspectos da intervenção que foram entregues e quão bem eles foram conduzidos (Durlak & DuPree, 2008; Stewart et al., 2018).

A qualidade da implementação pode ser definida como o processo pelo qual uma inovação é colocada em prática de

forma a manter os padrões necessários para se encontrar os resultados desejados ou esperados (Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019; Meyers, et al., 2012; Stewart et al., 2018). É caracterizada por oito fatores: fidelidade, dosagem, qualidade, responsividade, diferenciação, monitoramento, alcance e adaptação (Durlak & DuPree, 2008). Esses componentes estão presentes na Tabela 1.

A fidelidade é caracterizada por quão bem uma intervenção é implementada em comparação com o desenho original do programa (Forman-Hoffman et al., 2017, Guerra et al., 2019; Stewart et al., 2018), isto é, o que foi planejado foi executado? O que estava previsto no programa original foi colocado em prática? Se o que foi planejado não foi executado, não é coerente esperar os resultados de eficácia e efetividade propostos pelo programa.

A dosagem é caracterizada pela exposição suficiente ao programa, em outras palavras, o quanto do programa original foi entregue aos participantes (Durlak & DuPree, 2008; Dusenbury et al., 2005). Este é o indicador de implementação mais avaliado em intervenções em saúde (Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019; Stewart et al., 2018). Em 59 estudos analisados por Durlak e DuPree (2008) que identificavam aspectos relativos à implementação de programas preventivos, 29 eram relativos à dosagem. Além disso, 76% (45) apresentaram correlação positiva entre a dosagem da implementação e os resultados. Achados desta revisão indicaram que a variabilidade na dosagem da implementação levava a resultados mais fracos (8 de 14 estudos).

A qualidade do processo está relacionada a como o programa é executado. Pode ser medida pelo engajamento dos participantes ao programa e pela observação de como os

seus componentes são executados e recebidos (Dusenbury et al., 2005; Stewart et al., 2018). Fatores relacionados ao programa como baixa complexidade, alta flexibilidade, apoio institucional para aplicação, facilidade de implementação também se relacionam positivamente à qualidade. Por isso, o sucesso da implementação pode ser medido pelo treino fornecido, pela assistência técnica e pela supervisão do projeto (Fagan et al., 2008). A responsividade pode ser definida como o nível de participação e entusiasmo demonstrado pelos participantes. Uma forma de ser medida é pela frequência dos participantes nas sessões, participação ativa nas atividades propostas, satisfação, e prática das habilidades desenvolvidas nos contextos externos ao do programa (Berkel et al., 2011).

A diferenciação do programa está relacionada ao detalhamento das características específicas do programa que o distinguem de outras intervenções usuais. Já o monitoramento é referente ao acompanhamento do programa, se os resultados que serão obtidos de fato são devidos ao programa ou a outros fatores ou outras intervenções. O alcance diz respeito ao público-alvo atingido pelo programa; em outras palavras, qual o êxito do programa em chegar até os seus destinatários (Berkel et al., 2011; Durlak & DuPree, 2008; Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019).

Por fim, a adaptação corresponde às mudanças realizadas no programa para ser responsivo às necessidades dos locais que receberão a intervenção. Essas modificações, se sensíveis culturalmente, não afetam os elementos centrais do programa, apenas o tornam mais compatível com as características e valores da cultura local. Dessa forma, essas adaptações não tendem a prejudicar a efetividade do programa. Pelo contrário, as adaptações culturais devem favorecer a validade social do programa e, por consequência, contribuir para sua

Tabela 1

*Características da Implementação*

Dimensão	Definição	Outros rótulos
Fidelidade	Corresponde a se os componentes centrais do programa são entregues como o indicado no protocolo do programa original	Confiabilidade Integridade Replicação fiel
Dosagem	Refere-se ao número de sessões do programa que foram realizadas	Quantidade Força da intervenção
Qualidade	Refere-se a quão bem os componentes do programa foram conduzidos	Competência Engajamento
Responsividade	Refere-se ao grau em que o programa estimula o interesse ou prende a atenção dos participantes. Refere-se ao envolvimento e adesão ao programa	Acompanhamento Satisfação
Diferenciação	Refere-se ao que diferencia o novo programa, em sua teoria e prática, dos programas já existentes	Singularidade do programa
Monitoramento	Refere-se à descrição da natureza e quantidade dos serviços adicionais que os participantes da intervenção e o grupo controle receberam	Escopo do programa Contaminação por serviços alternativos
Alcance	Indica a extensão pela qual o programa foi exitoso em chegar à população pretendida.	Taxa de participação
Adaptação	Inclui adições, reduções ou modificações feitas no programa durante a implementação	Modificação

*Nota.* Adaptado de Durlak e DuPree (2008) e Berkel et al. (2011).

efetividade (Berkel et al., 2011; Forman-Hoffman et al., 2017; Guerra et al., 2019).

Em uma revisão sistemática realizada com 500 estudos acerca da implementação de programas de prevenção e promoção em saúde mental, Durlak e DuPree (2008) demonstraram que a forma como a implementação é conduzida reverbera nos resultados do programa. No estudo, foram encontrados 23 fatores contextuais que influenciam a implementação, divididos nas categorias: capacidade organizacional (do local que recebe a inovação), características da inovação, a comunidade que o recebe, e o suporte oferecido pela organização ou sistema de suporte na execução do programa. Além disso, fidelidade, dosagem e aderência foram encontrados como fatores determinantes para se atingir os resultados esperados. Os achados da revisão ainda demonstraram que, quando há monitoramento da implementação do programa, os efeitos são três vezes maiores em relação a programas sem monitoramento. Além do mais, implementação bem conduzida não apenas aumenta a probabilidade de a intervenção ser mais benéfica para os participantes como também de ser mais sustentável. Este é, portanto, um importante foco de investimento entre gestores.

## Sustentabilidade

A sustentabilidade está relacionada à manutenção da inovação no contexto em que foi adotada, mesmo após a

retirada dos recursos iniciais (Rogers, 1995). É o estágio final do processo de difusão, quando o uso do programa é mantido e institucionalizado; é um processo de incorporação da inovação à organização ou à comunidade. Programas sustentáveis não apenas continuam existindo, mas mantêm seus resultados positivos (Bartholomew et al., 2011).

O processo de sustentabilidade deve estar previsto em todas as outras fases da difusão, e até mesmo no planejamento da criação do programa em si. Isso pode ser feito durante o desenho da inovação, quando os possíveis adotantes do programa poderiam ser convidados para discutir as reais necessidades relativas à proposta. Ademais, programas mais atrativos, de fácil implementação e com baixo custo são facilitadores da continuidade da intervenção. É também importante ter avaliações constantes de processo e uma estrutura organizacional que comporte e apoie a institucionalização do programa. Outro ponto que merece destaque é se a intervenção permanece relevante ao longo do tempo. Alguns programas podem perder sua validade social com o passar do tempo ou não serem mais interessantes para o contexto (Bartholomew et al., 2011; Markström et al., 2018; Nelson et al., 2017).

Shediak-Rizkallah e Bone (1998) apresentam um guia para o planejamento da sustentabilidade, mostrado na Tabela 2. Esse modelo é composto por 3 categorias subdivididas em 11 fatores. A primeira categoria, *desenho do programa*, compreende os recursos disponíveis ao projeto;

Tabela 2

Guia para o Planejamento da Sustentabilidade

<b>Desenho do programa</b>	
Processo de negociação do projeto	A abordagem do projeto foi discutida com os membros da comunidade como iguais? As necessidades da comunidade foram consideradas? Houve uma negociação para a implementação ou um processo de construção consensual?
Efetividade	O programa é percebido como efetivo? É viável? Os resultados são visíveis? Quais são os efeitos desejáveis e indesejáveis do programa?
Duração	Qual a duração do programa? É um programa novo ou a reformulação de um já existente?
Financiamento	Quais os recursos existentes na comunidade? A comunidade é capaz de manter o programa sozinha? Quanto a comunidade dispõe para manter o programa? Quais estratégias podem ser conseguidas para que a comunidade seja autossuficiente?
Tipo	Qual o tipo do programa (ex. prevenção ou tratamento)?
Treinamento	O programa tem um componente de treinamento?
<b>Contexto organizacional</b>	
Força institucional	Qual organização irá implementar o programa? Quão amadurecida (recursos disponíveis, desenvolvimento, estabilidade) é a organização? É provável que a organização ofereça uma base forte para o programa?
Integração com os serviços e programas existentes	O programa é vertical ou horizontal? As metas, objetivos e abordagens são pré-estabelecidas ou adaptadas à população local e/ou ao contexto? O programa será integrado às práticas existentes?
Liderança do programa	O programa tem um líder? Quais são os atributos necessários para esse líder? Se não, existe alguém que defenda/advogue pelo programa? Ou o programa é uma decisão vinda de cima?
<b>Ambiente comunitário</b>	
Considerações socioeconômicas e políticas	Quão favorável é o contexto socioeconômico e político para a sustentabilidade do programa?
Participação da comunidade	Qual o nível de participação da comunidade? Quão profundo é o seu envolvimento? Como é esse envolvimento?

Nota. Adaptado de Shediak-Rizkallah e Bone (1998).

a adoção do programa; planejamento (como foi realizado, com quem e quais metas) e se esse foi discutido com a comunidade. Também se considera para essa categoria se a intervenção mostrava efetividade, resultados visíveis, complexidade, se de longa duração, de alto ou baixo custo, e treinamento adequado e suficiente. A segunda categoria, *contexto organizacional*, corresponde à capacidade institucional, a integração com projetos e serviços existentes, e lideranças locais. Esses fatores se referem às habilidades organizacionais para manter o programa, experiências prévias de implementação de programas, se há lideranças e quais seus atributos, se essa liderança advoga em favor da sustentação do programa e se é possível integrá-lo aos projetos existentes na instituição, isto é, não é algo divergente aos princípios do local, da comunidade e da organização. A terceira categoria, *ambiente comunitário*, inclui os fatores mais amplos do ambiente comunitário. Estes incluem as considerações políticas e socioeconômicas e a participação comunitária. Esses fatores estão ligados à receptividade econômica e política do local, se o programa é aceito pela comunidade, se a comunidade se sente engajada a participar da intervenção, e como é o envolvimento no processo (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Nessa direção, Markström et al. (2018) apresentam uma escala para avaliar se um programa poderá se sustentar nos locais a partir dos níveis do sistema de implementação, do local de implementação e da equipe de implementação. O nível do sistema compreende o suporte científico do modelo, disponibilidade de evidências, adaptabilidade e flexibilidade do modelo, políticas e legislações que suportem a manutenção e implementação da prática, percepção e atitudes do grupo alvo quanto à prática. Os componentes relativos aos locais de implementação abarcam o acesso aos recursos necessários à aplicação da prática, experiências

prévias com modelos similares, clima de implementação, adaptabilidade, engajamento dos tomadores de decisão e líderes locais, entre outros. Os componentes da equipe incluem, por exemplo, o treinamento da equipe, líderes que providenciam apoio, colaboração e financiamento adequado. Por fim, as estratégias de apoio à continuidade englobam o treinamento continuado, a supervisão, a avaliação rotineira e o suporte técnico e administrativo.

Porém, ainda é pouco usual escutar as necessidades locais. Ao invés disso, oferece-se um serviço à comunidade sem antes consultá-la sobre o que é percebido como necessário naquele momento. Tal prática constitui um processo contrário ao empoderamento comunitário e ao que é posto por Shediac-Rizkallah e Bone (1998) e Bartholomew et al. (2011) que recomendam que a comunidade esteja engajada no processo decisório do programa. A exclusão da comunidade desse processo tende a desfavorecer a sustentabilidade dos programas, uma vez que esvazia as chances de mobilização, articulação e protagonismo da comunidade (Connors et al., 2018).

Segundo nosso conhecimento, estudos nacionais acerca da sustentabilidade de programas preventivos em saúde mental são ainda inexistentes, diferentemente de estudos sobre a sustentabilidade de intervenções e políticas em outros temas em saúde, com estudos já disponíveis (Barboza et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Portela & Ribeiro, 2011). Mesmo os estudos internacionais ainda são em menor número quando comparados aos estudos sobre as fases anteriores do processo de difusão (Stirman et al., 2012). Estudos sobre a sustentabilidade de programas preventivos em saúde mental são, portanto, um dos maiores desafios para pesquisadores, gestores e profissionais da área, cujo avanço requer esforços interdisciplinares e intersetoriais, bem como políticas de saúde e políticas científicas de apoio (Purtle et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Almejou-se neste artigo discutir aspectos conceituais norteadores da pesquisa em difusão de programas de prevenção a riscos e agravos à saúde mental com base na Teoria da Difusão de Inovações de Rogers. É sabido que grande parte das intervenções psicossociais desenvolvidas, usualmente descritas em teses, dissertações e artigos, raramente ultrapassam o teste de eficácia e tampouco chegam a alcançar a comunidade. A literatura abordada instiga indagações acerca da utilidade de intervenções psicossociais, se sua comunicação ficar restrita aos pares da academia. Restringir as boas práticas ao banco de teses é engavetar oportunidades de crescimento e colocar potenciais soluções para os problemas sociais identificadas em pesquisas à mercê da casualidade. É também privar a sociedade de usufruir do conhecimento que ela própria patrocinou a produção. Em oposição a esta prática endógena, em que os produtores de conhecimento são seus únicos consumidores, a Teoria da

Difusão de Inovações oferece diretrizes para que inovações sejam disseminadas, adotadas e implementadas, com vida longa, fora dos muros das universidades.

Embora promissora, a tarefa de difundir programas de prevenção e promoção de saúde mental inovadores é árdua. Dentre os diversos fatores que a limitam, tem-se a interlocução restrita entre universidade e poder público, o descaso de boa parte da sociedade diante das injustiças sociais como determinantes sociais da saúde mental, recursos escassos para a pesquisa em promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde mental, fraca interlocução entre áreas de conhecimento nas ciências da saúde e afins, e formação profissional centrada no tratamento. Somam-se a isto os poucos incentivos ao desenvolvimento sistemático de programas preventivos, baixa divulgação de materiais produzidos e ausência de tecnologias de difusão em larga escala de programas desenvolvidos. De fato, percebe-se



poucos mecanismos de tornar público os achados dos pesquisadores, além de uma lacuna entre pesquisa e prática, que sejam sensíveis às necessidades das comunidades locais (Melo & Izbicki, 2015).

A análise da Teoria da Difusão de Inovações indica diversas implicações para a pesquisa, a gestão e o ensino em prevenção e promoção em saúde mental. No primeiro aspecto, sugere-se a ampliação de estudos e publicações sobre o processo de difusão de programas e políticas, seja na área de saúde mental ou em âmbitos relacionados. Faz-se necessário investigar como tais programas e políticas têm sido disseminados, adotados, implementados e sustentados, que barreiras e sucessos caracterizam cada uma dessas etapas e que lições para a prática profissional e o ensino podem ser daí extraídas. Ainda sobre a pesquisa, sugere-se que os pesquisadores dedicados ao desenvolvimento de programas de prevenção conheçam os obstáculos e os facilitadores da difusão e considerem tais elementos precocemente, quando do planejamento da intervenção. É igualmente desejável que fundamentem o desenvolvimento de programas preventivos em avaliações de necessidade prévias, levadas a cabo de modo colaborativo com os usuários potenciais. Com tais cuidados, é possível que os estudos de desenvolvimento de intervenções embasados na perspectiva da difusão produzam programas mais viáveis, mais flexíveis, mais relevantes socialmente e, por conseguinte, mais facilmente adotáveis e sustentáveis.

No segundo aspecto, a Teoria da Difusão oferece critérios para o monitoramento da qualidade da implementação e indica quais condições são necessárias para a sustentabilidade de programas em prevenção e promoção de saúde mental. Tais critérios e condições podem ser de utilidade para o

cotidiano profissional de gestores que lidam neste campo. Alguns exemplos incluem conhecer os elementos centrais do programa e as características do local de implementação, principalmente durante a adaptação do programa. A identificação dos elementos centrais do programa e as características contextuais permitem adaptar o programa à realidade mais próxima do cotidiano do serviço, pois conhece-se as vulnerabilidades e constrói-se conjuntamente soluções para aquelas demandas. É também recomendável que os gestores trabalhem de modo sensível, aberto e colaborativo com a comunidade adotante; examinem a prontidão da comunidade para receber o programa; adotem programas potencialmente efetivos e condizentes com as necessidades da comunidade; busquem meios de integrar o programa aos serviços já existentes; monitorem e apoiem a qualidade da implementação; e sejam sensíveis ao contexto econômico e político ao longo do processo de difusão.

No terceiro e último aspecto, o ensino de graduação e pós-graduação em ciências da saúde e áreas afins deve fomentar conhecimentos e habilidades de comunicação, em que se atinja a sociedade em geral à pesquisa científica, encoraja práticas de extensão universitária socialmente relevantes, estimula a avaliação da qualidade da implementação em larga escala de programas e facilita a discussão de sua sustentabilidade. Adicionalmente, o ensino por meio do trabalho em equipes mistas, com pesquisadores de áreas distintas do conhecimento, usuários em potencial, gestores e profissionais da ponta deve ser encorajado. Estas são algumas das vias possíveis para construção de pontes que liguem a academia e a prática, em que o conhecimento científico, embasado em estudos empíricos validados, alcance a sociedade.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, S., Miranda, A. A. V., & Murta, S. G. (2016). Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental. *Psico-USF*, 21(1), 163-177. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210114>
- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Interventions*, 25, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003>
- Backer, T. E., David, S. L., & Soucy, G. (1995). Introduction. In T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *NIDA 155: Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer* (pp. 1-20). National Institute on Drug Abuse.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (3a ed.). Jossy-Bass.
- Barboza, R., Pupo, L. R., & Pirotta, K. C. M. (2014). Orientação sexual na escola: Uma análise da sustentabilidade de políticas intersetoriais de Educação e Saúde no município de São Paulo. *Revista Gestão e Políticas Públicas*, 4(2), 282-302. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v4i2p282-302>
- Barker, P. M., Reid, A., & Schall, M. W. (2016). A framework for scaling up health interventions: Lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0374-x>
- Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2019). Implementation of evidence-based interventions: Analyzing critical components for sustainability in community mental health services. *Social Work in Mental Health*, 17(2), 129-148. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1511500>
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23-33. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0186-1>
- Ministério da Saúde (2017). *Boletim Epidemiológico, perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Boletim epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde (ISSN 2358-9450).
- Connors, E. H., Schiffman, J., Stein, K., LeDoux, S., Landsverk, J., & Hoover, S. (2019). Factors associated with community-partnered school behavioral health clinicians' adoption and implementation of evidence-based practices. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 91-104. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0897-3>
- Dearing, J. W. (2009). Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 503-518. <https://doi.org/10.1177/1049731509335569>

- Del Campo, A., & Fávero, M. (2020). Effectiveness of programs for the prevention of child sexual abuse: A comprehensive review of evaluation studies. *European Psychologist*, 25(1), 1–15. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000379>
- Durlak, J. A., & DuPree, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychology*, 41(3), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J., & Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20(3), 308-313. <https://doi.org/10.1093/her/cyg134>
- Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2008). Bridging science to practice: Achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology*, 41(3) 235-249. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9176-x>
- Forman-Hoffman, V.L., Middleton, J. K., McKeeman, J. L., Stambaugh, L. F., Christian, R. B., Gaynes, B. N., Kane, H. L., Kahwati, L. C., Lohr, K. N., & Viswanathan, M. (2017). Quality improvement, implementation, and dissemination strategies to improve mental health care for children and adolescents: A systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0626-4>
- Fox, D. P., Gottfredson, D. C., Kumpfer, K. K., & Beatty, P. D. (2004). Challenges in disseminating model programs: A qualitative analysis of the Strengthening Washington DC Families Program. *Clinical Child and Family Psychological Review*, (3), 165-176. <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000045125.68018.61>
- Fuentes, J. R. (2018). Salud mental global. In J. R. Fuentes & G. Heinze (Eds.), *Salud Mental e Medicina Psicológica* (pp. 1-7). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerra, L. A., Ranja, S., & Roberts, K. J. (2019). The implementation of mental health policies and practices in schools: An examination of school and state factors. *Journal of School Health*, 89(4), 328-338. <https://doi.org/10.1111/josh.12738>
- Lyon, A. R., & Bruns, E. J. (2019). From evidence to impact: Joining our best school mental health practices with our best implementation strategies. *School Mental Health*, 11(1) 106–114. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-09306-w>
- Markström, U., Svensson, B., Bergmark, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2018). What influences a sustainable implementation of evidence-based interventions in community mental health services? Development and pilot testing of a tool for mapping core components. *Journal of Mental Health*, 27(5), 395-401. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417544>
- Melo, M. H. S., & Izbicki, S. (2015). Adoção, disseminação e sustentabilidade de programas preventivos e de promoção em saúde mental. In S. G. Murta, C., Leandro-França, K. B. Santos & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 230-248). Sinopsys.
- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., & Wright, A. (2012). Practical implementation science: Developing and piloting the quality implementation tool. *American Journal of Community Psychology*, 50(3), 481-496. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9521-y>
- 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. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104601>
- Mohammedi, M. M., Poursaberi, R., & Salahshoor, M. R. (2018). Evaluating the adoption of evidence-based practice using Rogers's diffusion of innovation theory: A model testing study. *Health Promotion Perspectives*, 8(1), 25-32. <https://dx.doi.org/10.15171%2Fhpp.2018.03>
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnic, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 41(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- Nelson, G., Caplan, R., MacLeod, T., Macnaughton, E., Cherner, R., Aubry, T., Méthot, C., Latimer, E., Piat, M., Plenert, E., McCullough, S., Zell, S., Patterson, M., Stergiopoulos, V., & Goering, P. (2017). What happens after the demonstration phase? The sustainability of Canada's at home/Chez soi housing first programs for homeless persons with mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 144–157. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12119>
- Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Tonks, Z., & Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student-and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 36(3), 337–351. <https://doi.org/10.1111/dar.12497>
- Oliveira, S. R. de A., Potvin, L., & Medina, M. G. (2015). Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: Uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde em Debate*, 39(107), 1149–1161. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070357>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health*
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018a). *Folha informativa – Suicídio*. Recuperado (em 18 de outubro de 2020) de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839)
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2018b) *The burden of mental disorders in the region of Americas*.
- Portela, G. Z., & Ribeiro, J. M. (2011). A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1719–1732. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>
- Purtle, J., Brownson, R. C., & Proctor, E. K. (2017). Infusing science into politics and policy: The importance of legislators as an audience in mental health policy dissemination research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(2) 160–163. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0752-3>
- Razzouk, D. (2016). Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiologia Serviços de Saúde*, 25(4), 845-848. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. Free Press.
- Rogers, E. (2004). A prospective and retrospective look at the diffusion model. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 9(S1), 13-19. <https://doi.org/10.1080/10810730490271449>
- Schramm, J. M. A., Paes-Souza, R., & Mendes, L. V. P. (2018). *Políticas de austeridade e seus impactos na saúde*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz.
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual framework and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108. <https://doi.org/10.1093/her/13.1.87>
- Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A., Catalano, R. F., Pentz, M. A., Zloboda, Z., & Hawkins, J. D. (2013). Addressing core challenges for the next generation of type 2 translation research and systems: The translation science to population impact (TSci Impact)

- framework. *Prevention Science*, 14(4), 319-351. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0362-6>
- Stewart, R. E., Marcus, S. C., Hadley, T. R., Hepburn, B. M., & Mandell, D. S. (2018). State adoption of incentives to promote evidence-based practices in behavioral health systems. *Psychiatric Services*, 69(6), 685–688. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700508>
- Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Chams, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>
- Sturza, M. L., & Davidson, W. S. (2006). Issues facing the dissemination of prevention program: Three decades of research on the Adolescent Diversion Project. *Community Action Research*, 32(1-2), 5-24. [https://doi.org/10.1300/J005v32n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J005v32n01_02)
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calcar, A., Newby, J., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Wiecha, J. L., Ayadi, A. M., Fuemmeler, B. F., Carter, J. E., Handler, S., Johnson, S., Strunk, N., Korzec-Ramirez, D., & Gortmaker, S. L. (2004). Diffusion of an integrated health education program in an urban school system: Planet health. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(6), 467-474. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh050>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., & Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>