Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Experiência Brasileira de Prevenção Escolar e Comunitária do uso de Álcool e Outras Drogas:

registro histórico de adaptação, implementação e avaliação entre os anos de 2013 e 2018

editora redeunida

Samia Abreu
Sheila Giardini Murta
Viviane Paula Rocha
Nádia Pinheiro-Carozzo
ORGANIZADORAS

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

editora
redeunida

Samia Abreu
Sheila Giardini Murta
Viviane Paula Rocha
Nádia Pinheiro-Carozzo
ORGANIZADORAS

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Experiência Brasileira de Prevenção Escolar e Comunitária do uso de Álcool e Outras Drogas:

registro histórico de adaptação, implementação e avaliação entre os anos de 2013 e 2018

1ª Edição
Porto Alegre
2021

editora
redeunida

Copyright © 2021 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**
Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Àngel MartínezHernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Êrica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;
Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt
Fernanda Tavares Barcelos

Arte da Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Ilustração

FreePik.com | Edição: Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A162e **Abreu**, Samia (org.) et al.

A experiência brasileira de prevenção escolar e comunitária do uso de álcool e outras dro gas: registro histórico de adaptação, implementação e avaliação entre os anos de 2013 e 2018 / Organizadores: Samia Abreu, Sheila Giardini Murta, Viviane Paula Rocha e Nádia Pinheiro -Carozzo; Prefácio de Telmo Ronzani.– 1. ed.-- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021.

472 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.18)
E-book: 9,5 Mb; PDF

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-87180-52-6
DOI: 10.18310/9786587180526

1. Estratégias de Saúde. 2. Proteção Social em Saúde. 3. Serviços Preventivos de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 66.86
21-30180047 CDU 614:341.761.1

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde pública; Abuso de drogas, remédios, tranquilizantes, estimulantes.

2. Saúde pública; Drogas em geral.

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

Sumário

APRESENTAÇÃO 9
Samia Abreu, Sheila Giardini Murta, Viviane Paula Rocha, Nádia Pinheiro-Carozzo

PREFÁCIO 11
Telmo Ronzani

INTRODUÇÃO 15
Raquel Turci Pedroso, Roberto Tykanori Kinoshita

SEÇÃO 1 | HISTÓRIA, CONTEXTOS E CONCEITOS 19

CAPÍTULO 1 | UMA CONSTRUÇÃO INACABADA DE UMA NOVA POLÍTICA DE PREVENÇÃO 20
Maria do Socorro Mendes Gomes, Andréa Leite Ribeiro

CAPÍTULO 2 | DIRETRIZES, MODELOS DE GESTÃO E PERFIL DE COMPETÊNCIAS 40
Silvana Solange Rossi, Roberta Peixoto Ataídes, Clarisse Moreira Aló, Deborah Kenia Castro

CAPÍTULO 3 | APORTANDO A LENTE DA QUESTÃO RACIAL PARA POTENCIALIZAR A PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS 66
Andréa Leite Ribeiro, Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

CAPÍTULO 4 | DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS 89
Janaína Barreto Gonçalves, Daniela Piconez e Trigueiros

SEÇÃO 2 | SOBRE OS PROGRAMAS E SUAS ADAPTAÇÕES AO CONTEXTO BRASILEIRO 117

CAPÍTULO 5 | SUBSÍDIOS RELACIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ESCOLAR NAS SÉRIES INICIAIS 118
Flora Moura Lorenzo, Daniela Ribeiro Schneider

CAPÍTULO 6 | DE UNPLUGGED A #TAMOJUNTO: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA EUROPEU 147
Samia Abreu, Jane Moraes Lopes, Débora Pereira, Paula Yamaoka, Sthefânia Carvalho, Adriana Assmann Simonsen

CAPÍTULO 7 | ADAPTAÇÃO CULTURAL DO *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (10-14) UK: O CASO BRASILEIRO 179
Jordana Calil Lopes de Menezes, Sheila Giardini Murta, Eric C. Brown

CAPÍTULO 8 | PREVENÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR: A PROPOSTA DO PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES 204
Viviane Paula Rocha, Clarisse Moreira Aló, Joamara Borges, Mariana Russo Voydeville Damasceno, Marina Pedralho

SEÇÃO 3 | AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS PREVENTIVOS 216

CAPÍTULO 9 | RELAÇÃO ENTRE A ADAPTAÇÃO CULTURAL E A FIDELIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ***ELOS*** EM ESCOLAS BRASILEIRAS 217
Daniela Ribeiro Schneider, Douglas Garcia, Paulo Otávio D'Tôlis

CAPÍTULO 10 | MONITORAMENTO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO DE PREVENÇÃO ESCOLAR AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (2014 A 2016) 245
Raquel Turci Pedroso, Edgar Merchan Hamann

CAPÍTULO 11 | GRUPO DE TRABALHO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO: DIÁLOGOS ENTRE A GESTÃO, A ACADEMIA E OS PROFESSORES 270
Samia Abreu, Jordana Calil, Pollyanna Pimentel, Adriana Assmann Simonsen

CAPÍTULO 12 | OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DE AULAS DO #TAMOJUNTO: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR A AVALIAÇÃO DE FIDELIDADE AO MODELO 300
Adriana Assmann Simonsen, Jane Moraes Lopes, Rebeca Chabar Kapitansky, Marina Ramos da Rocha Paes, Nathan Luz de Beltrand

CAPÍTULO 13 | PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES: BARREIRAS E FACILITADORES DA DIFUSÃO DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA AO ABUSO DE DROGAS PARA FAMÍLIAS EM DESVANTAGEM ECONÔMICA NO BRASIL 328
Ana Aparecida Vilela Miranda, Sheila Giardini Murta

CAPÍTULO 14 | PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (SFP 10-14) NO BRASIL 361
Sheila Giardini Murta, Larissa de Almeida Nobre-Sandoval, Luís Gustavo do Amaral Vinha, Fabio Iglesias, Ana Aparecida Vilela Miranda, Viviane Paula Rocha, Adriano Silva Sampaio de Souza

SEÇÃO 4 | EXPERIÊNCIAS E CENAS COTIDIANAS DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS 393

CAPÍTULO 15 | EXPERIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR - 2014 A 2018 394
Jane Moraes Lopes, Ana Carolina Araújo dos Santos Schlotag, Alessandra Aparecida Pereira Chaves, Fernanda Cristina Kosiaki Ricardo, Flavia Regina Silva, Hulda Grossmann Pereira da Silva

CAPÍTULO 16 | PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES NO DISTRITO FEDERAL: EXPERIÊNCIAS DE APLICAÇÃO E INTERLOCUÇÃO COM O SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS 426
Irvana Teixeira Fernandes, Mariana Russo Voydeville Damasceno

SOBRE AS ORGANIZADORAS 461

SOBRE AS/OS AUTORAS/ES 462

Agradecimentos

As organizadoras agradecem a Miriam Schenker, Cláudia de Oliveira Alves, Rossana Carla Rameh de Albuquerque e Vanessa Barbosa Romera Leme pela revisão dos manuscritos.

Apresentação

A obra que ora entregamos às leitoras e aos leitores consiste em um registro histórico de um conjunto de ações inovadoras de prevenção escolar e comunitária de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ocorridas no Brasil, entre os anos de 2013 e 2018. Tratou-se de uma iniciativa da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), que foi, em seguida, implementada, intersetorialmente, com a participação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga, do Ministério da Justiça e da Fundação Oswaldo Cruz.

Essas ações se deram no âmbito do "Plano de Ação e Enfrentamento ao Crack", do qual derivou o "Programa Crack: é Possível Vencer", com três eixos norteadores: segurança, cuidado e prevenção. Este livro versa sobre o terceiro eixo, prevenção, que foi operacionalizado por meio da adoção de três programas internacionais baseados em evidência para implementação em escolas e serviços de proteção social básica: *Unplugged*, que se tornou #Tamojunto; *Good Behavior Game*, que foi adaptado e tornou-se Jogo Elos; e *Strengthening Families*, nomeado, inicialmente, de Programa Fortalecendo Famílias e, posteriormente, de Programa Famílias Fortes. Enquanto os dois primeiros foram implementados no contexto escolar, o último destinava-se a famílias usuárias dos serviços de proteção social básica.

As experiências que aqui são relatadas devem ser entendidas à luz do contexto que as produziu. A redução de iniquidades sociais e a inclusão social eram prioridades na agenda política e a implementação de políticas públicas se dava, usualmente, por meio de processos participativos e democráticos. Em decorrência disso, a implementação dos programas supracitados foi acompanhada de esforços de gestão participativa, mobilização comunitária, formação de recursos humanos e pesquisa abrangentes, com o envolvimento de atores diversos, como gestores públicos, profissionais da ponta, pesquisadores e participantes dos programas, como estudantes e famílias.

O trabalho desses múltiplos atores é, precisamente, o alvo deste livro. Os 16 capítulos que se seguem buscam retratar as aprendizagens acumuladas, relativas à adaptação, implementação, avaliação e fortalecimento dos três programas preventivos referidos, no período compreendido entre 2013 a 2018. Os capítulos estão organizados em quatro seções: História, Contextos e Conceitos (Seção 1), Sobre os Programas e suas Adaptações ao Contexto Brasileiro (Seção 2), Avaliação dos Programas Preventivos (Seção 3) e Experiências e Cenas Cotidianas da Implementação dos Programas (Seção 4). Cada capítulo é finalizado com uma síntese de lições aprendidas, a fim de salientar o processo de construção de conhecimento então vivido.

Esperamos que as lições aprendidas e os processos que as geraram, descritos neste livro, possam manter viva a memória desses anos de intenso trabalho, seja nos espaços de formulação de políticas públicas, gestão, implementação, ensino ou pesquisa. Desejamos, sobretudo, que essas memórias se somem a outras afins e irrompam em algum ponto do futuro, com a força dos sonhos produzidos coletivamente, a despeito dos entulhos que se acumulam, manifestos por meio da fragilização democrática, e que a ciência possa informar ações públicas em um Estado que proteja a vida. Para que essas aprendizagens ganhem o mundo, prezada leitora e prezado leitor, agora é com você: se julgar pertinente, espalhe essas memórias.

Maio de 2021

Samia Abreu
Sheila Giardini Murta
Viviane Paula Rocha
Nádia Pinheiro-Carozzo

Prefácio

Talvez a Ciência da Prevenção seja uma das áreas mais difíceis no campo do consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Essa dificuldade se baseia na complexidade envolvida no tema e nos vários atravessamentos explícitos ou implícitos constantes na área dos psicoativos. Tais desafios vão desde aspectos metodológicos para se definir os desfechos a serem pesquisados às questões morais e sociais mais amplas que influenciam as práticas e estudos preventivos.

A história nos mostra que esse foi um tema relegado por muito tempo aos setores religiosos, à filantropia ou mesmo à segurança pública. Falar em prevenção, muitas vezes, em um passado recente, foi vinculado ao controle de pessoas ou grupos e ao combate às epidemias de séculos passados, com ênfase no campanhismo e na eliminação vetor de uma doença. Por outro lado, setores mais progressistas do campo também viam a prevenção como um campo menor ou que era impraticável, baseado na ideia de uma complexidade paralisante, ou que reduziria o ser humano a comportamentos específicos e empobrecidos.

Pois bem, é nesse contexto que falamos da prevenção e do imperativo ético que nos deparamos: Prevenir é preciso? O que é prevenção? O que estamos prevenindo? E o que estamos combatendo? São perguntas que me deparo constantemente e já discuti em outros momentos. As práticas de cuidado ao outro deveriam constantemente fazer parte de um esforço para nosso pacto com o processo civilizatório, em que a prevenção deixe de ser mais um mecanismo de controle e perseguição de pessoas e que amplie sua perspectiva para ações baseadas na integralidade do cuidado e para a dimensão da ética em seu sentido pleno. Ou seja, ao se pensar em prevenção, se faz necessário um questionamento ontológico do que se quer com essa prática ou qual é nossa visão de homem.

Nesse sentido, a literatura já nos mostra alguns desafios sobre a produção de evidências, articuladas às questões éticas. Inicialmente temos dois desafios básicos ao nos deparar com os projetos preventivos na área de drogas: o teórico e o empírico. O primeiro se refere à dificuldade dos programas em definir

claramente quais seriam os elementos chave ou teóricos que o embasam, quais são seus princípios e para que servem. O segundo seria a sobrevivência desses elementos, quando existem, ao serem testados na realidade e contexto, muitas vezes se transformando e se tornando, na prática, em mesclas e adaptações baseadas em ensaio e erro que se transformam em outra intervenção que não a pensada originalmente. Essas duas características geram a chamada "caixa preta" da prevenção. Soma-se a isso a dificuldade em se gerar evidência de efetividade de tais intervenções e muitas vezes a geração dos efeitos iatrogênicos.

Por essa razão, é fundamental, quando se pensa nas ações de prevenção como um dos pilares das políticas públicas sobre drogas no Brasil, que esteja claramente definido, nas ações de governos, o processo avaliativo; apesar da grande resistência por parte de gestores públicos e outros atores sociais em se implementar um processo avaliativo sistemático e bem definido das políticas e programas. Por se vincular muitas vezes à ideia de avaliação como auditoria e punição, a avaliação é um componente fundamental para maior eficiência dos gastos públicos e, principalmente, para proteção da população de intervenções, às vezes bem-intencionadas, porém sem resultados ou que ainda pioram a vida das pessoas.

Por isso, tenho a grande honra de apresentar a presente obra que se trata de um primeiro estudo brasileiro em escala nacional, que vai ao encontro justamente de um tentativa de trazer elementos teóricos e empíricos e eticamente comprometidos, onde se procura discutir algumas evidências e discussões fundamentais de práticas preventivas, já testados em outros países e que apresentam metodologias robustas em termos da ciência da implementação e de avaliação de resultados. Trata-se de uma coletânea de estudos de um grupo de pesquisadores que participaram da adaptação, implementação e avaliação de três modelos preventivos para o uso de drogas, com foco em estudantes, educadores e familiares. Foram diferentes estudos que criam um *corpu*s importante e robusto sobre tais intervenções, com diferentes enfoques e objetivos. Chama atenção para a opção de se utilizar propostas já desenvolvidas e pensadas para outros países e realidades, porém com a grande preocupação na adaptação à realidade brasileira, em termos de estrutura das escolas, condições de trabalho dos professores, do modelo de educação e da realidade sociocultural de nosso país. O grupo de pesquisa, juntamente com os demais colaboradores, consegue articular de maneira muito

bem organizada a necessidade da produção de diferentes evidências científicas e sua implementação no mundo real, a partir de nossos desafios próprios. Alguns temas chave para isso é a preocupação de se trazer, de maneira clara o comprometimento com questões fundamentais do Brasil, tais como injustiça e desigualdade social, racismo e o papel da juventude em nossa sociedade, dentre outros. Ou seja, há uma diversidade teórica e metodológica contida na proposta, porém com uma clara unicidade ética no sentido da prevenção como um cuidado e instrumento de produção de autonomia e desenvolvimento social de jovens e familiares. Outro aspecto que chama atenção na obra é a proposta de avaliação descentralizada e participativa de vários atores envolvidos no processo avaliativo tais como professores, familiares, gestores de educação e jovens, possibilitando uma avaliação a partir de diversos olhares, aprimorando ainda mais a proposta.

Trata-se de uma obra necessária e urgente, considerando tempos de obscurantismo que insistem em retornar, onde a fome de controle sob determinados grupos voltam à tona e práticas que pensávamos já termos ultrapassado, aparecem como grandes novidades, alicerçadas muitas vezes pelo discurso moral/pseudocientífico, onde se determina pela força e pelo discurso de exclusão, práticas que são boas aos outros e que na verdade escondem as reais intenções de prevenção como limpeza das mazelas que são produzidas por uma sociedade desigual e injusta. Portanto, prevenir, nesse contexto, se torna uma maneira eficaz de remediar o que a nossa sociedade produz de mais feio que é a pobreza e o abandono de populações mais vulneráveis, que são culpabilizadas por suas condições de vida e que acabam recebendo uma ação de um Estado punitivo e repressor, que tem como principal ferramenta a força bruta, a violência em suas mais diferentes facetas como programa de governo para cidadãos de segunda categoria.

Nesse sentido, torna-se importante reafirmar, antes de mais nada, que prevenir não deve ser uma ação de controle, mas de libertação e de autonomia de pessoas que vivem em condições estruturais que as vulnerabilizam e que, muitas vezes, o consumo de psicoativos se torna a única alternativa viável de sobrevivência e que a via da punição, como as evidências já demonstram há anos, piora ainda mais a vida dos jovens brasileiros.

Por último, a presente obra demonstra que sistematização do conhecimento e sensibilidade para a questão social brasileira não são antagônicos

e que a ciência pode e deve ser mais um instrumento de transformação de grupos e países. Obviamente, quando falamos de evidências para situações complexas como a prevenção e uso de drogas, não se tem respostas prontas e definitivas. São vários passos e caminhos que são construídos e somados. As rupturas do caminho cumulativo do conhecimento, são retrocessos que custam vidas que deveriam importar a todos nós.

Por isso, reafirmo, prevenir é preciso, como viver de maneira digna é imperativo. E só há prevenção onde há espaço para se viver e para produção de autonomia dos sujeitos.

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Graduado em Psicologia (Universidade Federal de Juiz de Fora) e Doutor em Ciências da Saúde (Universidade Federal de São Paulo). Professor da Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução

No ano de 2013, iniciou-se no âmbito da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, a implementação de programas de prevenção ao uso problemático de álcool e outras drogas em escolas e comunidades. Essa iniciativa visava avançar em novas maneiras mais efetivas de abordar a temática, imprimindo uma mudança marcante nas políticas públicas de drogas no Brasil.

À época, o escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC – Brasil) vinha, como representante da Organização das Nações Unidas (ONU), divulgando avanços nos resultados de programas de prevenção aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (AD), diferenciando aqueles que favoreciam a proteção de crianças, jovens e suas famílias e aqueles que, ao contrário, acabavam por expor os participantes a maiores riscos ou efeitos nulos.

As ações pouco eficazes no campo da prevenção, ainda muito difundidas, são aquelas mais alinhadas à uma abordagem do "terror" e coerção, em que se aposta que uma comunicação ameaçadora possa surtir um efeito de afastar os sujeitos das drogas, com palestras e depoimentos pessoais de ex-usuários, vídeos com cenas assustadoras de uso, campanhas que expõem "usuários-zumbis", transmissão de informações centradas nos malefícios e abordagens policialescas. Termina-se, porém, gestando o medo, que é uma experiência psicossocial que produz mais vulnerabilidade e, portanto, fortalece o risco e acabamos por criar relações na base da repreensão e no distanciamento dos sujeitos uns dos outros.

A agenda de prevenção, inserida em frentes das políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS), não ocupa um lugar privilegiado na disputa pelas agendas prioritárias. Ela perde em detrimento ao tratamento ou, ainda mais, quando fica alinhada com intervenções que vem se mostrado pouco eficazes em dois sentidos: o de modificar padrões de uso, ao retardar o início de consumo, ou reduzir consumo iniciado e reduzir danos; e o de produzir organizações sociais coesas, que venham a proteger o direito à saúde e à vida.

O gestor de políticas públicas se depara com recursos limitados para execução de políticas e, por isso, mais adequada é uma aposta em ações que venham impactar em indicadores de saúde da população. O Brasil, assim, tem sido um país em destaque na busca de respostas sobre os impactos de ações de prevenção, organizando um conjunto de informações, conhecimentos e métodos que possam pautar a tomada de decisão, sempre ética, de investir com maiores chances de resultados efetivos.

A presente publicação reúne um conjunto de materiais que exemplificam esses avanços brasileiros na formulação de políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e na produção de conhecimentos organizados e alinhados com um fazer da ciência comprometida com uma epidemiologia que se organiza na complexidade dos determinantes sociais em saúde.

Trata-se de uma história de três anos, entre 2013 e 2015, contada a partir de formulações teóricas do ponto de vista de sistemas de prevenção, ética na prevenção, formulação de políticas públicas, passando por narrativas de tomadas de decisões sobre rumos da prevenção diante dos desafios, dialogando com os modos inovadores de avaliar a prevenção e utilizar evidências científicas para a elaboração e sustentação das políticas públicas.

Há desafios a serem enfrentados. A humanidade ainda não foi capaz de dar uma boa solução para os problemas do abuso e dependência de drogas. A prevenção e promoção da saúde não seriam capazes de preencher esse vazio na sua totalidade, mas podem produzir mudanças nas organizações de modo que venham a reduzir indicadores de adoecimentos associados ao uso de drogas. E aqui falamos não só das doenças dos sujeitos, mas das doenças sociais que produzem o encarceramento dos usuários, práticas de imposição de tratamentos pouco comprovados quanto às suas eficácias, violações aos direitos humanos e reprodução de estigmas e humilhação social.

O presente livro busca demonstrar que o Brasil tem produzido argumentos para gastar com prevenção. Argumentos baseados em experiências nacionais de implementação e avaliação de programas de prevenção, que refletem um acúmulo de conhecimentos técnico-científicos que quando estruturados, podem auxiliar no alicerce da política nacional de drogas.

Obviamente que não há a ilusão de apresentar fórmulas únicas de fazer prevenção, pois sempre há a exigência de sua adequação à realidade local.

Especialmente porque, do ponto de vista crítico, as evidências aqui descritas são achados do pesquisador, que devem interagir com os pontos de vista do formulador de políticas, sempre em diálogo permanente com o contexto sociocultural.

São descritas aqui as experiências de adaptação e avaliação de três programas de prevenção baseados em evidências: *Unplugged*, que veio a se chamar #TamoJunto; *Good Behavior Game*, que veio a se chamar "Programa Elos" e *Strengthening Families Program* que veio a se chamar "Famílias Fortes". Esses resultados retratam, portanto, dinâmicas que nos permitem perceber os movimentos implicados nos fenômenos em análise, para além de seus desfechos primários, como seus impactos no padrão de uso de drogas, mas também seus desdobramentos para os contextos de aplicação, como, por exemplo, a interferência que um programa escolar implementado pelo professor tende a produzir no currículo escolar e na rotina da sala de aula.

Um pesquisador sozinho produz análises do fenômeno. Um formulador de políticas sozinho implementa ideias. Juntos produzem novas tendências integradas nas estruturas das organizações sociais e na efetividade de políticas públicas. Ainda estamos construindo o consenso sobre a importância da prevenção ao uso problemático de drogas e os modos eficazes de se operacionalizá-la no Brasil. Com tranquilidade, porém, assumimos que a formalização de sistemas é mais complexa do que dinâmicas que se pretendam lineares.

Ao longo dos textos buscamos demonstrar que os acertos em prevenção acontecem quando conseguimos modificar o modelo anterior, baseado na fragmentação e punição, para estabelecer nexos de *coesão*. Tal indicador contemporâneo advém de estudos que destacam a importância de analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o desenvolvimento das redes de vínculos entre indivíduos e grupos. As relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, entre os indivíduos e as instituições, são importantes dispositivos através dos quais as iniquidades econômicas e sociais impactam a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção da saúde e proteção da vida individual e coletiva. Sendo assim, as mudanças nos mecanismos de tensões

sociais geram, como desdobramento, a mudança no sistema. A política se sustentará na reprodução das organizações transformadas.

Um livro que pretende ser um debate permanente capaz de derivar intercâmbios e parcerias entre coletivos científicos e políticos. O que será explicitado nas próximas páginas não está assim definido porque existe independente de um leitor da realidade e, por isso, novos leitores serão capazes de produzir novos debates e novos consensos.

Raquel Turci Pedroso
Graduada em Psicologia (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e Doutora em Saúde Coletiva (Universidade de Brasília). Professora do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC. Trabalhou com políticas públicas de saúde e educação no Ministério da Saúde entre os anos de 2005 a 2016).

Roberto Tykanori Kinoshita
Graduado em Medicina (Universidade de São Paulo) e Doutor em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Campinas). Professor da Universidade Federal de São Paulo. Coordenou a Política de Saúde Mental e de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde entre os anos de 2011 a 2015.

SEÇÃO 1

HISTÓRIA, CONTEXTOS E CONCEITOS

CAPÍTULO 1

UMA CONSTRUÇÃO INACABADA DE UMA NOVA POLÍTICA DE PREVENÇÃO

Maria do Socorro Mendes Gomes
Andréa Leite Ribeiro

Resumo

O uso de álcool e outras drogas sempre esteve presente na história de diversas maneiras, sendo revelado na atualidade como problema de saúde e social, especialmente para aqueles que estiveram marcados por desvantagens sociais significativas. Apesar de ser possível perceber no período recente avanços, tanto na revisão de leis e políticas, quanto na atenção aos que apresentam problemas de ordem diversa em decorrência de alguma substância psicoativa, a prevenção do uso prejudicial de drogas sempre foi uma lacuna dentre as estratégias no campo da política pública sobre drogas, com a existência de ações pontuais, moralizantes e baseadas em pretensos conhecimentos/vivências individuais. Tal cenário demandou que o governo brasileiro atentasse para a questão e se posicionasse como indutor de ações que não produzissem efeitos contrários aos desejados. O presente texto tem por objetivo registrar o exercício do governo brasileiro para a implantação de programas preventivos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas baseados em evidências, decisão tomada no âmbito do Programa Governamental Crack é Possível Vencer lançado em 2011.

Palavras chave: prevenção, drogas, governança, política.

Prevenção do uso prejudicial de drogas: os primeiros passos

O termo prevenção sempre esteve presente nos normativos relativos ao campo das políticas de drogas no Brasil, com indicação de diretrizes gerais, de forma ampla e pouco instrutiva para a efetiva aplicação da política. Desse modo, é possível perceber a existência de diversas ações, supostamente preventivas, sendo desenvolvidas por instituições públicas e privadas, em geral, pautadas numa perspectiva de guerra às drogas, pedagogia do medo, de forma pontual e que efetivamente não promovem o fortalecimento de fatores de proteção para o uso indevido de drogas (Valério, Pedroso, & Garcia, 2015). Intervenções preventivas que atuem na lógica da promoção da saúde, fortalecendo habilidades de vida e reduzindo os fatores de risco para o uso de drogas, permanecem sendo uma grave lacuna no campo da drogadição (Peres, Grigolo, & Schneider, 2017). Vale ressaltar que é possível perceber o empenho de pesquisadores que vêm desenvolvendo de forma sistemática estudos para a estruturação de atividades preventivas, construindo uma cultura de estudos e sistematização das ações no campo da prevenção, sendo isso fundamental para que no futuro o Brasil tenha programas estruturados, com resultados comprovados a partir de estudos de acompanhamento longitudinal.

A aprovação do Plano Nacional sobre Drogas em 2005 (Brasil, 2011a) pode ser considerada um marco a referenciar a política sobre drogas, tanto por ter sido estruturado a partir de debates e participação regionais, nacionais e internacionais[1], quanto pelo conteúdo apresentado. Trata-se de um documento que apresenta os fundamentos, pressupostos, diretrizes, objetivos e as estratégias norteadoras da política sobre drogas. Os pressupostos contidos nesse documento, além de apontar a necessidade de distinguir o usuário da pessoa em uso indevido, do dependente e do traficante de drogas, preveem tratamento de forma diferenciada e considera a prevenção como a medida mais eficaz e de menor custo para a sociedade (Brasil, 2011a). Vale ressaltar que apesar de ter sido um marco importante de mudança de paradigma da política anterior, o texto normativo não ofereceu critérios claros que

1 Realização de Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas debate e o intercâmbio de experiências de sete países (Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça); Discussões realizadas em Fóruns Regionais com a participação de governos dos estados, por meio dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes/Antidrogas e sociedade civil; realização de Fórum Nacional de sistematização das propostas; Aprovação do texto final Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

permitisse a diferenciação entre usuário e traficante, mantendo a política pública sobre drogas fortemente vinculada à discricionariedade da área de segurança pública e do sistema de justiça. Tal lacuna na política tem se revelado um grave problema, especialmente para a população negra. Diante da construção social racista, ocorre o encarceramento e morte de jovens negros de comunidades pobres no Brasil, numa clara seletividade na aplicação da lei de drogas. Diante desses fatos, é possível descrevê-la como política de guerra às drogas, que na verdade é uma política de guerra aos jovens negros que fazem (ou não) uso de alguma substância ilícita (Valério & Nascimento, 2017; Valério et al., 2015; Waiselfisz, 2013, 2015).

O Plano Nacional sobre Drogas trouxe importantes contribuições no delineamento das ações de prevenção para nortear as políticas públicas sobre drogas, dentre as quais destacam-se: (1) a necessidade de construção de redes sociais na perspectiva de responsabilidade compartilhada, por entender que a prevenção é "fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais federal, estadual e municipal" (Brasil, 2011, p. 18); (2) a existência de princípios éticos e pluralidade cultural para a promoção de vida saudável com a participação e valorização das relações familiares nas suas diferentes configurações; (3) a importância de que as ações de prevenção sejam planejadas e desenvolvidas na perspectiva do desenvolvimento humano, contando com a participação da escola, da família e considerando o protagonismo juvenil.

As diretrizes previstas no Plano Nacional sobre Drogas apontam relevância para a garantia de capacitação continuada sobre prevenção a ser ofertada aos diversos atores sociais que atuam no campo álcool e outras drogas em diversos contextos. Considera que as ações de educação preventivas devem ter "foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido" (Brasil, 2011, p. 16). Além dos aspectos mencionados, aponta que o desenvolvimento integrado de programas de prevenção pressupõe a existência de trabalho multi e interdisciplinar, além da necessidade do fortalecimento das redes sociais.

Outro aspecto importante refere-se à definição de diretrizes e objetivos para a prevenção, além da necessidade de se "pesquisar, experimentar e implementar novos

programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados" (Brasil, 2011, p.14).

Ao analisar a Política Nacional sobre Drogas, Lima et al. (2015) a consideraram o texto normativo que traz

> um novo marco teórico-político de atuação do governo federal na redução da demanda e da oferta de drogas, na medida em que rompe com a longa tradição política organizada em torno da racionalidade punitiva e da consideração do usuário como doente e/ou criminoso por ter rompido com a norma (Lima, Morais, Nishimura, Valiante, Lopes, & Fernandes, 2015, p. 589).

A compreensão da necessidade de articular ações intersetoriais para lidar com problemas complexos e multidimensionais levou o governo federal a estruturar programas que também dialogavam de forma transversal com o tema das drogas. Um exemplo dessa percepção foi o caso do programa Saúde na Escola, em 2007, que previa a articulação entre profissionais de educação e saúde para a realização de ações integradas entre essas áreas, incluindo nas suas ações a prevenção ao uso de drogas (Peres et al., 2017). Vale destacar também a instituição, em 2009, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2009), que reafirma e avança no sentido da humanização do atendimento aos usuários drogas prevendo a busca pela intersetorialidade no trato com este tema. No âmbito da Educação, destacam-se os esforços para a ampliação da jornada escolar e as ações específicas de prevenção nas escolas (Brasil, 2012).

Diante do quadro exposto, percebe-se uma intencionalidade e o estabelecimento de um conjunto de postulados que tentam pautar a política pública sobre drogas numa perspectiva de promoção da saúde, articulação intersetorial, redutora de riscos e danos. Contudo, a ausência de iniciativas de prevenção no Brasil, com ações estruturadas, metodologias amparadas em teorias cientificamente atestadas e com avaliação de efetividade, especialmente com acompanhamento dos participantes da intervenção após um determinado período de ter recebido a intervenção, dificultava a sua adoção ou indução

enquanto políticas públicas. Ou seja, existia uma ausência e/ou desconhecimento de intervenções estruturadas, consolidadas e com efetividade, para serem implantadas em nível nacional. Conforme Ribeiro e Lorenzo

> (...) no ano de 2011, o decreto n. 7.673, de 8 de dezembro de 2011 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Na ocasião, o governo brasileiro aportou recursos e esforços em pesquisas e intervenções no campo da prevenção, tratamento e redução da demanda de drogas, tendo sido um importante momento para a política de drogas no Brasil, com reconhecimento dos marcadores sociais, das vulnerabilidades e da importância da promoção da saúde e de uma política pautada tanto na necessidade da população quanto no que as evidências científicas apresentam (Ribeiro & Lorenzo, 2021, p. 76)

Crack, é Possível Vencer: articulando iniciativas de prevenção

Os meios de comunicação podem ser fortes aliados contribuindo para a mudança de paradigma da sociedade em relação ao tema das drogas, mas também podem reforçar estigmas ao se tratar de problemas sociais no campo das políticas públicas, em especial aqueles que dialogam com as moralidades individuais. A construção social do usuário de drogas como alguém a ser excluído do convívio, igualando-o à imagem do negro a ser combatido no período de pós escravidão, era uma das pautas mais noticiadas nos diversos meios de comunicação no Brasil. Atribuía-se àqueles que fazem uso de drogas, mais especificamente o crack, responsabilidade por mazelas sociais como mendicância, situação de rua e violência. Em alguma medida, ao falar diuturnamente sobre o crack, a imprensa atuou de forma indireta como propagandista da substância e pautou o Governo Federal.

O forte apelo social em torno do uso de crack, fruto principalmente da veiculação de matérias nas mídias televisivas, escritas, sites e blogs, alardeavam que o Brasil era um país acometido pela epidemia do seu uso, sugerindo tratar-se de um surto nacional enquanto uma doença a ser tratada de qualquer modo. Eram exploradas e veiculadas a proliferação de cenas urbanas de uso de crack em grandes capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Recife, de maneira

intensiva e vinculadas às questões de segurança pública de âmbito nacional. Tais matérias traziam uma percepção/indução de perda de controle por parte das autoridades governamentais frente ao consumo de drogas em situação de rua (Teixeira, 2015). Vale destacar também que o tema do crack foi objeto de debate eleitoral de 2010. Nesse sentido, é possível afirmar que esse contexto contribuiu para que o governo federal estudasse a situação e lançasse em dezembro de 2011 o Programa Crack, é Possível Vencer (https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer).

Em maio de 2010 o governo federal, sob a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, editou o Decreto nº 7.179 que instituiu o Plano de Enfrentamento ao Crack, marcando assim a primeira tentativa de articular e ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários de drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis; fortalecendo as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; ampliando a participação comunitária nas políticas; e a capacitação profissional (Santos & Oliveira, 2013).

Seguindo a diretriz da descentralização e da responsabilidade compartilhada, prevista no Plano Nacional, o Decreto nº 7.179 de 2010, retrata a compreensão de que o tema deve ser abordado com a participação de estados e municípios em conjugação de esforços de governos e de toda a sociedade, "observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social" (Brasil, 2010, p. 01). Apresenta também, como fundamento, a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras.

É importante destacar que o tema da prevenção ganha relevância já nos primeiros artigos do Decreto nº 7.179 de 2010, pois dos sete objetivos do Plano, quatro fazem menção à prevenção no sentido de: (1) estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso (...) contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, tais como crianças, adolescentes e população em situação de rua; (2) capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso; (3) promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações

de prevenção; além de (4) disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas (Decreto Federal n.º 7.179, 2010).

Apesar dos avanços conceituais preconizados pelo referido Decreto, pressões sociais por iniciativas governamentais para adoção de medidas mais efetivas para enfrentar o problema ganharam destaque ao serem objeto de debate durante as eleições para Presidência da República de 2010. As tentativas realizadas por governos estaduais e municipais, principalmente no campo da repressão e da segurança pública, não se mostraram eficazes, capazes de apresentar soluções para o problema. O pedido versava em endurecimento de penas, internação compulsória, retirando a liberdade e a cidadania daqueles que usam drogas devido a compreensão de que os usuários de drogas não possuem autonomia para lidar com as suas vidas. A pressão, nesse sentido, era de mudança da perspectiva da redução de danos para repressão, perda de autonomia e de liberdade, medidas que em nenhum país repercutiu em efetiva mudança nos padrões de consumo de drogas das populações.

Essa conjuntura influenciou diretamente o desenho do Programa Crack, é Possível Vencer, lançado ao final do primeiro ano do mandato da presidenta Dilma Rousseff. Do ponto de vista normativo, o Decreto nº 7.637 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011b) alterou o Decreto nº 7.179 de 2010, principalmente na estrutura de governança. Foi criado o Comitê Gestor com a participação direta dos Ministros de Estado da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Direitos Humanos e dos respectivos Secretário-Executivo, sinalizando assim um grau de importância estratégica para o tema. Além disso, criou-se um Comitê Executivo com atribuições de promover a implantação e a gestão das ações, e propor ao Comitê Gestor medidas de aprimoramento do Programa.

O novo marco regulatório aprofundou a compreensão da necessidade da integração e articulação de diversas áreas e níveis de governo, ao estabelecer que a participação dos entes federados deveria ocorrer mediante a assinatura de um termo de adesão onde esses passam a assumir responsabilidade pela implantação das ações de acordo com os objetivos previstos no Plano. Os gestores também passaram a se comprometer a criar instâncias "estaduais de articulação federativa com Municípios e instâncias locais de gestão e acompanhamento da execução do Plano, assegurada, no mínimo, a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas

de saúde, assistência social, educação e segurança pública" (Decreto Federal nº 7.637/2011, p. 01). Dessa forma, buscou-se dar materialidade à "responsabilidade compartilhada" prevista no Plano Nacional sobre Drogas.

O Programa Crack, é Possível Vencer estabeleceu como objetivos aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas, além de promover ações de educação, informação e capacitação (Brasil, 2013). As ações organizadas nos eixos de Prevenção, Cuidado e Autoridade envolveram diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e, de forma complementar, ações de educação e direitos humanos.

Diante da complexidade da temática das drogas e da estrutura de governança criada para fazer valer as estratégias e ações previstas no Programa Crack, é Possível Vencer - que envolveu articulação intersetorial e inter federativa - o programa passou a ter grau de prioridade na agenda governamental do período de 2012 a 2014. Uma estrutura de monitoramento da implementação foi criada, com realização de reuniões periódicas entre os ministérios envolvidos, para o acompanhamento da execução das metas e a definição de estratégias de implementação para superar os desafios impostos. As equipes do Comitê Executivo também realizaram diversas reuniões em estados e municípios para mobilização e apoio aos gestores na efetivação da implementação das diversas ações do Programa.

As reuniões de monitoramento eram mobilizadas pela Casa Civil da Presidência da República e contavam com a participação dos ministérios que tinham ações previstas no Programa Crack, é Possível Vencer, dentre eles Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação e Direitos Humanos. Num primeiro momento, durante as reuniões de monitoramento, se buscava identificar o cumprimento das metas previstas, além de se articular as ações intersetoriais com vistas à mobilização de estados e municípios para a adesão ao plano. Numa segunda fase do monitoramento, eram debatidas estratégias para viabilizar o apoio aos entes federados na execução do Programa, problemas decorrentes da implementação e avaliação de ajustes para o seu aprimoramento. Nesse contexto, um dos debates se deu em torno da necessidade de ampliar e reformulação das ações do eixo prevenção para além da simples oferta de capacitação e informações qualificadas sobre drogas.

O Programa Federal Crack, é Possível Vencer contemplou três eixos de atuação: cuidado, prevenção e autoridade. O eixo cuidado foi estruturado para tratar de questões relacionadas à melhoria do acesso e qualidade das redes de atenção e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares nos sistemas de saúde e de assistência social. Já as ações do eixo prevenção objetivaram o fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco do uso de drogas. No eixo autoridade, foram previstas ações com a finalidade de redução da oferta de drogas ilícitas em âmbito nacional e em nível local, com o fomento a estratégias de polícia de proximidade (Brasil, 2013).

No âmbito do Programa, ao analisar a oferta dos órgãos federais para a prevenção do uso prejudicial de drogas, foi percebido um abismo na disponibilização de programas/intervenções preventivas estruturadas, testadas e com pesquisas que apontassem: (1) os efeitos para o retardo da idade de início do uso de álcool e tabaco, por serem as substâncias mais usadas por crianças e adolescentes; (2) a diminuição dos efeitos nocivos sociais e à saúde daqueles que fizessem uso; e (3) que fortalecessem os vínculos familiares e comunitários, que é um importante fator protetivo para o uso de múltiplas drogas e promoção da saúde de escolares e familiares.

As ofertas de ações preventivas estavam frequentemente situadas em campanhas pontuais, palestras realizadas por ex-usuários, apresentação das substâncias, intervenções propaladas pelos pesquisadores da área como inócuas ou iatrogênicas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2013). Tais ações culminavam na possibilidade de risco de promover efeito contrário ao que se pretende. Nestes termos, os efeitos dessas práticas tendiam a estimular o uso precoce, favorecer o uso arriscado, fragilizar os vínculos familiares e comunitários, de modo a aprofundar o importante problema de saúde pública, demandando esforços maiores do governo federal para a indução de diretrizes mais eficazes. Além de ser um problema de saúde pública, a adoção de estratégias que possam ser iatrogênicas também repercute na má utilização de recursos escassos, sendo também um problema de natureza ética.

A ausência de programas federais no campo da prevenção evidenciada durante o processo de formulação do Programa Crack, é Possível Vencer estimulou o governo federal a decidir por uma mudança de paradigma no campo da prevenção, com aproximação com pesquisadores e orientação do modelo

preventivo no Brasil. Desse modo, por meio do Programa, houve a decisão pelo investimento de recursos na prospecção de iniciativas preventivas baseadas em evidências de efetividade, que tivessem sido implementadas em países de características e culturas diferentes, com indicação de facilidade para sua adaptação para o Brasil, para serem importadas, adaptadas e implementadas. Isso deu início a um processo de pesquisa e busca de programas preventivos internacionais.

A adoção de programas de prevenção baseados em evidências na Política Pública sobre drogas

Um dos grandes desafios na formulação das ações do eixo de prevenção do Programa Crack, é Possível Vencer foi identificar experiências brasileiras de prevenção, consolidadas, que pudessem ter abrangência nacional e que apresentassem alguma comprovação de serem efetivas, ou estruturadas para serem replicadas em larga escala. No entanto, a amplitude do conceito de prevenção do Programa, de fortalecer fatores de proteção e reduzir fatores de risco para o uso de drogas, não encontrou referências de experiências validadas na perspectiva da efetividade e que pudessem ser disseminadas em todos os municípios participantes do programa.

Diante dessa dificuldade, as ações previstas no eixo prevenção se propunham, num primeiro momento, à oferta de capacitações aos diferentes segmentos, no sentido de ampliar os conhecimentos para qualificar a intervenção daqueles que atuavam na área, tanto dos profissionais das redes de educação, saúde, como dos profissionais de segurança pública. Para tal, houve a oferta de capacitação para educadores, operadores do direito, líderes comunitários e conselheiros, lideranças religiosas, profissionais da saúde e assistência social, na modalidade a distância, gratuito, para todo o país e em parceria com diversas universidades públicas federais.

No mesmo sentido de fortalecer teoricamente os profissionais, houve a ampliação e o fortalecimento dos Centros Regionais de Referência (CRR) que, vinculados a instituições de ensino superior, mediante apoio da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD), ofertaram formação permanente e presencial aos profissionais que já atuavam nas redes de saúde, educação, assistência social, justiça e segurança pública, de acordo com a demanda de cada território. Tanto

os cursos na modalidade a distância quanto os presenciais se aliaram ao serviço telefônico, gratuito para todo o país, por nome Viva Voz, que realiza intervenção breve e motivacional, além de orientações a pacientes e familiares e informações da rede de todo o país, 24 horas, todos os dias da semana (Brasil, 2013).

Algumas intervenções de menor envergadura, como campanhas publicitárias em período em que é percebido o maior consumo de bebida alcoólica, como o carnaval e concursos culturais, integraram as metas do eixo prevenção. Vale ressaltar que foi disponibilizado um portal[2] na internet com informações sobre as ações desenvolvidas pelo programa em todos os estados brasileiros, além de informações qualificadas sobre o tema.

No ano de 2013, durante a realização do Simpósio Internacional sobre Drogas: da Coerção à Coesão, organizado e promovido pelo Ministério da Saúde (MS) e a SENAD, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), apresentou um conjunto de Normas Internacionais de Prevenção do Uso de Drogas que havia sido lançado durante a 56ª Sessão da Comissão de Narcóticos da Organização das Nações Unidas (ONU). O documento apresentava, a partir das fases de vida humana, intervenções que após testagem e pesquisas realizadas por um conjunto de *experts* na temática, reuniram, a partir de uma escala, resultados positivos, iatrogênicos ou inócuos. Desse modo, o documento torna possível que os diversos atores sociais, que desenvolvem ações no campo da prevenção, tenham em mãos elementos para a reflexão das suas práticas, além de possibilitar a capacidade dos governantes na tomada de decisão quanto à adoção de determinadas estratégias (UNODC, 2013).

Além de apresentar as normas de prevenção, com claro direcionamento da decisão governamental em romper com a prevenção a partir da boa vontade, desejo, voluntarismo, e caminhar no sentido mais científico, o Simpósio Internacional sobre Drogas: da Coerção à Coesão favoreceu a apresentação do delineamento das políticas de prevenção ao uso prejudicial de drogas que estavam sendo desenvolvidas em outros países, bem como oportunizou um profícuo encontro entre academia, operadores de políticas públicas e gestores brasileiros. A indução de ampliação de profissionais e pesquisadores no campo da prevenção do uso prejudicial de drogas, também foi estimulada.

2 Endereço eletrônico criado à época: www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack

Diante do cenário posto, do que foi disponibilizado pelo documento apresentado pelo UNODC e de reuniões e estudos sobre o campo da prevenção, as equipes do MS e SENAD, em parceria com o UNODC, apresentaram, no âmbito das reuniões de monitoramento do Programa[3], três metodologias preventivas de desenvolvimento em escolas, junto a famílias e em comunidades. Durante as reuniões de monitoramento passou-se então a discutir e definir estratégias de importação, adaptação cultural, validação dessa adaptação, implementação e pesquisa do processo de implantação dos recomendados pelo UNODC.

No início de 2013, a CGMAD [Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas] em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) selecionou, com base em evidências científicas, três programas internacionais de prevenção largamente avaliados em países com estruturas políticas e sociais semelhantes às brasileiras: o *Good Behavior Game* (GBG) – para crianças de 6 a 10 anos – e o *Unplugged* – para adolescentes de 11 a 14 anos –, ambos programas escolares; e o *Strengthening Families Program* 10-14 (SFP) – destinado a famílias com adolescentes de 10 a 14 anos – desenvolvido em contextos comunitários (Brasil, 2015).

Mantidos os contatos com os desenvolvedores, o Ministério da Saúde capitaneou o primeiro momento desse processo, por meio de reuniões com os desenvolvedores internacionais, formação da equipe do nível central - responsável pelo processo de compreensão dos principais elementos de embasamento do programa e adaptações necessárias -, formação de multiplicadores e disseminação do conhecimento. Aliado a esse processo, foram identificados pesquisadores do campo da prevenção, os quais foram convidados a acompanhar e avaliar o processo de importação dos programas, necessidades de adequações, além de avaliação para saber se os efeitos encontrados em outros países após a aplicação do programa foram também encontrados na realidade brasileira. As pesquisas foram desenvolvidas ao mesmo passo em que se dava a realização das adaptações e implantação, no formato piloto, dos três programas que passaram a ser denominados: Famílias Fortes, #TamoJunto e Jogo Elos.

Isso posto, a partir desse ponto, serão apresentados elementos relacionados à tomada de decisão do governo federal no ano de 2013 para a adoção dos referidos

3 Reuniões de monitoramento realizadas pela Casa Civil da Presidência da República com a participação dos Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Direitos Humanos.

programas. Para tanto, serão realizadas análises sobre as ações de prevenção previstas e constantes nos normativos nacionais da política pública sobre drogas a partir de 2005 e identificação das ações de prevenção previstas no Programa Crack é Possível Vencer. Por fim, será realizada uma reflexão sobre a introdução/manutenção das ações de prevenção presentes nos Planos Plurianuais e nas Leis de Diretrizes Orçamentárias da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas no período de 2005 a 2014.

A política sobre drogas no planejamento público federal

As ações e compromissos dos governos são materializados nos instrumentos de planejamento governamental definidos na Constituição Federal de 1988 como a Lei de Diretrizes Anuais - LDO, o Plano Plurianual - PPA e a Lei Orçamentária Anual - LOA. Esses instrumentos definem as prioridades, onde e como serão utilizados os recursos públicos. Para analisar o espaço reservado à política sobre drogas nos instrumentos de planejamento governamental[4] analisou-se os Planos Plurianuais de 2004/2007 (Brasil, 2003); 2008/2011 (Brasil, 2007); 2012/ 2015 (Brasil, 2012) e 2016/2019 (Brasil, 2015) onde, a partir da referência ao termo "drogas", foram identificados e apontados os conteúdos encontrados nos referidos documentos. Em relação à identificação dos gastos diretos do governo federal, ou seja, a execução orçamentária, foram analisados os gastos do Programa 0665 - Gestão da Política Nacional Sobre Drogas e suas respectivas ações no período de 2005 a 2014. Vale destacar que essa ação é específica da SENAD. As ações orçamentárias para os demais ministérios para o tema em tela não foram objeto de estudo. Os dados relativos aos PPAs foram extraídos dos relatórios constantes no site do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e os dados de execução orçamentária são provenientes do Portal da Transparência[5].

O termo "drogas" aparece no PPA 2004-2007 inserido no capítulo sobre *Garantir a Segurança Pública com a Implementação de Políticas Públicas Descentralizadas e Integradas* que, em sua diretriz oito, aponta a prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas como um dos mecanismos para a redução da violência, tráfico de drogas e armas. No capítulo sobre *Preservar a Integridade e a Soberania*

4 Planos Plurianuais-PPA e Leis de Diretrizes Orçamentárias-LOA.
5 Site do Portal da Transparência: http://www.portaltransparencia.gov.br/

Nacionais, o tema das drogas volta a ser abordado na diretriz oito, que aponta a necessidade de redução da oferta e da demanda de drogas no país. Vale destacar que a SENAD ainda não pertencia à estrutura administrativa do Ministério da Justiça. Ela ficou vinculada à Secretaria de Segurança Institucional da Presidência da República até dezembro de 2010.

No PPA 2008-2011 a ação denominada "enfrentamento ao crack e outras drogas" está inserida como atividade em programas e objetivos setoriais estruturantes dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e da Justiça. No caso do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome o tema está inserido no objetivo setorial relativo à consolidação do Sistema Único de Assistência Social, na ampliação da rede de proteção e promoção social. No Ministério da Saúde se insere no objetivo setorial de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde. No Ministério da Justiça se insere no objetivo setorial de coordenar as ações de combate às drogas e ampliar a capacidade nacional de reduzir a demanda e a oferta de drogas (Brasil, 2007).

Ao analisar o Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015 ano base 2014 (Brasil, 2014), identifica-se o esforço governamental no maior detalhamento das ações de prevenção ao uso de drogas no sentido de: realizar cursos de capacitação para a qualificação de diferentes profissionais e educadores para lidarem com a política pública sobre drogas; apoiar a realização de pesquisas sobre o Crack e outras drogas, que se constituíam uma lacuna; promover a disseminação de informações por distintas mídias; além da adaptação e adoção de metodologias de prevenção já utilizadas em outros países com evidências de efetividade.

Ao analisar o espaço da política sobre drogas no PPA 2012-2015, identifica-se a organização de um anexo que trata das agendas transversais, relativo ao agrupamento de programas, objetivos e metas contidas no PPA em torno de um mesmo problema ou política pública. Uma dessas agendas é a *Políticas Para Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas*, com um conjunto de 9 programas, 15 objetivos e 46 metas dos Ministérios: Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Justiça, e Relações Exteriores, e das Secretarias Especial da Juventude e de Direitos Humanos. A organização da agenda sobre drogas traduz uma influência direta do desenho dos programas

de governo lançados em 2010 e 2011 na perspectiva da intersetorialidade e da articulação de ações e estratégias (Brasil, 2011).

A elaboração do PPA 2016-2019 trouxe avanços ao pactuar, desde a sua elaboração, a definição de um programa interministerial sobre drogas enquanto resultado de um esforço de articulação intersetorial, tendo como objetivo a redução do impacto social do álcool e outras drogas. Apresenta metas de prevenção, cuidado e reinserção social com ações dos Ministérios da Justiça, da Saúde, da Assistência Social e Combate à Fome, da Educação, do Trabalho e Previdência Social e da Secretaria de Direitos Humanos. A organização do PPA traduz não só o esforço do governo em tratar o tema de forma intersetorial, mas a compreensão do aspecto multidimensional desta política pública (Brasil, 2015).

Em relação à execução orçamentária, utilizou-se para efeito da análise feita no presente texto, o recorte relativo ao Programa 0665 - Gestão da Política Nacional Sobre Drogas, apenas da SENAD entre os anos de 2005 e 2014. Não sendo considerados os aportes de recursos realizados nos demais ministérios afins. A Tabela 1 aponta a evolução crescente dos valores globais do Programa 0665: em 2005 era de 2 milhões tendo alcançado em 2014 a cifra de 90 milhões. Observa-se que até 2009, as ações de prevenção se distribuem em capacitação de agentes do sistema nacional de segurança pública e apoio a projetos de redução de demanda e oferta de drogas, não sendo possível identificar, no entanto, a especificidade dos serviços ofertados, impossibilitando a identificação das ações específicas de prevenção. A partir de 2010, surge uma nova ação que faz alusão específica ao "enfrentamento ao crack" que, à exceção de 2012, conta com aportes significativos em todos os anos. Nos anos de 2013 e 2014 uma quarta e quinta ações passam a ser contempladas com recurso com a denominação específica de "Prevenção" e "Política sobre Drogas".

Vale destacar que os aportes expressivos de recursos a partir de 2013 também se relacionam ao financiamento de vagas em comunidades terapêuticas (CT) para tratamento de usuários. O financiamento de vagas em CTs já era prática corrente em alguns estados. No entanto, por pressão das entidades nacionais que as representavam e parlamentares da então base do governo, foram estabelecidos procedimentos mínimos necessários para o financiamento de vagas, os quais foram definidos em edital. No ano de 2015, mesmo com debates acalorados sobre

a inclusão desse dispositivo na rede de cuidados e forte oposição, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas[6] - Conad formalizou a regulação das CTs.

Tabela 1: *Evolução dos gastos relativos ao Programa 0665 - Gestão da Política Nacional Sobre Drogas no período de 2005 a 2014 (todos os valores em R$1,00)*

Ano	Valor Global	Capacitação	Apoio a projetos	Enfren-tamento	Prevenção	Política Pública
2005	2.095.159,12	103,10	1.446.992,40	-		
2006	3.409.536,58	730.342,10	2.080.239,15	-		
2007	3.744.521,42	797.089,49	2.394.972,48	-		
2008	4.640.563,67	1.030.990,01	2.098.565,11	-		
2009	4.718.236,03	388.951,96	3.415.547,12	-		
2010	5.210.960,35	691.824,98	3.157.551,37	985.531,00		
2011	19.113.740,36	1.687.585,65	3.364.964,07	12.498.279,84		
2012	6.881.563,89	4.875.587,44	610.299,48			
2013	36.198.869,39	27.975.474,03	698.378,98	3.455.191,94	2.211.715,45	1.858.108,99
2014	90.027.124,35	4.837.881,52	-	47.941.127,13	25.418.358,52	11.829.757,18

Fonte: Elaborado pelas autoras.

**Nota*. Valor Global: Valor Global do Programa/Ação; Capacitação de Agentes: Capacitação de Agentes do Sistema Nacional Antidrogas; Apoio a projetos: Apoio a projetos desenvolvidos para redução da demanda e oferta de drogas; Enfrentamento: Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.

Notas Finais: um caminho interditado?

As premissas da Política Nacional sobre Drogas, dos Planos de Enfrentamento ao Crack e do Programa Crack, é Possível Vencer, definem um direcionamento para a perspectiva de reconhecer a pessoa que faz uso prejudicial de drogas como alguém a ser tratado de forma intersetorial, incluindo a indução para a criação de políticas de habitação digna, no modelo *House First*. Desse modo, há um reforço para que as questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e mais especificamente às pessoas, deixem de ser tratadas pelo viés da justiça e passem a ser tratadas enquanto um problema social complexo a ser enfrentado com políticas públicas intersetoriais e políticas setoriais específicas

6 Conselho Nacional Antidrogas - CONAD é o órgão normativo e de deliberação coletiva do Sistema Nacional de Política sobre Drogas com atribuições definidas pelo Decreto n 5.912 de setembro de 2006 em seu Art. 4.

(Alves, 2009). O programa Crack, é Possível Vencer faz uma clara indução para que o planejamento governamental de diversos órgãos e esferas seja feito no sentido de incorporar e oferecer distintas ações no âmbito de suas competências de modo a buscar promover a integralidade no atendimento à população.

Como resultado desse processo, ao analisar o espaço destinado aos programas de prevenção na política sobre drogas no planejamento governamental no período de 2010 a 2015, é possível identificar uma mudança na destinação de esforços de governo e incremento de recurso orçamentários presentes nos Planos Plurianuais e Leis Orçamentárias Anuais do período estudado. As ações fragmentadas constantes no orçamento da SENAD e no PPA dão lugar a um programa específico no PPA 2016-2019. Com o título de *Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social*, o PPA reúne ações dos Ministérios da Justiça, da Saúde, da Assistência Social e Combate à Fome, da Educação, do Trabalho e da Previdência Social e da Secretaria de Direitos Humanos. Ainda, contempla quatro objetivos estratégicos: (i) fortalecer a prevenção do uso de álcool e outras drogas, com ênfase para crianças, adolescentes e jovens; (ii) articular, expandir e qualificar a rede de cuidado e de reinserção social das pessoas e famílias que têm problemas com álcool e outras drogas; (iii) promover a gestão transversal das políticas públicas relativas a álcool e outras drogas; e (iv) fomentar a rede de proteção de crianças e adolescentes e suas famílias com problemas decorrentes do uso e/ou do comércio ilegal de álcool e outras drogas.

Apesar do avanço ocorrido naquele momento, em 2018, observou-se um desmonte do que estava em processo de construção. Havia uma mudança de paradigma, de cultura no campo da prevenção do uso de drogas, com indução de ações reconhecidamente promotoras de saúde. Os programas não haviam sido avaliados na sua totalidade, demandando uma nova rodada de avaliações e adaptações. No entanto, a fragilidade dessa construção aponta para um retrocesso nessa ainda nascente política, com retorno fervoroso de estratégias pautadas na pedagogia do terror, desconsiderando a autonomia e singularidade dos sujeitos, as evidências científicas e os efeitos nocivos para crianças e comunidade de estratégias preventivas pontuais, sem acompanhamento avaliativo e midiáticos.

Esse texto cumpre o papel de demarcar a necessidade de uma política de prevenção do uso de drogas de forma ética e comprometida com os mais vulneráveis, que têm as drogas, muitas vezes, como a forma de lidar com a existência.

Essas políticas devem considerar dilemas brasileiros como desigualdades, injustiças sociais, inequidades, racismo e sexismos, que repercutem na forma como a sociedade nasce, vive e morre. Destarte, indica-se aqui a necessidade de continuidade e solidificação do processo de mudança de paradigma preventivo, reconhecimento da importância da pesquisa em prevenção e intervenções sólidas.

Lições aprendidas

- Mudanças de paradigmas requerem ações sistemáticas, planejadas, estruturadas e longitudinais, sempre acompanhadas de monitoramento e avaliação de processo e de resultado.
- É mister o registro de experiências e implementação e desenvolvimento de políticas governamentais.
- Os determinantes sociais em saúde devem ser considerados no desenvolvimento da política de prevenção e no campo da prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas. E, em especial, no Brasil, o quesito raça/cor.
- O Governo Federal é um importante indutor e fomentador da política de prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- O Programa Crack, É Possível Vencer atuou na coordenação intersetorial para o desenvolvimento de ações integradas de prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- A adoção de programas de prevenção baseados em evidências na política pública sobre drogas é fundamental para mitigar efeitos iatrogênicos.
- A destinação de recursos públicos, via planejamento orçamentário anual dos três níveis de governo, deve ser assegurada de modo a permitir a realização de programas permanentes de prevenção, além da realização de pesquisas para assegurar a avaliação e a efetividade das ações.

Referências

Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(11), 2309-2319.

doi: 10.1590/S0102-311X2009001100002

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (2003). *Plano Plurianual 2004-2007: Projeto de Lei*. Recuperado de https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2004-2007/ppa-2004-2007/proposta/anexo1.PDF

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Sobre Drogas (2011a). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasi*l. Recuperado de https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2004-2007/ppa-2004-2007/proposta/anexo1.PDF

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (2007). *Plano Plurianual 2008-2011*. Recuperado de https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2008-2011/081015_ppa_2008_mespres.pdf

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (2012). *Plano plurianual PPA 2012-2015.* Recuperado de https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (2015). *Plano plurianual PPA 2016-2019.* Recuperado de https://www.gov.br/economia/pt-br/arquivos/planejamento/arquivos-e-imagens/secretarias/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019-ascom-3-1.pdf

Brasil. Ministério da Justiça. *Cartilha Crack, é Possível Vencer* (2013). Recuperado de http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20_possivel_vencer_estrategia_completa.pdf.

Decreto Federal n.º 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

Decreto Federal n.º 7.637, de 8 de dezembro de 2011 (2011). Altera o Decreto n.º 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm

Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime – UNODC (2013). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas.* Recuperado de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf.

Lima, C. H. de, Morais, D. R. D., Nishimura A. N., Valiante, L., Lopes, A. F., & Fernandes, F. B. G.

(2015) A Política nacional para álcool, crack e outras drogas no Rio de Janeiro e o retorno da racionalidade punitiva. *Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica, 7*(3), 582-598. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337341518009

Peres, G. M., Grigolo, T. M., & Schneider, D. R. (2017). Challenges of the intersectoral approach in the implementation of a program for the prevention of drug abuse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *37*(4), 869-882. doi: 10.1590/1982-3703003272016

Pavani, R. A. B, Silva, E. de F., & Moraes, M. S. de (2009). Avaliação de informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *2*(2),204-210. doi: 10.1590/S1415-790X2009000200010

Portaria Interministerial n. 1.911, de 8 de agosto de 2011 (2011). Estabelece o Programa Saúde na Escola (PSE). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri1911_08_08_2011.html

Ribeiro, A. L., & Lorenzo, C. F. G. (2021). Aportando a lente da questão racial para potencializar a prevenção do uso prejudicial de drogas. In S. Abreu, S. G. Murta, V. P. Rocha, & N. P. Pinheiro-Carozzo (Orgs.). *A experiência brasileira de prevenção escolar e comunitária do uso de álcool e outras drogas: registro histórico de adaptação, implementação e avaliação entre 2013-2018* (pp.66-88). Porto Alegre: Editora Rede Unida.

Santos, J. A. T., & Oliveira, M. L. F. (2013) Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Saúde & Transformação Social, 4*(1), 82-89. http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1909/2482

Teixeira, I. B. A. (2015). *Expurgos urbanos: epidemia e gestão penal na política de enfrentamento ao crack*. (Dissertação Mestrado). Recuperado de https://repositorio.unb.br/handle/10482/19062

Valério, A. L. R., & Nascimento, W. F. (2017). Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua. *Revista Latino Americana de Bioética,* 17(33-2), 63-75. doi: 10.18359/rlbi.2677

Valério, Andréa L. R, Pedroso, R. T., & Garcia, L. S. L. (2017). Prevenção do uso prejudicial de Drogas. In *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos* (pp. 3653 - 3675). Salvador-Brasília: EDUFBA-ABRAMD.

Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência, 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil.* Rio de Janeiro: Flacso Brasil.

Waiselfzs, J. J. (2013). *Homicídios e juventude no Brasil – mapa da violência*. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República.

CAPÍTULO 2

DIRETRIZES, MODELOS DE GESTÃO E PERFIL DE COMPETÊNCIAS

Silvana Solange Rossi
Roberta Peixoto Ataides
Clarisse Moreira Aló
Deborah Kênia Castro

Resumo

Durante os anos de 2012 e 2017, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), trabalhou em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) na identificação, adaptação, implementação e geração de evidências de programas de prevenção ao uso indevido de drogas entre crianças e adolescentes. A partir da experiência com a gestão da implementação dos Programas Elos: Construindo Coletivos, #Tamojunto e Famílias Fortes em 2016 e 2017, no âmbito da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do MJSP, foi possível traçar um perfil de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para um profissional que venha a atuar nessa área. Ademais, construir um modelo de gestão interfederativa, intersetorial e descentralizada para a implementação dos programas. Este envolve a identificação de Formadores ligados ao Governo Federal, Articuladores nos estados e Multiplicadores Locais nos municípios. Quanto ao perfil dos profissionais, este difere de acordo com o papel na equipe, mas para todos eles, é necessário que haja afinidade com o paradigma de prevenção focado nas pessoas e na construção e realização de seus projetos de vida e não focado nas substâncias.

Palavras chave: política pública, gestão de recursos, gestão em saúde, promoção da saúde, saúde mental

Introdução

Entre 2016 e 2018, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) era a principal responsável pela política sobre drogas no governo federal brasileiro, inclusive pelas ações relacionadas à prevenção[7]. Nesse mesmo, período a SENAD contava com três diretorias, entre elas a Diretoria de Articulação e Projetos (DAP), em que se inseriam outras três coordenações: Coordenação-Geral de Pesquisa e Formação (CGPF), Coordenação-Geral de Cuidado e Reinserção Social (CGCRS) e a Coordenação-Geral de Prevenção (CGP). Segundo o Decreto nº 9.150 de 2017, que estabeleceu essa estrutura, eram competências da SENAD: "articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e de dependentes de drogas e as atividades de capacitação e treinamento dos agentes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas" (Decreto nº 9.150 de 2017, p. 13).

No âmbito da prevenção, a partir de iniciativa do Ministério da Saúde (MS), o Governo Federal trabalhou entre 2012 e 2017 na identificação e consolidação de estratégias de prevenção do uso indevido de drogas baseadas em evidências científicas. Essas estratégias de prevenção têm como ponto principal a promoção da saúde e o fortalecimento dos fatores de proteção focados em crianças e adolescentes em idade escolar, bem como entre famílias com filhos entre 10 e 14 anos de idade nas escolas e na comunidade.

Neste contexto, em 2013, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o Governo Federal selecionou três programas de prevenção do uso indevido de álcool, tabaco, crack e outras drogas com êxito internacionalmente comprovado: *Unplugged, Good Behavior Game* e *Strengthening Families Program.* Os programas escolhidos seguem as orientações das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do uso de Drogas, desenvolvido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2013).

Para implementar os programas no Brasil, foram realizados estudos de relevância cultural com o apoio de universidades federais brasileiras a fim de identificar e realizar ajustes de adaptação cultural (Sanchez et al., 2017;

7 Em 2019 as ações no âmbito da prevenção do uso indevido de drogas passaram a ser de responsabilidade do Ministério da Cidadania.

Schneider et al., 2016). A partir desses estudos, nasceram as versões nacionais dos Programas. #Tamojunto, indicado para adolescentes de 13 e 14 anos em escolas públicas (corresponde ao *Unplugged*); Programa Elos: construindo coletivos, para crianças de 6 a 10 anos em escolas públicas (*Good Behaviour Game*); e Programa Famílias Fortes, para famílias com adolescentes de 10 a 14 anos em equipamentos da assistência social (*Strengthening Families Program*).

A partir da experiência na implementação dos três Programas, ficou claro para a equipe da SENAD a necessidade de qualificar o processo de trabalho e de identificar as principais competências desejáveis para um profissional envolvido na implementação de programas de prevenção. Isso porque, a partir da prática da implementação, observou-se que as competências desejáveis da equipe, tanto responsáveis pela coordenação quanto pela formação dos profissionais no campo, tinham bastante influência no engajamento e desempenho dos profissionais de educação e saúde que conduziam as atividades dos Programas com os beneficiários. Foram realizadas oficinas com a equipe da CGP envolvida nos Programas, para o levantamento de informações, tais como identificação de papéis, atribuições e responsabilidades de cada ator da equipe. Foi utilizada uma metodologia participativa que facilitasse as contribuições dos trabalhadores na reflexão e construção coletiva dos perfis dos atores elencados na cadeia de implementação de programas de prevenção.

Para a construção do mapa do perfil de competências, utilizou-se a moderação móvel aplicada ao processo grupal participativo. Tal metodologia consiste num conjunto de referenciais teórico-metodológicos que embasam e sustentam categorias como participação, democracia participativa e produção de sujeitos e subjetividades aplicáveis a diversos contextos, tendo a coleta de ideias e a moderação como ferramentas, além da visualização móvel em painéis de construção coletiva (Pfeiffer, 2006).

Dessa forma, grande parte do que foi descrito nesse capítulo é decorrente das oficinas e da experiência das autoras como componentes da equipe responsável pela gestão da implementação dos Programas de Prevenção no âmbito da SENAD. Pretende-se discutir neste capítulo, o papel da SENAD no cumprimento de ações de prevenção ao uso problemático de substâncias durante a implementação dos Programas Elos, #Tamojunto e Famílias Fortes, entre 2016 e 2017. Foi nesse

período que os programas foram implementados pela equipe de prevenção da SENAD, colocando em evidência os modelos e parâmetros utilizados para gerenciar o processo de trabalho da equipe frente aos desafios encontrados no contexto das políticas públicas brasileiras, enfatizando as competências dos trabalhadores da prevenção neste ciclo de implementação. Parte das fontes citadas no decorrer do capítulo correspondem a documentos institucionais produzidos pela equipe e utilizados como referência naquele período para construção da gestão da implementação dos Programas de Prevenção.

O paradigma internacional de prevenção e a perspectiva brasileira entre 2012 e 2018

O UNODC organizou, em 2013, a primeira versão de um documento que reúne uma série de diretrizes de prevenção ao uso de drogas. Essas diretrizes internacionais recomendavam estratégias que fortalecessem os fatores de proteção, com foco no desenvolvimento de habilidades para vida, especialmente de crianças e adolescentes. Estratégias como: aumento da capacidade de manejar as próprias emoções, desenvolvimento da criatividade e do pensamento crítico, desenvolvimento e fortalecimento da autonomia para a resolução de problemas e tomadas de decisão mais assertivas. Ainda nessa mesma perspectiva, há a indicação de que o fortalecimento dos vínculos familiares é um importante fator de proteção para a prevenção do comportamento de risco para o uso problemático de álcool e outras drogas, em especial, entre o público adolescente (UNODC, 2013)

Por outro lado, o documento de diretrizes do UNODC (2013) aponta pesquisas nas quais se demonstra que as iniciativas pontuais e sem continuidade, a ausência de rigor metodológico no planejamento e avaliação, a ausência de sistemas de registro dos processos e dos resultados atingidos, dentre outros fatores, não favorecem o desenvolvimento de ações que efetivamente se revelem como protetivas. As pesquisas citadas nas diretrizes do UNODC (2013) também indicam que intervenções pautadas somente na disponibilização pontual de informações, por meio de palestras e seminários, por exemplo, e que não favoreçam o protagonismo do público alvo, não se mostram eficientes e não produzem impactos significativos para as pessoas e suas comunidades.

A participação dos diversos atores (governos, sociedade civil, pessoas que usam drogas, familiares) no encaminhamento de ações necessárias relativas à prevenção, desponta como aspecto decisivo para a sustentabilidade de ações consistentes. Onde, quando, como, quanto, com quem e por que agir compõem um plano de conexão comum para que medidas preventivas tenham mais efetividade (UNODC, 2013).

O assunto do consumo de drogas e as suas problemáticas são objeto de intenso e variado debate, particularmente acerca dos mecanismos determinantes ou causais, em relação aos quais há mais de uma centena de modelos explicativos, mas pouco consensuais. Não é diferente quando se trata de prevenção. Existe uma enorme dispersão entre os diversos setores envolvidos que lidam com este assunto a respeito dos modos de compreensão do fenômeno e de como fazer prevenção.

A ação preventiva supõe um entendimento sobre a sequência de fatores que produzem o fenômeno que se necessita prevenir. Com esta sequência temporal como referência, é possível desenhar ações em pontos que antecedem a eclosão do fenômeno. Nem sempre, contudo, impedir a ocorrência do problema é a primeira providência possível. Em casos nos quais o consumo de álcool e outras de drogas por crianças e jovens já está ocorrendo, reduzir os problemas relacionados a esse consumo, quando não há meio de impedi-lo, é a intervenção necessária. Em casos em que a experimentação é iminente, postergá-la é também uma medida preventiva dos problemas relacionados ao consumo.

A experiência e a ciência mostram que tentativas e métodos de impor lei e regras de maneira coercitiva, para prevenir ou coibir o consumo de drogas por crianças e jovens, não surte o efeito desejado. Para que uma criança ou jovem decida pelo não uso é preciso ir além das normativas e atuar na dinâmica das comunidades onde seus principais valores são criados (UNODC, 2013).

É possível que familiares consumam substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) regularmente na presença de seus filhos ou integrantes do grupo de amigos. Se a criança ou jovem se identifica com seus familiares ou grupo de amigos e com seus valores e identidades, qualquer proposta que tente impor conceitos em que as drogas sejam vistas como "grande mal" corre o risco de colocá-los contra seus pares e fragilizá-los. Paradoxalmente, isso pode colocá-los em risco de desenvolver problemas relacionados ao consumo dessas mesmas substâncias.

Programas e ações de prevenção alicerçados na "transmissão" de informação como recurso para mudar comportamento das pessoas têm pouco efeito comprovado. Ademais, a informação necessita ser relevante e aplicável às experiências cotidianas das pessoas que são alvo do programa. Se somente a informação já é um recurso com efeito reduzido, a informação isolada de um contexto tem se mostrado uma estratégia ineficiente. Programas interativos são pelo menos duas vezes mais efetivos do que programas não interativos e requerem facilitadores habilitados no manejo de grupo. Programas interativos devem ser implementados de modo a promover o intercâmbio de ideias entre os participantes (UNODC, 2013).

O compromisso ético a ser assumido pelos diversos setores da sociedade é necessário para que se evite a difusão de estratégias pouco eficazes ou que venham a produzir precisamente aquilo que se procura evitar. Assim, programas considerados eficazes devem investir na promoção de habilidades de vida, de hábitos saudáveis, de pensamento crítico e de afirmação da cidadania para fazer prevenção de modo eficaz e ético (UNODC, 2013).

Em 2016, a SENAD organizou um documento técnico-político-institucional definindo o escopo de uma política pública sobre drogas. Nele, a SENAD afirmava que o foco da política sobre drogas deveria ser as pessoas e não as substâncias. Ainda, enfatizava que não existe apenas uma forma de oferta de cuidado e que todas as pessoas que busquem equipamentos públicos que ofereçam cuidado relacionado ao indevido de drogas devem ser acolhidas e respeitadas. Afirmava também ser importante que sejam desenvolvidos programas de prevenção baseados em evidências científicas e que sigam preceitos éticos (SENAD, 2016).

Sobre populações vulneráveis, a SENAD declarou no documento que a política sobre drogas deve ser integral e que viver em condições sociais privilegiadas não impede o uso indevido de drogas, mas que, no entanto, viver em situação vulnerável certamente agrava as suas consequências. Nesse tópico do documento, a SENAD ainda afirmava que a guerra às drogas, em geral, se configura como uma guerra contra as pessoas e que o uso de drogas precisa ser abordado de forma intersetorial no âmbito das políticas públicas. Por fim, o documento destacava a necessidade de implementar uma política sobre drogas baseadas em evidências

científicas, considerando o fomento e o financiamento de pesquisas pré-clínicas, clínicas, epidemiológicas e relacionadas a prevenção (SENAD, 2016).

A tomada de decisões baseadas em evidências científicas, bem como a defesa incondicional da ética e dos direitos humanos, devem ser princípios norteadores de todas as ações de prevenção. Na política sobre drogas brasileira, esses princípios podem ser identificados, conforme resumo apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: *Diretrizes de prevenção da SENAD (Conselho Nacional Antidrogas, 2005):*

1. Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.
2. Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.
3. Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.
4. Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID*, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de "boas práticas" existentes no Brasil e em outros países.
5. Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.
6. Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.
7. Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção ao uso indevido de drogas.
8. Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção ao uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.
9. Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

Fonte: Resolução CONAD nº 3 de 27/10/2005.

* Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

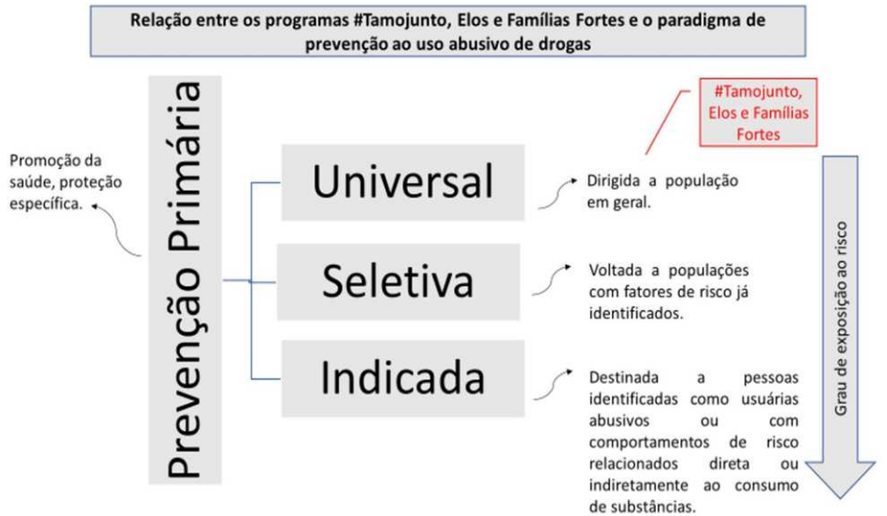
O modelo de prevenção ao uso indevido de drogas dos programas #Tamojunto, Elos, construindo coletivos e Famílias Fortes

O modelo de prevenção no qual se baseiam os Programas Elos, #Tamojunto e Famílias Fortes se divide em três níveis: primária, secundária e terciária, e em três tipos: universal, seletiva e indicada. Em relação aos níveis, a prevenção primária se refere à promoção da saúde e à proteção específica, a prevenção secundária está relacionada ao diagnóstico e ao tratamento precoce e a limitação da invalidez, já a prevenção terciária se refere à reabilitação (SENAD, 2014).

Em relação aos tipos, a prevenção universal é dirigida à população em geral, sem qualquer estratificação de grupos por fatores de risco. São exemplos, as propagandas de incentivo a adoção de um estilo de vida mais saudável veiculadas na mídia. A prevenção seletiva é voltada para populações com alguns fatores de risco para o uso problemático de drogas já identificados, destinada mais a sujeitos com maior risco de consumo do que para pessoas que já consomem drogas. Podem ser, por exemplo, programas realizados em escolas localizadas em regiões de alta criminalidade e oferta de drogas, identificados como fatores de risco. E, por fim, a prevenção indicada se refere a intervenções destinadas a sujeitos identificados como usuários problemáticos ou com comportamentos de risco relacionados direta ou indiretamente ao consumo de substâncias e a programas de redução do consumo de drogas e dos danos relacionados ao nível de consumo e melhoria da qualidade de vida e reinserção social (SENAD, 2014).

Pode-se afirmar que os Programas #Tamojunto, Elos e Famílias Fortes se enquadram como estratégias de prevenção primária universal. A figura 1 ilustra a relação desses três programas com o paradigma de prevenção apresentado.

Figura 1: *Relação entre os programas e o paradigma de prevenção*



Fonte: Elaboração das autoras.

Os Programas #Tamojunto, Elos e Famílias Fortes possuem características que, segundo o documento Diretrizes Internacionais de Prevenção ao Uso de Drogas (UNODC, 2013), fazem com que eles tenham resultados positivos para prevenção. Em síntese, de acordo com o UNODC, essas características são:

- Intervenções baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis;
- Intervenções direcionadas ao aumento dos fatores de proteção e diminuição de fatores de risco;
- Intervenções nos primeiros estágios de vida;
- Abordagens que buscam respostas equilibradas e com consequências aceitáveis para o comportamento;
- Intervenções multimodais que envolvam crianças, jovens, famílias, escolas, serviços, pares e comunidades;
- Abordagens sistêmicas de terapia;
- Desenvolvimentos de habilidades de vida;
- Abordagens coletivas e participativas;
- Atenção prioritária aos determinantes sociais; e
- Mudança de hábitos e de culturas.

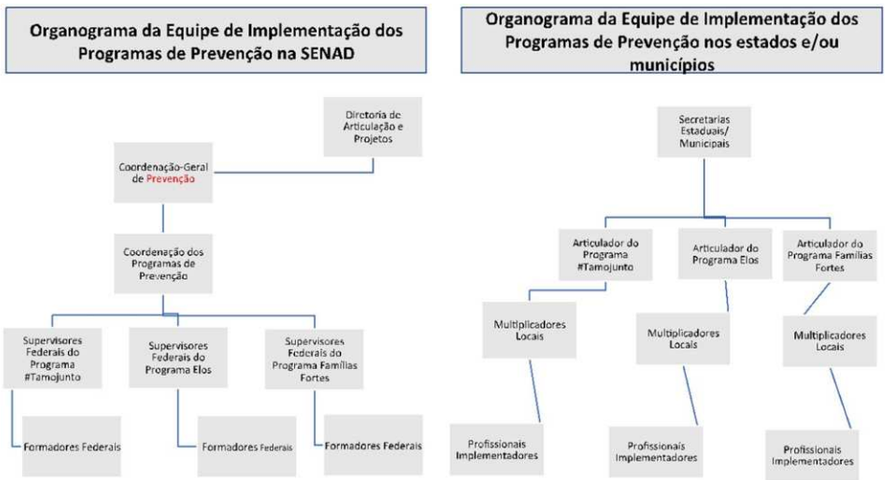
Modelo de implementação dos programas de prevenção pela SENAD

Em 2016 e 2017, a SENAD contava com uma equipe dedicada a implementação dos Programas #Tamojunto, Elos e Famílias Fortes em alguns estados brasileiros. O organograma, o modelo de funcionamento da equipe e da gestão da implementação das estratégias nos anos citados no decorrer desse capítulo foram elaborados pela equipe de prevenção da SENAD com estreita colaboração do Ministério da Saúde.

A equipe de implementação era composta por um grupo de pessoas em Brasília, formada por coordenação e supervisores, e outro grupo sediado nos estados, composto por Formadores Federais que implementavam os Programas. Além disso, a estrutura da equipe também contava com a figura dos Articuladores e Multiplicadores Locais, que eram profissionais dos governos locais, em geral, da saúde, da educação e da assistência social, indicados pela gestão estadual ou municipal. Os Articuladores tinham a função de atuarem como uma espécie de coordenador local de cada um dos Programas e eram o elo entre a gestão dos Programas no governo federal e a implementação no estado ou município. Já os multiplicadores locais eram profissionais do estado e/ou município que eram formados pelos Formadores Federais, em um processo com duração de cerca de um ano, para posteriormente formarem os profissionais (professores, assistentes sociais e profissionais de saúde) que implementavam os Programas com as crianças, adolescentes, jovens e suas famílias.

É interessante destacar que não havia relação de subordinação entre as equipes federais e estaduais/municipais na realização do trabalho, conforme preconizado na gestão interfederativa. Entretanto, havia a necessidade de trabalho articulado para que as etapas do processo de implementação e execução dos Programas fosse realizado. A Figura 2 traz o organograma da equipe envolvida na implementação dos programas.

Figura 2: *Organograma das equipes de implementação.*



Fonte: Elaborado pela equipe de prevenção da SENAD em colaboração com o Ministério da Saúde.

Os desafios da gestão interfederativa

O Brasil é um país federalista, ou seja, o exercício do poder é dividido nas esferas federal, estadual e municipal. Cada uma dessas esferas de poder tem competências distintas, porém, é necessário implementar ações coordenadas entre os entes federativos de forma a garantir o exercício dos direitos sociais dos cidadãos em todas as partes. O chamado federalismo cooperativo se caracteriza por usar mecanismos de ação coordenada, como acordos intergovernamentais, para implementação de programas com financiamento conjunto. No federalismo cooperativo, existe uma inovação nos poderes de decisão entre os níveis de governo em prol de uma forma mais ou menos complexa e formalizada de acordo intergovernamental (Peres et al., 2015).

Disso decorre a tendência de diminuição de políticas lideradas e implementadas por uma única esfera de poder, havendo, assim, a necessidade de reconhecer a interdependência e a coordenação de atividades governamentais entre os diferentes entes da federação. A coordenação e interdependência entre as distintas esferas de poder são construídas a partir da interação entre os entes

federados, sem se basear em uma pressão hierárquica. Essa cooperação não dirime os conflitos de competência, a concorrência, ou até mesmo a duplicidade de atividades entre as diferentes esferas de poder. Porém, a redução desses problemas passa pela construção de acordos políticos, que podem transitar por momentos de implementação de atividades ora de modo mais centralizado, ora de modo menos centralizado (Peres et al., 2015).

Segundo a própria natureza do Brasil, a cooperação entre entes da federação na implementação de políticas públicas deve assegurar a autonomia de cada esfera de poder e, simultaneamente, levar a ações coordenadas e efetivas do ponto de vista social. A gestão de políticas públicas compartilhada entre os entes da federação demanda a elaboração de processos de decisão compartilhados para o planejamento e implementação das atividades em prol do bem-estar da população (Peres et al., 2015).

Os desafios da gestão intersetorial

A intersetorialidade compreende a articulação política orientada à integração entre setores governamentais para solucionar problemas complexos (Cunill-Grau, 2014). O conceito de intersetorialidade adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é complementar:

> articulação entre os setores governamentais, em especial a saúde e a educação, no planejamento, execução e avaliação de ações conjuntas a fim alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (World Health Organization [WHO], 1997, p.3)

Tomando os dois conceitos como referência, podemos afirmar que as ações intersetoriais oportunizam a atenção integral e inclusão social que, no contexto da prevenção, excedem os limites da escola/serviço propriamente dito, abrangendo seu território e toda a comunidade. No tocante à complexidade da prevenção aos problemas decorrentes do consumo abusivo de drogas, não é possível ser assegurado por um único setor isoladamente.

Dentre os obstáculos à intersetorialidade, segundo Cunill-Grau (2014), estão a diferença de poder entre os setores, a fragmentação institucional e

de conhecimentos, e a visão de mundo/cultura são fatores obstaculizadores evidenciados na esfera federal. Os diversos territórios também apresentam singularidades nos contextos institucionais e políticos e, portanto, os desafios da intersetorialidade e sua gestão são permanentes. No Brasil, essa complexidade se torna um desafio maior tendo em vista a garantia constitucional de direito à saúde, desenvolvimento e proteção de crianças e adolescentes.

A implementação das políticas públicas é um processo político, tal qual o processo de formulação. Ocorrem negociações e decisões cujos impactos significativos e complexos no âmbito dos estados federados, que precisam lançar mão de mecanismos de coordenação decisória e incentivos à cooperação para a implementação das políticas de amplitude nacional que são formuladas, em função das características de autonomia na relação interfederativa (Ximenes, 2018).

Tratando especificamente do caso brasileiro, a autonomia formal dos estados e municípios não tem garantido relações horizontais na relação interfederativa. A existência de maior aporte de recursos na esfera federal, fortalece sua posição privilegiada em relação aos outros dois níveis de governo, no que diz respeito à tomada de decisão sobre as políticas. Nesse sentido, a concentração de autoridade e/ou a adoção de estratégias de coordenação das políticas públicas por parte do Governo Federal brasileiro tem influenciado nos campos da coordenação e cooperação (Ximenes, 2018).

Podemos afirmar que é mais fácil fazer acontecer a intersetorialidade nos territórios do que no nível federal. Esse valor é inestimável já que está próximo aos seus destinatários, à sociedade e à comunidade.

Portanto, no contexto das políticas sociais públicas, a intersetorialidade na prevenção amplia o convite à criação e experimentação de diferentes modelos de gestão intersetorial e em rede, buscando experiências e modelos brasileiros e internacionais. Apostar na transversalidade, por meio de instrumento intraorganizativo que não afeta os níveis de gestão setoriais e dizem respeito a temas não assegurados de forma vertical/setorial no contexto das políticas sociais de direitos (Cunill-Grau, 2014), pode ser uma solução viável neste contexto brasileiro atual

Os desafios da gestão descentralizada

O processo de democratização do Estado brasileiro, por meio da descentralização político-administrativa, participação e controle social, significou a consolidação de um novo modelo de gestão pública. Nessa perspectiva, entende-se por gestão descentralizada e participativa, a gestão intergovernamental, mediante divisão de responsabilidades entre a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na condução e financiamento do conjunto das ações das políticas públicas, de maneira complementar e cooperativa, com a participação da sociedade civil, por meio dos conselhos que atuam diretamente na formulação, definição e acompanhamento das políticas sociais e controle na aplicação dos recursos (Rocha, 2009).

Nessa ótica, a governabilidade social democrática, participativa e controlada exige habilidades técnicas e políticas sofisticadas do Estado, para assegurar o processo de descentralização. O sistema descentralizado e participativo é definido por Uga (1991) como:

> um processo de distribuição de poder que pressupõe, por um lado, a redistribuição dos espaços de exercício de poder ou dos objetos de decisão – isto é, das atribuições inerentes a cada esfera de governo e, por outra, a redistribuição dos meios para exercitar o poder, ou seja, os recursos humanos, financeiros, físicos (Uga, 1991, p. 97).

Considerando a realidade das ações e Programas de Prevenção que foram coordenados no âmbito da SENAD, a gestão descentralizada também assumiu responsabilidades da gestão do trabalho dos Formadores Federais, residentes nos territórios e pertencentes à Equipe Federal. A centralização de poder e decisão dificulta muito o andamento dos processos de trabalho e o alcance dos resultados esperados. Porém, ainda há organizações ou gestores/gerentes/líderes que não depositam total confiança em sua equipe e centralizam as decisões, fator que torna os trabalhadores dependentes de suas ações.

Além desses fatores diretos, os conflitos entre os trabalhadores são frequentes, pois acabam por competir entre si para ver quem mostrará mais eficiência ao conseguir uma decisão positiva do "chefe". Sendo assim, a competição

interna, que deveria ser positiva, acaba por trazer discórdia e indiferença no ambiente de trabalho – fato que interfere, quase que diretamente, na produtividade do indivíduo e da equipe.

Uma outra implicação da gestão centralizada é o seu impacto na saúde dos trabalhadores. Para Dejours (1986), o trabalho exerce papel fundamental na vida e na saúde. Dejours (1986) conceitua saúde como um processo fluido, de transformações constantes onde há várias implicações fisiológicas, psicopatológicas e psicossomáticas. De tal modo que a saúde é, antes de tudo, um alvo a ser atingido, um processo que deve ter sempre em vista a possibilidade de mudança que é inerente ao comportamento humano e não a estabilidade. Além disso, propõe considerar três níveis de realidade: a realidade do ambiente material (física, química, biológica), a realidade afetiva, relacional e familiar (psicológica) e a realidade social (organização do trabalho).

No que se refere a organização do trabalho, Dejours (2004) descreve como as atribuições são determinadas, divididas e distribuídas, além da concepção das prescrições do trabalho e como estas são fiscalizadas, considerando-se o controle, a ordem, a direção e a hierarquia. Mendes (2008), define a organização do trabalho como divisão de tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho. Esse cenário favorece a percepção de uma organização do trabalho segmentada em divisão do trabalho – modo de fazer; distribuição das tarefas e divisão dos homens – relacionado à hierarquia, responsabilidades e relação de poder. Como as condições do trabalho têm reflexos no corpo e na mente do trabalhador, a organização do trabalho pode desestabilizar o sujeito. Portanto, interferir na organização do trabalho, segundo Mendes (2008), colabora para o alcance da saúde, uma vez que garante ao sujeito a possibilidade de agregar sentido ao sofrimento, sem, no entanto, anulá-lo.

Para Dejours (2004), o aparecimento do sofrimento deve-se a impossibilidade no diálogo entre organização do trabalho e o trabalho prescrito imposto ao sujeito. Sendo que, a intensidade deste sofrimento amplia-se à medida em que a organização do trabalho preza a obrigatoriedade da realização do trabalho prescrito, ignorando a inventividade, possibilidades no modo de fazer, considerando-se a presença constante de uma incongruência entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para a psicodinâmica do trabalho, o trabalho prescrito são as normas, o modo de fazer; os procedimentos são as pressões do

modo operatório; o real, por sua vez, trata-se do equilíbrio entre o conhecimento técnico e a possibilidade do concretizar. A mobilização subjetiva engajada pelo sujeito pode contribuir para o fortalecimento das mobilizações espontâneas das inteligências e das personalidades diante da organização do trabalho, este conceito está relacionado com a dinâmica de contribuição e retribuição.

Para tanto, a organização do trabalho deve viabilizar um espaço para a possibilidade de (re)construção da subjetividade e do coletivo. Assim, descentralizar a gestão promove maior governabilidade e favorece tanto o trabalho como o trabalhador.

Este modelo de gestão centralizadora é muito presente em organizações governamentais por guardar resquícios culturais da colonização e da influência de modelos empresariais internacionais adotados sem a devida aculturação. Nesse sentido, a adoção de modelos de gestão descentralizada, intersetorial e interfederativa para a prevenção é um grande desafio de mudança de paradigma, e não apenas da incorporação de novas tecnologias de gestão.

Papel e atribuições da equipe de prevenção da coordenação geral de prevenção CGP/DAP/SENAD e o perfil de competências

A partir da compreensão das atribuições da SENAD acerca do que atualmente é considerado efetivo no campo da prevenção, de como o Brasil enxerga essa questão e de como foi a experiência da SENAD na implementação dos três Programas de prevenção baseados em evidências científicas, e, levando em conta os desafios já mencionados, neste tópico serão apresentadas a identificação das atribuições da equipe da CGP e as competências - conhecimentos, habilidades e atitudes - consideradas fundamentais para os profissionais que atuam na referida coordenação.

Segundo a Portaria nº 914 de 30 de outubro de 2017 (Ministério da Justiça, 2017, p.3-4), no que compete a estratégias de prevenção que não envolvem campanhas e que são relevantes para a discussão apresentada nesse capítulo, cabe à Coordenação-Geral de Prevenção da SENAD:

1. “Propor e fortalecer parcerias com instituições em geral com a finalidade de desenvolver projetos na área de prevenção e acompanhar ações, programas e projetos em desenvolvimento pelos diversos

centros de excelência na matéria tratada";

2. "Assessorar a Diretoria de Articulação e Projetos no estabelecimento e fortalecimento de parcerias com organizações públicas e privadas com a finalidade de desenvolver e implementar projetos na área de prevenção";
3. "Desenvolver, articular, coordenar, supervisionar e monitorar a implementação de ações, programas e projetos na área de prevenção, de acordo com as diretrizes e orientações da Política Nacional sobre Drogas";
4. "Propor, orientar, articular e coordenar a execução de estratégias e modelos de prevenção desenvolvidos ou apoiados pela secretaria"; e
5. "Propor estratégias para identificação e disseminação de metodologias consideradas boas práticas em organizações governamentais e não governamentais na área de redução da demanda de drogas".

Considerando o grau de abrangência e generalidade das atribuições acima descritas, a construção de um perfil de competências pode ser referência para o desenho e definição de um modelo de gestão descentralizada, intersetorial e interfederativa, partindo da complexidade das ações de prevenção definidas pelo paradigma e pressupostos que o embasa, seguida pelos desafios da gestão articulada e integrada dos setores envolvidos e suas respectivas responsabilidade na gestão governamental e de políticas sociais. Além disso, o perfil de competências pode servir para orientar: a avaliação de desempenho individual e coletivo (da equipe); a avaliação do trabalho da equipe; o recrutamento e seleção profissional; e a pactuação do processo de trabalho.

Nesse texto, o conceito de papel adotado na construção do perfil de competências da equipe de prevenção refere-se a menor unidade observável da conduta do indivíduo. Desempenhado por personagens encarnados por atores, conforme referência ao teatro grego, os papéis e personagens compõem o contexto dramático – cultural e o contexto social, nesta situação aqui descrita, contexto circunscrito à dimensão institucional. Assim, personagens podem ser protagonistas, antagonistas, coadjuvantes na situação de desempenho de seus papéis nos diferentes contextos (Moreno, 1993).

A Teoria dos Papéis fundamenta a crença de que toda ação humana é uma interação por meio dos papéis. O conceito de papel pressupõe uma inter-

relação em dois sentidos, sendo a representação teatral e a ação, suas funções sociais. O estudo dos papéis sociais abre ampla margem para a compreensão do indivíduo na sociedade, para o desenvolvimento de sua subjetividade e processos intersubjetivos. Nesse sentido, os papéis sociais são uma "forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos" (Moreno, 1993, p.27). No contexto profissional, os papeis desempenhados pelos indivíduos que ali atuam se referem à integração entre as características individuais e as relações grupais que operam no trabalho em equipe (Moreno, 1993).

Quando falamos de ação, papéis sociais, cultura e personalidade, buscamos algo que enrede todos esses fios em um tecido chamado vínculo, grupo e sociedade, tendo a afetividade como núcleo gerador das redes sociais, ou seja, aquilo que direciona e motiva o ser humano para a formação dos vínculos. Partindo deste referencial de vínculos e papéis do Psicodrama de Moreno, a construção coletiva de ideias acerca do trabalho e do fazer prevenção nos territórios sob responsabilidade da SENAD resultou numa linha de base do perfil de competências da Equipe de Prevenção, necessária ao desenvolvimento do projeto, já que este seria implementado em diferentes municípios.

A produção do perfil de competências do referido grupo foi resultado de uma construção coletiva com a participação de todos os membros da equipe de prevenção, cujo objetivo foi orientar e organizar o processo de trabalho, o processo de avaliação de desempenho e o modelo de gestão descentralizada, intersetorial e interfederativa da CGP. Esse perfil traduz um conjunto de capacidades necessárias ao exercício de uma prática profissional considerada competente pelos membros da equipe. Esta considerou que a combinação em ato das capacidades requeridas e seus resultados num determinado contexto, determinam a qualidade da prática profissional. O perfil de competências desejado pode ancorar o desenvolvimento singular de diferentes combinações dos desempenhos, produzindo resultados de sucesso e valorizando o estilo pessoal dos trabalhadores, membros da equipe.

Essa concepção de competências, relatada por Gonczi (1996), é uma abordagem dialógica que considera a história das pessoas e das sociedades nos processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores. O perfil é representado pela articulação das áreas de competências, as áreas que delimitam

o escopo de uma determinada atuação profissional, neste caso, da Equipe de Prevenção da SENAD.

Cada área de competência é representada por ações chave e detalhadas em desempenhos. Os desempenhos retratam a integração de capacidades cognitivas (conhecimento), psicomotoras (habilidades) e atitudinais (atitudes), colocadas em ação frente aos problemas e desafios profissionais relevantes. Desta forma, a competência profissional da equipe de prevenção da SENAD está representada, na Tabela 2, pela síntese articulada de três áreas de competências que resultam na combinação de desempenhos que definem o campo e o núcleo da atuação profissional (Campos, 2000), segundo contextos e padrões de excelência éticos, estéticos e científicos.

Segundo Campos, 2000:

> O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional (...) representando uma aglutinação de conhecimentos (...) que conforma um determinado padrão (...) de produção de valores de uso e o campo conforma um espaço de limites imprecisos onde cada (...) profissão buscaria em outras disciplinas apoio para cumprir suas tarefas técnicas e práticas (p. 220).

Tabela 2: *Linha de base do perfil de competências da equipe de prevenção.*

Área de Competência Gerencial: Gestão Política do trabalho da equipe, intersetorial e interfederativo	
Ações-chave	**Desempenhos Esperados**
Articular a gestão federal, estadual, municipal e redes locais para promover programas, projetos e ações de prevenção.	Articula e fortalece a rede intersetorial dos territórios, nos âmbitos da macro e micropolíticas, por meio de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, de forma participativa e compartilhada. Provoca, sustenta e promove ações integradas e articuladas de prevenção nos territórios.
Desenvolver e avaliar produtos e/ou processos técnico-científicos na gestão do trabalho intersetorial e interfederativo de prevenção.	Articula a construção de produtos e/ou processos técnico-científicos de prevenção em resposta aos problemas e oportunidades na gestão de ações, programas e projetos de prevenção. Negocia e pactua metas e etapas para desenvolvimento de produtos/processos/ações de prevenção, considerando a conjuntura, os recursos disponíveis e necessários, a construção de viabilidade e o comprometimento dos envolvidos. Promove a utilização e disseminação de tecnologias e inovações voltadas à agregação de valor na área da prevenção ao uso de drogas. Constrói e aplica modelos de planejamento, monitoramento e avaliação de tecnologias e ações de prevenção. Acompanha e avalia a implementação de programas, projetos e ações de prevenção, subsidiando a formulação de políticas sobre drogas.
Área de Competência Técnica: prevenção ao uso problemático de drogas	
Ações-chave	**Desempenhos Esperados**
Identificar necessidades de desenvolvimento de ações, programas e projetos de prevenção.	Promove investigações ampliadas sobre problemas prevalentes e relevantes nos fatores de risco e proteção relacionados ao consumo de drogas. Identifica potenciais aplicações das melhores evidências científicas, prioridades e oportunidades para a produção de processos e/ou produtos voltados à prevenção, considerando o paradigma de prevenção.
Desenvolver e avaliar produtos e/ou processos técnico-científicos na prevenção às drogas.	Desenvolve e aplica produtos e/ou processos técnico-científicos, de modo articulado à análise de problemas e oportunidades para a prevenção. Realiza revisão, adaptação e elaboração de todos os materiais didáticos utilizados nas ações, programas e projetos de prevenção.
Representar a instituição e ser reconhecido como referência técnica e política de prevenção.	Desenvolve papéis e vínculos afetivos orientados à sensibilização dos envolvidos, buscando o engajamento e corresponsabilização, e promovendo a disseminação do paradigma de prevenção.
Área de Competência Educacional: educação permanente e formação para a prevenção	
Ações-chave	**Desempenhos Esperados**
Identificar necessidades de educação e formação orientadas ao paradigma de prevenção.	Mostra disponibilidade, interesse e criatividade para identificação de necessidade de aprendizagem voltadas à prevenção. Promove a curiosidade, a independência intelectual e a capacidade de aprender a aprender ao longo da vida. Utiliza a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem, de criação e de inovação. Mostra persistência e paciência em relação aos diferentes tempos de aprendizagem das pessoas e equipes.

Promover e avaliar ações educacionais voltadas à prevenção do uso de drogas.	Busca, identifica e analisa criticamente as informações científicas nas bases bibliográficas especializadas. Promove e desenvolve ações educacionais voltadas à prevenção, respeitando o conhecimento prévio de cada um e levando em conta o contexto sócio cultural individual, da comunidade, dos equipamentos e serviços. Avalia processos, produtos e impacto nas ações educacionais voltadas à prevenção.
Apoiar a produção de conhecimentos e a realização de pesquisas aplicadas.	Fomenta e participa de pesquisas aplicadas à prevenção, e apoia a produção de conhecimentos, considerando princípios éticos, efetividade, eficiência, eficácia, qualidade e as diretrizes nacionais e internacionais. Utiliza metodologia científica para produção de novos conhecimentos baseados em evidências e promove a disseminação e aplicação do paradigma de prevenção ao uso de drogas.

Fonte: Elaboração das autoras.

A competência é, portanto, compreendida como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas e desafios da prática profissional em diferentes contextos. Assim, a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizadas para a realização de uma ação foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática de prevenção ao uso abusivo de drogas considerada competente. No caso do perfil da Equipe de Prevenção da SENAD as três áreas de competência que delimitam o escopo do trabalho da atuação profissional foram assim definidas pelos componentes da equipe:

- **Competência gerencial:** gestão política do processo de trabalho descentralizado, intersetorial e interfederativo;
- **Competência técnica:** prevenção ao uso indevido de drogas;
- **Competência educacional**: educação permanente e formação para a prevenção.

No que tange às principais ações da equipe, estas foram definidas pelos seus membros da maneira detalhada a seguir:

- **Ações locais.** Nos territórios, comunidades e serviços: planejamento, pactuação, implementação, monitoramento, avaliação e educação permanente. Equipe Descentralizada + Atores Locais + apoio da Supervisão e Coordenação.

- **Planejamento.** Nacional e local, participativo. Todos os membros da equipe participam.
- **Pactuação interfederativa.** Nacional, estadual, municipal e local. Todos os membros da Equipe participam em etapas diferentes.
- **Implementação.** Local, nos territórios. Formadores são responsáveis, acompanhados pela Supervisão e Coordenação.
- **Monitoramento.** Local e nacional. Formadores são responsáveis pelo monitoramento local. Supervisores são responsáveis pelo monitoramento nacional, acompanhados pela Coordenação.
- **Avaliação.** Local e nacional. Formadores são responsáveis pela avaliação nos territórios, com a participação dos atores locais. Supervisores e coordenação são responsáveis pela avaliação nacional, com a participação dos Formadores.
- **Educação permanente.** Aprendizagem em serviço; aprendizagem autodirigida, grupos de estudos; pesquisa bibliográfica; produção, sistematização e divulgação de conhecimentos.

Dessa forma, a competência profissional da Equipe de Prevenção da SENAD é entendida como a síntese das áreas de gestão, prevenção ao uso indevido de drogas e educação. A análise das capacidades de gestão, prevenção ao uso indevido de drogas e educação, com foco no trabalho da Equipe, orientou o desenho do modelo de gestão descentralizada, intersetorial e interfederativa da CGP, voltadas ao desenvolvimento dos desempenhos e ações chave que conformam o perfil desejado. Na Tabela 3, está um quadro-resumo das capacidades, habilidades e características necessárias para um bom desempenho de um indivíduo que venha a atuar em uma equipe de prevenção.

Tabela 3: *Capacidades desejáveis da equipe de prevenção*

Capacidades desejáveis da equipe de prevenção
Comunicação e desenvolvimento ativo de trabalho em equipe
Negociação e construção de pactos
Articulação e mobilização de coletivos, coordenação e gestão
Liderança e protagonismo

Resolubilidade, responsabilização e construção de vínculo
Afinidade com metodologias ativas de educação e prevenção
Atuação em colegiados de gestão
Afinidade/domínio de ferramentas de comunicação virtual

Fonte. Elaboração das autoras.

Considerações finais

O Brasil tem realizado esforços nas ações de prevenção do consumo de álcool e outras drogas, principalmente nos casos de crianças e jovens. Há ações locais que parecem ter resultados efetivos, entretanto, dizem respeito a populações específicas, inseridas em determinados contextos socioeconômicos e culturais e a iniciativas que normalmente não foram avaliadas. Assim, não oferecem dados baseados em evidências, o que limita sua possibilidade de aplicação em todo o território nacional.

A equipe de Prevenção da Coordenação Geral de Prevenção da SENAD, entre os anos de 2016 e 2017, realizou processos de trabalho e discussão de modo a interrelacionar as diretrizes internacionais de prevenção, conforme defendidas pelo UNODC, com o modelo de gestão interfederativo, intersetorial e descentralizado das políticas públicas brasileiras. Também foram realizados processos de trabalho que focassem na reflexão e construção de competências para o trabalho com prevenção, por meio de metodologias de planejamento participativo e gestão compartilhada. O resultado desse esforço empreendido foi uma ação com foco nos sujeitos envolvidos no processo/intervenção da prevenção: trabalhadores, gestores, usuários; comunidades, famílias, educadores, alunos; cidadãos, indivíduos e coletivos. Foram deslocados os objetivos institucionais para desfechos esperados nas pessoas e não só nas instituições, ampliando o foco social das ações.

Planejar políticas de prevenção ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas desafia os setores de saúde, educação, assistência social, justiça e outros que compõem o Estado a coordenar esforços na organização de uma rede intersetorial para lidar com os problemas relacionados ao consumo de drogas, legais ou ilegais, pela população.

Lições aprendidas

- Uma equipe que trabalha na gestão e implementação de programas de prevenção voltados para promoção de habilidades de vida demanda profissionais que estejam alinhados com o paradigma de prevenção focado nas pessoas e na consolidação dos seus projetos de vida e não nas substâncias;
- A equipe precisa estar inserida em um modelo de educação permanente que inclua o estudo das evidências mais recentes no campo da prevenção e técnicas de manejo de grupos;
- O modelo de gestão necessita ser descentralizado e o planejamento e implementação das ações deve ser resultado da articulação entre Governo Federal, estados e municípios;
- Toda a equipe deve se envolver no planejamento das ações. Isso gera um sentimento de responsabilidade e de pertencimento e promove engajamento maior da equipe na implementação das ações.

Referências

Campos, G. W. D. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 5*(2), 219-230. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002

Conselho Nacional Antidrogas [CONAD]. (2005). *Resolução nº3 de 27 de outubro de 2015: Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.* Disponível em https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública, 23*(1), 5-46. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14(54), 7-11. Disponível em http://biblioteca.fundacentro.gov.br/permalink/f/ve4uji/fjd_aleph000044380

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production, 14*(3), 27-34. doi: 10.1590/

S0103-65132004000300004

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC]. (2013). Diretrizes Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas. Disponível em http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/Publicacoes/Prevention_Standards_portugues-_Arquivo_Final.pdf

Gonczi, A. (1996, maio). Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. In *Seminário Internacional sobre Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas, Guanajuato, México 1,* 69-77.

Mendes, A. M. (2008). Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In A. Mendes (Ed.), *Trabalho e Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão* (pp. 13-25). Curitiba: Magnólia.

Ministério da Justiça (2017). Portaria n.º 914, de 30 de outubro de 2017. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial da União. Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19388887/do1-2017-11-01-portaria-n-914-de-30-de-outubro-de-2017-19388576

Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*. São Paulo: Pensamento - Cultrix.

Peres, A. M. A. M., Santos, M. R. da C., Caldas, M. de S., Dutra, M. J. de A., Fontoura, P. R. S. da, & Pinheiro, R. (2015). *Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em http://docplayer.com.br/112781790-Apoiadores-regionais-uma-experiencia-brasileira.html

Pfeiffer, P. (2006). *Facilitação de Projetos: conceitos e técnicas para alavancar equipe*. Rio de Janeiro: Brasport.

Rocha, R. (2009). A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. *Revista Pós Ciências Sociais*, *6*(11), 41-57 Disponível em http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/790/3053

Sanchez, Z., Valente, J., Sanudo, A., Pereira, A., Cruz, J., Schneider, D., & Andreoni, S. (2017). The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, *18*(1007), 772-782. doi: 10.1007/s11121-017-0770-8

Schneider, D. R., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Strelow, M., Chan, G., Kurki, A., & Sanchez, Z. M. (2016). Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. *Psicologia: Ciência e Profissão, 36*(3), 508-519. doi: 10.1590/1982-3703000592016

Secretaria Nacional de Política sobre Drogas [SENAD]. (2014). *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Disponível em: http://portal.sead.ufsc.br/labsead/curso-de-prevencao-dos-problemas-relacionados-ao-uso-de-drogas-capacitacao-para-conselheiros-e-liderancas-comunitarias-6a-edicao

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD]. (2016). *Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas*. Brasília: Ministério da Justiça. Disponível em http://www.justica.gov.br/news/senad-mj-disponibiliza-relatorio-uma-politica-sobre-drogas-e-uma-politica-sobre-pessoas

Uga, M. (1991). A Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. In *Planejamento e Políticas Públicas* (pp. 87-104). Recuperado de http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9248

World Health Organization [WHO]. (1997). Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty first-Century. In *Report of the International Conference.* Halifax, Nova Scotia, Canada. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63657/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ximenes, D. de A. (2018). In Ximenes, D. de A. (Org). *Implementação de políticas públicas: questões sistêmicas, federativas e intersetoriais* (pp. 15-22). Brasília: ENAP. Disponível em https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3364/1/Livro_Implementa%c3%a7%c3%a3o_de_Pol%c3%adticas_P%c3%bablicas_final.pdf

CAPÍTULO 3

APORTANDO A LENTE DA QUESTÃO RACIAL PARA POTENCIALIZAR A PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS

Andréa Leire Ribeiro
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Resumo

O texto resgata, sinteticamente, a construção da imagem social da pessoa negra no Brasil pós escravidão para então refletir aspectos relacionados à saúde da população negra, o que permitiu chegar ao objetivo do texto, qual seja, refletir sobre a prevenção do uso prejudicial de droga, a partir do reconhecimento da questão racial e do racismo no Brasil. Considera-se aqui a importância e necessidade de refletir as repercussões do racismo para a saúde da população negra brasileira, para que, então, seja possível uma intervenção que efetivamente promova a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Trata-se de análises teóricas a partir da compreensão do quanto o racismo estrutural, institucional e relacional repercutem negativamente nas condições de saúde da população negra, bem como na responsividade, qualidade da atenção à saúde e efetividade das políticas e intervenções preventivas. Para tal, foram realizadas análises e reflexões de estudos bibliográficos e documentais sobre prevenção, promoção da saúde, saúde da população negra, racismo e usos e usuários de drogas. A partir dos estudos é possível afirmar que é imperativo que a dimensão racial esteja presente na compreensão do fenômeno do uso de drogas e suas repercussões na realidade brasileira para o sujeito que faz uso prejudicial de drogas, bem como para a elaboração de intervenções preventivas. O desafio que se apresenta é o de reconhecer o quanto a escravidão deixou marcas profundas nas formas de organização da sociedade e no modo de vida das populações. Indica-se aqui que a temática racial esteja presente nas políticas e ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, para que tenhamos intervenções preventivas que reduzam danos, que sejam promotoras de equidade racial e justiça social.

Palavras chave: prevenção de agravos, promoção da saúde, racismo, drogas.

Notas introdutórias

A prevenção constitui o segundo nível de atuação dos serviços e sistemas de saúde. Ela é antecedida pelo nível da promoção da saúde e seguida pelos níveis de diagnóstico, tratamento, limitação do dano e reabilitação, tal como definido no modelo clássico de Leavell e Clarck (1976). Desta forma, a prevenção implica em uma proteção específica contra diversas formas de agravos e se dirige à identificação e neutralização dos fatores desencadeantes destes agravos. Isso a diferencia da promoção da saúde, definida como capacitação da comunidade para controlar processos individuais e coletivos de melhoria da qualidade de vida e das condições gerais de saúde (Carta de Ottawa, 1986). Dessa forma, a produção de estratégias de prevenção dirigidas a um determinado agravo, necessita da identificação dos seus fatores desencadeantes e dos determinantes sociais implicados, bem como do reconhecimento dos grupos prioritariamente atingidos.

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou no ano de 2016 que 112 milhões e 819 mil pessoas, representando 54.9% da população total do país, são negras, sendo significativamente representativa em todas as regiões do país, com variação que vai desde 74.6% da população total no nordeste até 22.5% na região sul. A análise de indicadores gerais como mortalidade infantil, expectativa de vida, mortalidade materna apontam as disparidades negativas quanto à condição de saúde da população negra. Moradia precária, menor tempo de permanência na escola e baixa qualificação profissional são outros elementos que evidenciam que as condições sócio demográficas da população negra requerem atenção e estratégias preventivas em diversas áreas do campo da saúde. Dados estatísticos de violência envolvendo jovens negros, suas relações (ou supostas relações) com o tráfico bem como os índices de alcoolismo e dependência química que atingem essa população, denotam a necessidade de se pensar a prevenção do uso prejudicial de drogas

tomando-se em consideração o racismo da sociedade brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016).

Consideramos que a prevenção ao uso prejudicial de drogas encontra-se em um estágio ainda muito incipiente no Brasil, sendo também pouco estudada e pesquisada. No entanto, em todo território nacional, diversas ações anunciadas como de prevenção são desenvolvidas especialmente em escolas e comunidades de baixa renda. Tais ações, em quase sua totalidade, tem caráter campanhista, pontuais, baseando-se em palestras, caminhadas coletivas, distribuição de folhetos supostamente informativos, além de imagens de cadáveres e de pessoas em situação de degradação, ambos por suposição, resultantes do uso de drogas (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2013).

Contudo, as duas ações de prevenção, mais conhecidas e propaladas, no Brasil são o testemunho de ex-usuários de drogas (em especial aqueles que tiveram passagem pelo sistema penitenciário e situação de rua) e a apresentação de amostras/exposição de substâncias psicoativas ilícitas como crack, cocaína, ecstasy e LSD, justificando-se pela necessidade de que crianças e adolescentes as conheçam para que possam "dizer não". Essas duas formas mais usuais de ações pretensamente preventivas trazem grande carga de moralidades estigmatizantes e construtoras de estereótipos depreciativos dos usuários enquanto pessoas que fazem mal a si mesmo e à sociedade como um todo. Não obstante, elas têm sido cientificamente apontadas como intervenções iatrogênicas, ou seja, como produtoras de efeito inverso, podendo causar estímulo ao uso de drogas, tal como apontam as Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas (UNODC, 2013).

Além do já exposto, essas formas hegemônicas de atuação, sustentadas por uma pedagogia do terror e por um processo estigmatizador dos usuários, desconsideram as subjetividades envolvidas, suas circunstâncias e seus contextos, os fatores desencadeadores do uso abusivo e da dependência, bem como os determinantes sociais que elevam a vulnerabilidade tanto para o uso prejudicial, quanto para o envolvimento com o tráfico e situações de violência. Em todos esses elementos contextuais a questão racial tem papel relevante e preponderante.

Por outro lado, os programas interventivos estruturados e testados em diversos países do mundo, sobretudo os americanos e europeus, baseiam-se na perspectiva teórica da psicologia comportamental e visam o fortalecimento

de vínculos familiares e comunitários. Os guias para a implantação desses programas, assim como pesquisadores da área, apontam que as fases da infância e adolescência são as mais oportunas para as ações preventivas, o que requer rigor na definição e no uso de métodos, de forma a não repercutir negativamente no desenvolvimento psíquico e social dos sujeitos que receberão a intervenção (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2013). As orientações teórico-metodológicas podem ser, entretanto, bastante problemáticas para a aplicação em crianças e adolescentes que vivem em contextos de exclusão social, pobreza, desagregação e fragilidade de vínculos familiares. É devido a esse aspecto, dentre outros, que se impõe a necessidade do desenvolvimento de estratégias e ações preventivas formuladas na perspectiva do contexto brasileiro, em que, além das profundas desigualdades sociais é preciso considerar também a determinação social específica operada pelo racismo. Desse modo, o presente texto pretende refletir sobre as ações preventivas no campo das políticas de atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas a partir do reconhecimento das implicações do racismo, em suas três dimensões fundamentais: a estrutural, a institucional e a relacional.

O uso prejudicial de drogas no contexto da questão racial

O uso de substâncias que promovam a alteração de consciência sempre fez parte de todas as sociedades (Bucher, 2002). No entanto, o uso de drogas na atualidade, apesar de também ter o componente ritualístico em algumas comunidades, no geral, tem apresentado e revelado o quanto as desigualdades sociais e seletividade racial são marcantes do momento atual: com aumento do número de pessoas vivendo em situação de rua, aumento do encarceramento e genocídio da juventude, tendo, conforme pesquisas, a população negra enquanto a maioria das pessoas que constitui esse perfil. O dossiê da pesquisa que apresenta as Mortes Matadas por Armas de Fogo, Mapa da Violência 2016: Homicídios por armas de fogo no brasil (Waiselfisz, 2016), a Pesquisa nacional sobre o uso de crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? (Bastos & Bertoni, 2014), o Atlas da violência 2019 (Cerqueira, 2018) dentre outras pesquisas, nos permitem fazer a análise das desigualdades

sociais e do quanto a seletividade racial atinge de forma negativa o homem negro, jovem e de bairros periféricos.

A compreensão das questões que levam as pessoas a fazerem o uso prejudicial de drogas se dá de diversas maneiras, havendo por vezes dissenso entre a perspectiva apresentada por estudiosos do tema e a dos governantes (Valério, Pedroso & Garcia, 2015). No entanto, são esses últimos os tomadores de decisão e que geram, gestam e direcionam a aplicação das políticas de prevenção e tratamento.

As mortes evitáveis no Brasil vêm dizimando com alta prevalência a população jovem, masculina e negra, tomando dimensões jamais existentes, sendo reconhecida por especialistas e pesquisadores (Alexander, 2017; Garcia, 2016; Hart, 2014; MacRae, 2013; Souza, 2016) enquanto resultado da política de guerra às drogas, que na realidade acaba por se revelar numa guerra à população mais vulnerável, em especial a negra.

Vianna & Neves (2011) arguem que a política de repressão ao tráfico se dirige mais especificamente aos jovens negros moradores de comunidades de baixa renda, desassistidas pelo Estado, que em sua maioria estão no processo do comércio varejista, de onde derivam o extermínio e o encarceramento desse grupo social. Dessa forma, os autores apontam a existência de um racismo do Estado, apoiado em uma biopolítica, no sentido foucaultiano do termo, que regulamenta e legitima a "descartabilidade" dessas vidas negras, justificada em nome da segurança e da paz das "pessoas de bem".

A questão racial permeia, portanto, todo o universo da problemática em torno da produção, comercialização, repressão policial, prevenção e tratamento do uso de drogas. Dada a complexidade do problema, é mister tomar o racismo em suas três dimensões: estrutural, institucional e relacional para então tratar da questão relacionada ao uso de drogas, quer seja na prevenção, quer seja no tratamento ou redução da oferta.

O racismo estrutural se refere à construção das relações de poder na sociedade, baseada em uma ideologia de racialização entendida enquanto ação política que conforma o modo como as pessoas se relacionam, produzindo a hierarquização de grupos sociais a partir da noção de raça (Cashmore, 2000), interferindo na própria organização do Estado e nas mais variadas formas

de interação social. Ambos são alicerçados em privilégios para os brancos e destituição de direitos dos negros.

Os efeitos do racismo estrutural nas condições de saúde, nos níveis de instrução, na acessibilidade a empregos formais e na qualidade de vida geral são evidentes. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA][8] (2016) apontam que os jovens negros, continuam na casa dos pais por mais tempo que os jovens brancos e ainda apresentam mais dificuldades para se manterem estudando e para conseguirem emprego. Já estudos quanto ao desenvolvimento humano realizado pelo IPEA, com a Fundação João Pinheiro e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), mostram que entre a população com mais de 18 anos que possui ensino fundamental completo, 62% configurava população branca e 47% pertencia a população negra. Quanto à renda domiciliar, o mesmo estudo apresenta que no ano de 2010, a população branca tinha como renda familiar o valor de R$ 1.097,00, representando mais que o dobro da renda familiar da população negra, que era de R$ 508,90 (IPEA, 2017). No mesmo sentido, os indicadores de situação de saúde, como expectativa de vida, mortalidade infantil e mortalidade materna, para citar apenas alguns, apresentam significativas disparidades negativas em comparação com a população branca (Lopes, 2005).

Realidade, ainda mais grave, é aquela que se refere às mortes por causas externas, que atingem um número total de cerca de 60% maior em homens negros, quando comparados com homens brancos. A racialização da seletividade pode ser bem identificada na taxa de homicídios por arma de fogo: enquanto se registrou uma queda em pessoas brancas no período do estudo entre 2003 e 2014, houve um aumento em torno de 10% em pessoas negras. A possibilidade de residir em locais em que tanto a segurança pública quanto a privada estão presentes, promove segurança, proteção e diminuição do índice de homicídios, não sendo possível identificar essa ação de segurança positiva em comunidades mais pobres.

A precarização da vida provocada pelo racismo estrutural se reflete, também, na falta de oportunidade no mercado de trabalho e dificuldade em se manter na escola (especialmente para trabalhar e ajudar nas despesas de casa), o desemprego e a desesperança favorecendo a entrada ou a permanência de jovens negros e pobres no crime (Camarano, 2014). Nesse ponto, podemos refletir sobre o

8 Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/radar-idhm/

fato de que o desemprego, a informalidade e a precariedade do trabalho constituem estímulos tanto para o uso prejudicial de drogas quanto para a inserção do jovem negro no mercado varejista de drogas ilícitas, o que oferece uma oportunidade também de sair da invisibilidade social a qual estão submetidos.

Do mesmo modo, não é possível deixar de considerar os dados alarmantes que são apresentados por estudos sobre o sistema carcerário brasileiro. Conforme Benedito (2016), esse apresenta estreita similaridades com o tratamento violento, torturante, desumano e indigno que era destinado aos jovens africanos que foram escravizados no Brasil.

O estudo do processo sócio histórico brasileiro, forjado na escravidão, apresenta os efeitos que os diversos mecanismos discriminatórios, através da aplicação de castigos e tratamentos cruéis, desumanizaram os negros em nome do controle social dos negros "libertos". Construindo e solidificando a ideia coletiva de que os negros eram, indiscutivelmente, pessoas perigosas e inadequadas ao convívio social, sendo assim uma ameaça social a ser combatida (Benedito, 2016; Souza, 2016).

A partir da construção do lugar social do negro enquanto preguiçoso, inadequado, perigoso, dentre outros elementos estigmatizantes, negativos e pejorativos, foi se solidificando a hierarquia racial e a imagem do negro no Brasil. Esse, então, torna-se um ser a ser combatido, vigiado e punido, sendo possível compreender os dados apresentados por Waiselfisz (2015), bem como o racismo cotidiano e institucional, transparentemente apresentado na seletividade no sistema penal, por meio do encarceramento predominante de jovens negros, em nome da Guerra as Drogas (Alexander, 2017).

O sistema penal brasileiro aponta para um super encarceramento, com um montante de cerca de 700 mil presos (em sua maioria na condição de presos provisórios) (Santos & Rosa, 2017). Muitos já possuíam na sua trajetória de vida, a ausência de oportunidades, o que só aumentará a partir da sua entrada no sistema de justiça. O marcador social do aprisionamento amplia as dificuldades na vida daqueles que já estavam carimbados com as desvantagens sociais, dificultando a mudança de perspectiva de vida digna.

O racismo institucional representa uma espécie de efeito do racismo estrutural na organização das instituições, sejam elas públicas ou privadas e representa

a incompetência dessas instituições em garantir os direitos iguais entre negros e brancos, sendo o racismo institucional definido como falência das diversas formas organizativas das instituições públicas e privadas para a garantia de direitos iguais entre negros e brancos (Kalckmann, Santos, Batista, & Cruz, 2007; Werneck, 2016).

O racismo institucional se expressa no aumento da dificuldade de pessoas negras para encontrar empregos, nas remunerações inferiores para realização do mesmo trabalho, nos maus tratos sofridos em repartições públicas e empresas privadas, e, especificamente no campo da saúde, no menor acesso aos serviços e em uma atenção de menor qualidade (Werneck, 2016). Tal tratamento diferenciado, obviamente, se reflete também nas unidades de atenção psicossocial responsáveis pelo tratamento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O racismo institucional também se apresenta de maneira bastante evidente nas instituições vinculadas à segurança pública. A filtragem racial nas ações policiais das grandes cidades é uma demonstração clara desse aspecto, que é expressado nas revistas corporais detalhadas, nas abordagens desrespeitosas a pessoas negras, tratadas sempre como suspeitas.

Por fim, o racismo relacional diz respeito às interações intersubjetivas baseadas em características fenotípicas raciais, como cor da pele, formato do rosto, textura do cabelo, que imediatamente, e muitas vezes inconscientemente, desencadeiam ideias preconceituosas e ações discriminatórias (Werneck, 2016). Aqui, é possível trazer um exemplo típico do racismo relacional: um jovem negro e pobre, portador de anemia falciforme que está em crise álgica. Ele procura uma unidade de emergência informando que a sua crise só tem alívio através do uso de analgésicos opióides. Nesse momento, o profissional que o atende, nega o seu tratamento e não reconhece a sua sugestão, passando a tratá-lo como dependente químico. Esse é um clássico exemplo de como o racismo relacional se soma ao institucional na atenção à saúde.

Entretanto, é importante tomar em consideração, o fato de não haver uma real separação entre os três níveis de racismo apresentados, como se fosse possível estabelecer fronteiras a partir das quais pudéssemos saber onde termina o racismo estrutural e começa o institucional, ou onde termina o institucional e começa o relacional. Na verdade, o racismo, como todo estigma social, tem uma porosidade que perpassa de uma só vez todas as dimensões das ações sociais,

sejam elas individuais ou coletivas. A distinção conceitual apresentada apenas ajuda a compreender as diversas extensões de seus impactos.

Os três níveis de racismo no contexto do uso prejudicial de drogas

Recentes pesquisas têm demonstrado que 80% dos usuários de drogas em situação de rua são não brancos e têm baixa escolaridade, contendo nas suas histórias de vida, desvantagens sociais, muitas vezes presentes desde o seu nascimento (Bastos & Bertoni, 2014; Garcia, Kinoshita, & Maximiano, 2014; Souza, 2016). Determinados contextos sociais, como espaços urbanos, em que a ausência de mínimos sociais é preponderante, o envolvimento, especialmente de jovens, com diversas drogas, conforme aponta Souza (2016), pode ser um importante elemento dentro de um percurso pregresso de exclusão, que, certamente piora a exclusão social para aqueles que já estavam em um contexto marcado por desigualdades e injustiça social.

Dados da pesquisa que apresenta o perfil dos usuários de crack e similares no Brasil (vale ressaltar que os usuários de crack, são poli usuários, ou seja, fazem uso de múltiplas drogas), mostra que 77.73% dos que fazem uso da substância são negros ou pardos, em que apenas 57.6% tem o ensino fundamental e não possui profissão definida (Bastos & Bertoni, 2014) Esse mesmo perfil apresentado corresponde àqueles que estão em privação de liberdade por suposto[9] tráfico de drogas no Brasil, denunciando um claro viés racial e social das prisões, indiciamentos e condenações (Boiteux, 2011).

A mídia também cumpre o seu papel de legitimar a atuação repressiva, racializada e criminalizante do usuário. Vianna & Neves (2011) apontam três funções primordiais da mídia de massa nesse contexto: legitimação da violência em nome de uma guerra justa pela paz; construção de uma subjetividade do negro e do pobre como potencialmente perigosa; e tolerância com a descartabilidade da vida dos jovens negros. Castilho (2012) afirma que as mídias buscam fundamentar uma realidade que justifique as ações higienistas nas chamadas "crackolândias", baseadas no impacto causado pelas imagens de degradação humana, que passam a constituir evidências concretas da legitimidade de internações compulsórias e outras ações mandatórias, discriminatórias e autoritárias.

9 Não existe no Brasil critérios claros para distinguir o usuário do traficante, ficando a cargo do agente público fazer essa distinção.

No mesmo sentido, Macedo, Roso & de Lara (2015) abordam a legitimação do uso da autoridade e da internação compulsória ao tratar da questão das mulheres que usam crack na gravidez. A construção social realizada em torno da mulher usuária de drogas busca tratar a questão enquanto distúrbio de caráter individual, de forma desvinculada de contexto, produzindo, desse modo, uma nova forma de racismo mais velado. Porém, suficientemente perverso para tornar ainda mais graves as iniquidades sociais e as discriminações de gênero.

A discussão travada até aqui e os dados apontados pelos estudos interseccionais nos permite entender que os negros não são mais vulneráveis ao uso de drogas do que os brancos. Mas antes, são mais vulneráveis na vida, com desvantagens ao nascer que perduram ao longo da vida de muitos até a morte.

> A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (Crenshaw, 2002, p. 177).

Conforme Ribeiro (2019), o estudo interseccional foi utilizado pela primeira vez no bojo dos movimentos feministas. Sendo possível fazer uso do conceito para compreender as formas de opressão interseccionais operadas na atualidade, nas quais os usuários de drogas e, em especial os que estão em situação de vulnerabilidade, vivenciam. Nesse sentido, o estudo interseccional permite compreender o quanto as desvantagens dos negros em relação aos brancos elevam o risco tanto para o uso prejudicial, quanto para o envolvimento no tráfico por pessoas negras. O próximo passo será, portanto, pensar uma prevenção que considere as iniquidades sociais provocadas pelas condições de vida e pelo racismo propriamente dito.

A prevenção no contexto racial

A dimensão racial não está presente nas políticas que versam sobre a questão da atenção e tratamento dos que fazem uso prejudicial de álcool e

outras drogas e que prescrevem medidas para prevenção do uso indevido de drogas (cf. Brasil, 1976; Brasil, 2006). Tal dimensão também é pouco presente nos estudos teóricos relacionados a políticas e intervenções para a prevenção e o tratamento no campo das drogas. Porém, as repercussões da atual política de guerra às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, vem se revelando enquanto guerra às pessoas mais vulneráveis, em especial os jovens negros que vivem em lugares marginalizados. Tal guerra aos vulneráveis, vem gerando mais iniquidade, injustiça social, racismo, racismo institucional e preconceito a um grupo específico de pessoas: jovens negros.

No entanto, no ano de 2011, o decreto n. 7.673, de 8 de dezembro de 2011 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Na ocasião, o governo brasileiro aportou recursos e esforços em pesquisas e intervenções no campo da prevenção, tratamento e redução da demanda de drogas, tendo sido um importante momento para a política de drogas no Brasil, com reconhecimento dos marcadores sociais, das vulnerabilidades e da importância da promoção da saúde e de uma política pautada tanto na necessidade da população quanto no que as evidências científicas apresentam (Decreto nº 7.673 de 08 de dezembro de 2011).

No campo da prevenção, após análises, três programas preventivos foram importados, adaptados e implementados em diversas cidades brasileiras, sendo esses programas o *Jogo Elos*, *#Tamojunto* e o *Famílias Fortes*. O desenvolvimento desses três programas no Brasil significou um marco para a ciência da prevenção no Brasil, uma vez que os três já tinham sido testados e avaliados em diversos países. Tratava-se de uma nova era para a prevenção no Brasil, injetando a necessidade de romper com a prevenção baseada no empirismo para uma prevenção baseada em evidências científicas, sem trabalhar na perspectiva falaciosa do "*Just say no*", caminhando ancorada fortemente na promoção da saúde e autonomia das crianças e jovens.

No entanto, e apesar de significar um importante aporte para a ciência da prevenção no Brasil, tais programas foram gestados fora da América Latina, fortemente marcada por desigualdades sociais. E, no caso do Brasil em específico, com racismo não reconhecido pelos seus praticantes. Tendo a dimensão racial um impacto tão relevante na vida dos sujeitos, trabalhar o componente comportamental sem reconhecer e trabalhar as questões de base como a desigualdade e o racismo, nos remete ao caminhar avançando em passos curtos.

Assim, uma política ou intervenção preventiva do uso de drogas que não traga a dimensão racial, preconceito, discriminação e os determinantes sociais em saúde, em um país em que 54.9% do total da sua população é negra, pode representar o desperdício e/ou mau uso de recursos públicos.

A agenda da prevenção no Brasil sempre foi frágil e no caso da prevenção dos usos de drogas não seria diferente. Nesse sentido, é possível reconhecer que para uma parcela da população, prevenir o uso de drogas, significa munir a população jovem para que esta esteja "livre das drogas", numa perspectiva utópica de que existirá um mundo sem drogas. No entanto, um mundo em que não exista o consumo de alguma substância psicoativa é ilusória considerando o que Freud (2011) apresentou a partir do mal-estar na civilização, pelo que apresenta Nery Filho (2010) ao indicar que os humanos usam drogas porque são humanos, ou pelos ganhos relacionados ao narcotráfico (Alexander, 2017; Benedito, 2016; Souza, 2016).

Desse modo, é importante reafirmar que a perspectiva teórica aportada nesse texto reconhece que o uso de drogas sempre existirá na humanidade e que é necessário que sejam empreendidas ações promotoras de saúde, educação em saúde e de redução de danos, que fortaleçam os fatores de proteção para o uso de drogas e controle os fatores de riscos, em especial para as crianças e os jovens. Reconhece, ainda, os determinantes sociais em saúde e em especial o racismo enquanto diretriz para pensar a prevenção ao uso de drogas.

A maioria das mortes da população negra se dá por enfermidades/condicionantes que são evitáveis e preveníveis. No entanto, as ações preventivas e a guerra às drogas vigentes no país não foram capazes de diminuir nenhum índice relacionado ao uso de drogas e nem as repercussões negativas desse uso. Muito pelo contrário!

Por fim, vale ressaltar que nem todo uso de drogas repercute negativamente na vida das pessoas. Fazendo-se necessário disponibilizar meios para que aqueles, que por motivos diversos, fazem uso prejudicial, possam cuidar do seu consumo. Nesse sentido, a redução de danos é forte aliada. A redução de danos deve ser desenvolvida numa lógica Freiriana: dialógica com a pessoa que faz uso de substância psicoativa, numa perspectiva de clínica ampliada de saúde, reconhecendo a liberdade e a cidadania dos usuários de qualquer tipo de drogas (Bastos, 2003; Brasil, 2001; Cruz, 2006; Neves, 2017; Siqueira, 2006; Valério, 2010; Weingardt & Marlatt, 1999).

Trabalhar a dimensão racial nas práticas de prevenção e promoção da saúde, aporta uma dimensão ética ao fenômeno em que a autonomia e o respeito aos vulneráveis é um imperativo. É fundamental, então, que os profissionais de diversas áreas que atuam na garantia de direitos sociais e da saúde dos usuários de drogas (em especial dos mais vulneráveis) possam identificar em suas práticas cotidianas ações racistas que estigmatizam e vulnerabilizam os sujeitos.

O uso e abuso de múltiplas drogas agrava a condição de exclusão de pessoas que já estavam expostas, mesmo anteriormente ao uso da(s) substância(s). A droga não pode ser considerada como a causa dos problemas existentes na sociedade, como desemprego, pobreza e violência por exemplo. Algo que, para alguns, justificaria qualquer medida para que se possa extirpar esse mal. Nesse sentido, "a boa fé" entra em jogo "na luta" contra as drogas. E é nessa perspectiva que as estratégias de prevenção são, na maioria das vezes, gestadas no Brasil. Com ausência de evidências científicas e considerações éticas que respeitem a autonomia do sujeito. As ações elaboradas a partir da perspectiva de projetos pessoais são as mais encontradas no cenário brasileiro. Trata-se de pessoas ou familiares que já vivenciaram uma situação de uso abusivo e prejudicial de drogas que criam e executam projetos nas diversas cidades brasileiras.

Rompendo com o ciclo do racismo

Não se pretende aqui prescrever medidas que possam contribuir para uma sociedade mais justa para pessoas de todas as raças/cores. No entanto, compreende-se que seria importante dar pistas de possibilidades para que possamos ter no Brasil, intervenções preventivas pautadas numa perspectiva antirracista, especialmente a partir do fazer individual e institucional.

Podemos pensar que a primeira forma de romper com o ciclo de racismo, como já foi dito anteriormente, é reconhecer em nós mesmos, práticas racistas, para então poder não as repetir. Para algumas pessoas o racismo não existe e nesse sentido, indicamos que façam o "Teste do Pescoço"[10] que segue abaixo:

Andando pelas ruas, meta o pescoço dentro das joalherias e conte quantos

10 Fonte: Luh Souza e Francisco Antero. Disponível em: https://www.geledes.org.br/existe-racismo-brasil--faca-o-teste-pescoco-e-descubra/

negros (as) são balconistas. Veja em quaisquer escolas particulares, sobretudo as mais caras..., espiche o pescoço para dentro das salas e conte quantos alunos negros há. Aproveite e conte quantos professores são negros e quantos negros estão varrendo o chão. Vá a hospitais como Sírio Libanês, enfie o pescoço nos quartos e conte quantos pacientes são negros. Gire o pescoço e conte quantos médicos negros há. Aproveite para espichar bem o seu pescoço nos corredores e conte quantos negros limpam as vidraças ou servem cafezinho. Quando der uma volta em algum shopping, gire o pescoço para as vitrines e conte quantos manequins representam a etnia negra. Enfie o pescoço nas revistas de moda, nos comerciais de televisão e conte quantos (as) modelos negros (as) fazem publicidade de perfumes, carros, viagens, vestuários e etc. Reflita acerca da autoestima das crianças negras e brancas. Vá às universidades públicas, observe nos cursos mais concorridos da USP e UNICAMP, torça o pescoço a procurar pelos negros e negras. Conte quantos são professores, alunos e serviçais. Espiche o pescoço numa reunião de partidos e conte quantos políticos são negros desde a fundação. Depois faça uma reflexão a respeito de alguns partidos serem contra todas as reivindicações das comunidades negras, sobretudo as Cotas Raciais. Meta o pescoço nas cadeias, nos orfanatos, nas casas de correção para menores e conte quantos são brancos. É mais fácil. Gire o pescoço e procure quantas empregadas domésticas, serviçais, faxineiros, favelados e mendigos são brancos. Pergunte-se qual a causa dos descendentes de europeus ou orientais não serem vistos embaixo das pontes, em favelas, na mendicância ou varrendo o chão. Quando seus ascendentes chegaram ao Brasil? Quando terminou a Abolição?

Espiche bem o pescoço na hora do Globo Rural e conte quantos fazendeiros são negros, depois tire a conclusão de quantos são sem-terra, quantos são sem-teto. Gire o pescoço durante a exibição do programa Pequenas Empresas & Grandes Negócios e conte: Quantos empresários são negros? Nos canais abertos de televisão, gire o pescoço nas programações e conte quantos apresentadores, jornalistas ou âncoras de jornal, artistas em estado de estrelato, são negros. Onde as crianças negras se veem representadas? Pergunte-se se esta espécie de racismo é construtiva para a autoestima dos filhos de determinada etnia? Enfie seu pescoço dentro das instituições bancárias e conte quantos negros são gerentes, quantos são caixas e quantos são faxineiros. Vá num dos bairros mais caros de sua cidade, gire seu pescoço pelas ruas, dentro das casas,

no comércio. Quantos negros são moradores? Quantos são seguranças e empregados domésticos? Aproveite e torça seu pescoço nos "melhores" restaurantes, quantos clientes são negros? Aliás, conte quantos chefs são negros? Pergunte-se a diferença de salários entre um chef badalado e as cozinheiras negras. Aplique o "Teste do Pescoço" no seu dia a dia, em todos os lugares, tire suas próprias conclusões. Somos de fato um país pluricultural, uma "Democracia Racial", tratados iguais e com as mesmas chances? Desde quando existe esta diferença que você viu? Procure na História do Brasil, regresse 500 anos e encontre as respostas.

Ao elaborar uma política, plano, programa ou projeto no campo da prevenção em álcool e outras drogas, considere convidar especialistas interdisciplinares, sendo fundamental contar tanto com a participação de um especialista de raça/cor negra, quanto com a perspectiva racial nessa elaboração. O mesmo deve ocorrer ao elaborar um evento, a exemplo de seminários e congressos, onde é importante atentar para a representatividade e diversidade tanto entre os facilitadores quanto entre os participantes.

Compreende-se que a questão comportamental é importante para a organização individual, especialmente no processo de formação cidadã de crianças e adolescentes. No entanto, a perspectiva behaviorista desacompanhada de intervenção no ambiente em que a escola, casa, família, criança estão inseridas, pode produzir efeito temporário ou inócuo. Por mais que sejam fortalecidas as possibilidades para que a criança e o adolescente tomem decisões mais assertivas, torna-se difícil ajuizar quando o concreto do dia a dia o convoca para sobreviver a um ambiente hostil, a uma casa com faltas (de objetos e de afetos), com ruas não pavimentadas, com baixa infraestrutura e sem saneamento básico, tendo que atentar para o perigo de balas "perdidas" e de transporte inadequado para ir até a escola, por exemplo. Não são poucas as escolas públicas no Brasil em que o ambiente é tão violento quanto às ruas, quer seja uma violência institucional, simbólica ou física. Como pedir para que numa intervenção em escola, uma criança tenha comportamentos não violentos sem incidir, por exemplo, num banheiro sem porta? Ou com profissionais/professores que não adotaram uma comunicação não violenta e empática? Compreende-se aqui que não é possível incidir no comportamento sem tratar de questões estruturais e de garantia de direitos humanos.

Atentar para o fato de que trabalhar para uma sociedade igualitária, mais justa e não racista não é tarefa apenas de pessoas negras. Muitas vezes é negada a fala ou a participação de negros em espaços de contribuição coletiva, como na construção de uma política. Nesse caso, pessoas não negras podem contribuir, não falando em nome da pessoa negra, mas favorecendo que essa tenha possibilidade de se posicionar. Em salas de aula, nos espaços de intervenção nos serviços de saúde, assistência social ou na gestão, atente aos presentes e aos seus pares. Se estiver em um ambiente em que não tenha a presença de pessoas não brancas, algo precisa mudar. Ao estar num ambiente majoritariamente branco, favoreça espaço para que pessoas não brancas possam contribuir com a discussão.

Favoreça espaços de discussão sobre a questão racial onde quer que esteja: ambiente escolar, profissional ou de lazer. O combate ao racismo e aos comportamentos racistas se dá em todos os espaços da vida social. Fazer circular a temática favorece a diminuição da opressão sobre a pessoa negra e, consequentemente, o sofrimento mental provocado por essa opressão. Compreendemos que uma das formas de lidar com o sofrimento causado pela exclusão, preconceito e estigmatização é o uso de drogas e, nesse sentido, sempre é possível contribuir para a prevenção do sofrimento mental e do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por fim, uma medida importante para romper com o ciclo do racismo se dá numa escuta empática e acolhedora. Não ridicularize o sofrimento apresentado por uma pessoa não branca diante das situações cotidianas que essa vivencia. Não atue na defensiva e atente-se ao sofrimento do outro para não gerar ainda mais sofrimento e preconceito.

Para não concluir

O Brasil está vivenciando um momento de desmonte das políticas sociais e as ações de prevenção estão sofrendo retrocessos inimagináveis. Além de haver a suspensão do incentivo a pesquisas e estudos de estratégias preventivas, a exemplo dos três programas mencionados anteriormente (que já necessitavam de ajuste quanto ao aporte racial nas intervenções), a autonomia e a liberdade de escolha dos sujeitos está sendo rechaçada em nome de estratégias supostamente

preventivas que pregam o terror e o medo as drogas, como se as substâncias tivessem vida própria e não demandassem a ação do sujeito para o seu consumo.

Adicionalmente, a recém aprovada Resolução nº 1/2018 (Brasil, 2018), que altera o entendimento anterior de uma política pautada na clínica psicossocial e fortemente ancorada na redução de riscos e danos, dispõe em prol da exigência da abstinência como meta a ser alcançada. Sendo um exemplo do retrocesso na política de drogas e do afastamento ao respeito à autonomia e à liberdade da pessoa, com imposição ao cidadão da interrupção do consumo de drogas, sem considerar a relação e subjetivação que o sujeito tem com a mesma. Ora, se as drogas existem desde que o mundo é mundo, o consumo não diminuiu e as pessoas permanecem vivas, como a pedagogia do medo por surtir efeitos positivos? A pedagogia do medo/do terror é a mais usada de forma empírica no Brasil, pela "boa fé", para "livrar as crianças do mal", ampliando as vulnerabilidades, estigmatizando os que fazem uso (mesmo o uso recreativo, especialmente se a pessoa for negra), gerando mais injustiça social, discriminação e iniquidade (Valério et al., 2015).

Desse modo, o aporte racial, deve ser inserido nas pesquisas, estudos e ações preventivas enquanto dimensão ética e política. Num país em que existe escassez de recursos públicos, o mau uso de recurso público para a ciência da prevenção é um crime e deve ser veementemente repudiado.

Reivindica-se aqui que estudantes, familiares, pesquisadores, gestores de políticas, reconheçam que o Brasil é um país racista e desse modo, para uma prevenção do uso de drogas que se queira ética e efetiva, deve ser introduzida a condição racial nas ações preventivas e promotoras da saúde. Reconhecendo, ainda, a repercussão da dimensão social e de seus determinantes na vida dos sujeitos, especialmente para aqueles marcados pelas desvantagens sociais desde o nascer ou no seu percurso de vida.

Recomenda-se, ainda, que para uma abordagem ética da temática que envolve o racismo, prevenção e drogas é fundamental não minimizar a complexidade que as múltiplas manifestações da pobreza nos apresentam, bem como os resquícios do nosso passado brasileiro escravagista e colonializado. Não é possível simplificar as diversas restrições, às quais grande parte da população passa, com respostas e soluções simplistas. Problemas complexos requerem reflexões e soluções complexas, interdisciplinares e em múltiplas dimensões da vida.

Compreende-se aqui que tomadores de decisão política tenham como missão a busca por condições de igualdade, qualidade de vida e desenvolvimento humano, o que demanda intervenções com a ampliação dos modos de lidar com as questões relacionadas ao racismo, uso e abuso de drogas, vulnerabilidade e violência, sendo esse o caminho para uma efetiva ação de prevenção e promoção da saúde. Desta forma, uma estratégia de prevenção ao uso prejudicial de drogas no contexto do racismo e das desigualdades sociais, em países como o Brasil, só será efetiva se suportada em políticas intersetoriais que envolvam, entre outros elementos, projetos educacionais de tempo integral. Essas políticas devem oferecer uma alternativa convivial saudável, em especial para crianças e adolescentes oriundas de contextos familiares e comunitários conflituosos. Deve contemplar projetos de inserção artístico-cultural e esportiva de jovens nas comunidades, projetos de inserção no mercado de trabalho, capacitação de professores e profissionais de saúde para uma orientação franca e verdadeira sobre os riscos de cada tipo de drogas e em especial para as mais acessíveis. Deve ainda dispor de reorientação da segurança pública na compreensão dos aspectos raciais envolvidos, visando uma abordagem mais adequada aos usuários, em especial dos jovens negros das periferias. Essas políticas intersetoriais constituem um grande desafio para o Estado e para a sociedade. No entanto, um problema de tamanha complexidade, não poderá ser enfrentado sem esse confronto.

A não consideração das desigualdades sociais, das iniquidades, do racismo e do desamparo social do cidadão têm gerado ações ineficazes de prevenção. Abordar as causas do uso de drogas como consequências é uma grande falácia da Política, a qual temos a obrigação moral de combater.

Lições aprendidas

- Os aspectos econômicos e culturais, assim como o racismo propriamente dito, devem ser considerados entre os determinantes sociais do uso prejudicial de drogas. E, nesse sentido, a dimensão racial precisa ser um aspecto relevante na elaboração e aplicação da política de drogas no Brasil.
- A questão racial, considerando os três níveis de racismo: estrutural,

institucional e relacional, devem ser observados nas análises sociais em torno do uso prejudicial de drogas, bem como no planejamento das ações de prevenção.

- A interseccionalidade é um importante componente para a elaboração e aplicação das políticas públicas de prevenção ao uso de drogas.
- É possível considerar que a atual política de drogas opera de forma racista, atingindo de forma desigual e negativa os jovens homens, negros, de baixa escolaridade e de bairros periféricos.
- Para melhorar a condição de vida das pessoas é necessário reconhecer que o Brasil é um país com forte marca racista. Isso possibilita que se tenha uma atuação de forma cidadã pela promoção da igualdade.
- O uso de drogas sempre fará parte da história da humanidade e o que diferencia o grau de seus efeitos deletérios é, além das condições socioeconômicas, a atuação de estigmas sociais, como o racismo.

Referências

Alexander, M. (2017). *A nova segregação: racismo e encarceramento em massa*. São Paulo: Boitempo.

Bastos, F. I. (2003). Redução de Danos e Saúde Coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In C. M. A. Sampaio & M. A. Campos (Orgs.), *Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática de Redução de Danos* (pp. 15-41). Rio de Janeiro: Aborda.

Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.

Benedito, D. (2016). Do Ferro ao aço: Racismo, maus tratos, tortura, descaso! Ofícios da dignidade. In Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (Org.). *Relatório Anual 2016-2017 / Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à tortura*. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/tortura/relatorios-mnpc/relatorio-anual-2016-2017

Boiteux, L. (2011). Drugs and Prisons: The Repression of Drugs and The Increase of The Brazilian Penitentiary Population. In Metal, P. & Youngers, C. *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (pp. 30-39). Amsterdam/Washington: Transnational Institute and the Washington Office on Latin America.

Bucher, R. (2002). Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In R. Figueiredo (Org). *Prevenção ao abuso de drogas em Ações de Saúde e Educação: uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos*. São Paulo: NEPAIDS/USP.

Brasil. (1976). *Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm

Brasil. (2018). *Resolução nº 1, de 9 de março de 2018*. Disponível em https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view

Brasil. (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm

Camarano, A. A. (2014) (Org). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea.

Carta de Ottawa. (1986). In *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Cashmore, E. (2000). *Dicionário de relações étnicas e raciais.* (D. Kleve, Trad.). São Paulo: Summus.

Castilho, E. W. V. de (2012). A eficácia invertida da internação involuntária. In Conselho Federal de Psicologia [CFP] (Org.). *Drogas e cidadania: em debate* (pp. 35-37). Brasília, DF: CFP. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf

Cerqueira, D. (2018). *Atlas da Violência 2018*. Rio de Janeiro: Ipea, FBSP. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf

Crenshaw K. (2002). Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas, 10*(1), 171-88. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf

Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In O. Cirino, & R. Medeiros (Orgs.). Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis (pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.

Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes [UNODC]. (2013). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Viena: UNODC. Disponível em https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf

Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras.

Garcia, L. (2016). Apresentação. In *Crack e exclusão social* (11-15). Disponível em https://crres.ufes.br/sites/crres.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%c3%a3o%20social_Digital_WEB.pdf

Garcia, L., Kinoshita, R. T., & Maximiano, V. (2014). Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In F. I. Bastos, & N. Bertoni (Orgs.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FioCruz.

Hart, C. (2014). *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas.* Rio de Janeiro: Zahar.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2017). Desenvolvimento Humano para Além das Médias. Brasília: IPEA. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30025

Kalckmann, S., Santos, C. G. D., Batista, L. E., & Cruz, V. M. D. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade, 16*(2), 146-155. doi: 10.1590/S0104-12902007000200014

Leavell. H. & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.

Lopes, F. (2005). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(5), 1595-1601. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500034

Macedo, F. D. S. D., Roso, A., & de Lara, M. P. D. (2015). Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saúde e Sociedade, 24*, 1285-1298. doi: 10.1590/S0104-12902015138833

MacRae, E. (2013). (Org.) Crack: contextos, padrões e propósitos de uso. Salvador: EDUFBA.

Nery Filho, A. (2010). Porque os humanos usam drogas? In A. Nery Filho, & A. L. R. Valério (Orgs.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Disponível em http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra413

Neves G. N. (2017). *O conflito ético entre proibicionismo e redução de danos: análise e contribuições bioéticas*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/24667

Ribeiro, A. L. (2019). *Usuário de drogas em situação de rua numa perspectiva interseccional de raça, classe e gênero: análise bioética da (não) responsividade do sistema de saúde*. (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/35161

Santos, T. & Rosa, M. (2017). *Infopen: Levantamento nacional de informações penitenciárias*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública / Departamento Penitenciário Nacional. Disponível em http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf

Siqueira, D. J. R. (2006). *Mal(dito) cidadão numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King Graf Gráfica e Editora Ltda.

Souza, J. (2016). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em https://crres.ufes.br/sites/crres.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%c3%a3o%20social_Digital_WEB.pdf

Valério, A. L. R. (2010). *(Mal)dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão.* (Dissertação de mestrado). Disponível em https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/179.pdf

Valério, A. L. R., Pedroso, R. T., & Garcia, L. S. L. (2015). Prevenção do uso prejudicial de drogas. In O. F. R. L. Fernandez, M. M. Andrade, & A. Nery Filho (Orgs.). *Drogas e Políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos* (pp. 111 - 123). Salvador: EDUFBA / Brasília: ABRAMD.

Vianna, P. C., & Neves, C. E. A. B. (2011). Dispositivos de repressão e varejo do tráfico de drogas: reflexões acerca do Racismo de Estado. *Estudos de Psicologia (Natal), 16*(1), 31-38. doi: 10.1590/S1413-294X2011000100005

Waiselfisz, J. J. (2015). *Mortes matadas por Armas de Fogo*. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Disponível em https://www.geledes.org.br/mortes-matadas-por-arma-de-fogo/

Waiselfisz, J. J. (2016). *Mapa da Violência 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil*. Rio de Janeiro: Flacso Brasil.

Weingardt, K. R., & Marlatt, G. A. (1999). Redução de Danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. In G. A. Marlatt (Org.). *Redução de Danos. Estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco*. Porto Alegre: ARTMED.

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade, 25*, 535-549. doi: 10.1590/S0104-129020162610

Capítulo 4

DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS[11]

Janaina Barreto Gonçalves
Daniela Trigueiros

Resumo

Este capítulo pretende apresentar um pouco da história de quatro anos (2013-2017) que a equipe técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras, do Ministério da Saúde, pelo 'Projeto Prevenção", vivenciou em uma atuação intersetorial dentro do território nacional, com objetivo de disseminar ações de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, que "funcionavam", ou seja, iniciativas já testadas, validadas e com evidências científicas. Na busca de soluções para os desafios da disseminação de programas de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito de políticas públicas, foram observadas experiências muito bem-sucedidas, outras nem tanto. Contudo, as experiências vivenciadas geraram aprendizados que serviram para a qualificação dos processos e apoio na tomada de decisões ao longo do projeto. Parte dessa história, será compartilhada neste capítulo, apresentando as etapas vivenciadas, os desafios enfrentados e os resultados alcançados, fortalecendo os territórios e apresentando inúmeros ganhos não só para desfechos em saúde mental e na prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como também para as relações em sala de aula nas escolas, nas relações familiares, no fortalecimento de vínculos, melhoria das habilidades sociais e de vida, na relação das famílias com as

11 Agradecemos aos colegas, companheiros e companheiras de trabalho, militância e luta que estiveram conosco na CGMAD entre 2013 e 2017. Em especial ao mestre Roberto Tykanori Kinoshita pela oportunidade e aprendizados cotidianos e Michaela Batalha pela parceria diária. Foi um privilégio trabalhar com vocês. Este capítulo não teria sido escrito sem o apoio de Samia Abreu e Michaela Batalha Juhásová.

escolas, relações entre os profissionais, e nos equipamentos de saúde, educação e assistência/desenvolvimento social.

Palavras-chave: prevenção, habilidades sociais, interdisciplinaridade.

Introdução

Problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas vêm sendo abordados no Brasil por diversas políticas públicas - principalmente da saúde, educação, assistência/desenvolvimento social e justiça -, que buscam atuação complementar e integral, frente a esse fenômeno multilateral. A partir de 2010, o governo federal iniciou o Programa "Crack, É possível Vencer". Capitaneado pelo Ministério da Justiça, o programa oficialmente lançado em dezembro de 2011, configurou-se como um conjunto de ações do Governo Federal (aglutinando Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Casa Civil e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República) para enfrentar os problemas relacionados ao consumo de crack e outras drogas. Com investimento de R$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tinha como principal objetivo aumentar a atenção aos usuários de drogas bem como enfrentar o tráfico e ampliar ações de prevenção até 2014[12].

A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras, do Ministério da Saúde (CGMAD/MS), ordenadora do cuidado em saúde mental, investiu esforços e recursos na qualificação, fortalecimento e ampliação da rede de cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas. A rede era organizada por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, com a ampliação do número dos centros em todos o país, como mostram os números dos CAPS habilitados entre 2006-2014 (Saúde Mental em Dados, 2015). Porém, a temática da prevenção não havia se instalado como prioridade da coordenação até aquele momento.

Em 2013, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) publicou suas Normas Internacionais de Prevenção do Uso de

12 Disponível em http://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer

Drogas, atualizadas em 2015 (UNODC, 2014) que são resultado de um amplo levantamento de programas e intervenções preventivas utilizadas no mundo. Estas foram ranqueadas de acordo com sua eficácia e efetividade, apontando-se a relevância em embasar políticas públicas no campo da prevenção em evidências - desde a escolha de programas comprovados, até o investimento na avaliação e monitoramento contínuo das ações.

Nesse contexto, iniciou-se a parceria entre o Ministério da Saúde e o UNODC numa empreitada inovadora e desafiadora, com objetivo de disseminar ações de prevenção que *funcionavam*, ou seja, iniciativas já testadas, validadas e com evidências científicas. *Funcionavam* no sentido micro: de evitar, retardar ou reduzir uso de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes; como também no sentido macro: de possibilitar a saída dos sujeitos dos ciclos de vulnerabilidade e desigualdade e assim, promover a saúde e prevenir diversos desfechos negativos em saúde mental.

O Projeto Prevenção teve como ponto de partida o desenvolvimento de um pré-piloto, em 2013, com testagem e avaliação de três programas de prevenção[13], indicados pelo UNODC devido aos seus resultados significativos e mantidos em diversos países com os mais distintos contextos culturais. Em seguida, em uma fase piloto (2014), os três programas foram implementados e avaliados no contexto sociocultural do Brasil. A partir de 2015, iniciou-se a etapa de expansão, que além de exigir desenho e testagem de diversas estratégias de disseminação, necessitou novas adaptações e aprimoramentos dos programas frente aos desafios do escalonamento.

Por que esta empreitada foi considerada inovadora?

A ciência nos mostra que as boas intenções não necessariamente levam à resultados previstos pela intervenção - e isso é ainda mais delicado quando as ações são financiadas com recursos públicos (UNODC, 2013). O Brasil foi pioneiro em: a) implementar programas baseados em evidência no escopo de uma ação governamental, pois até então, ao redor do mundo, as intervenções preventivas baseadas em evidências eram aplicadas por universidades em um escopo de

13 Os programas selecionados foram: Strengthening Families Program (SFP 10-14) destinado a famílias e adolescentes (Allen, Foxcroft & Coombes, 2007), o Good Behavior Game (GBG) dirigido a crianças de 6 a 10 anos (Ford, Keegan, Poduska, Kellam, & Littman, 2013; Kellam et al., 2008) e o Unplugged (Faggiano et al., 2008; Faggiano et al., 2010) focado em educandos de 11 a 14 anos.

pesquisa, empresas, organismos internacionais ou organizações da sociedade civil; e b) em agregar à iniciativa de implementação das ações, um processo contínuo e rigoroso de avaliação pelas universidades nacionais (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Universidade de Brasília - UnB e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP) em parceria com desenvolvedores e avaliadores internacionais dos programas, buscando por um lado, o fortalecimento das capacidades de avaliação de efetividade das ações preventivas *(know-how* ainda em construção) das universidades brasileiras e por outro lado garantir que o processo de adaptação cultural e adaptação para disseminação fosse apoiado por evidências científicas.

Ao longo dos quatro anos desta caminhada (2013-2017) aqui descrita, a equipe técnica, em parceria com diversos atores, buscou, construiu e testou possíveis soluções para os desafios de disseminação dos programas efetivos no âmbito de políticas públicas - algumas bem-sucedidas, outras nem tanto. Contudo, como cada experiência gera aprendizados, consideramos que serviram para a qualificação e apoio na tomada de decisões ao longo do projeto. Parte dessa história será compartilhada neste capítulo.

Como conciliar adaptação cultural e fidelidade na disseminação de programas de prevenção como política pública?

O Brasil é um país de dimensões continentais, característico pela sua diversidade cultural, religiosa e socioeconômica, além de apresentar uma desigualdade social estrutural, levando à coexistência de micromundos e contextos completamente distintos vividos pelos sujeitos de uma forma, muitas vezes, predeterminada desde o nascimento. Quando se pensa em disseminar programas baseados em evidências, estas características múltiplas representam o primeiro grande desafio.

Como adequar programas de prevenção para públicos de diferentes contextos? Será que um programa de prevenção que funciona em uma capital manterá seus efeitos no interior? E será que os programas que se mostram efetivos no Sul do país serão efetivos no Norte? E quanto às comunidades indígenas, populações do campo, floresta e águas, além de outros grupos culturais específicos?

Evidências indicam que a interação entre fatores de risco e de proteção deve ser considerada na elaboração de ações de prevenção (Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015). Quando se planeja a aplicação de um programa para contexto ou território específico, as etapas de adaptação cultural incluem estudos de fatores de risco e proteção (Sandoval, Corrêa, & Abreu, 2015; Barrera & Castro, 2006; Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013). Porém, em um contexto de disseminação por meio de políticas públicas, em que medida é possível fazer adaptações para contextos específicos? Quantas versões seriam necessárias? Qual o custo das pesquisas para embasar as adaptações necessárias em uma dimensão nacional? Considerando o risco de adaptações, se não cuidadosamente conduzidas, comprometerem os elementos centrais e consequentemente a efetividade do programa, é possível escalonar programas preventivos? Ou deveria ser escolhida abordagem de baixo para cima. i. e. ao invés de disseminar os programas nacionais, investir em criação de estratégias locais a serem avaliadas em quesito de efetividade?

Como no Brasil não foram identificadas intervenções no campo de prevenção com avaliação de efetividade consolidada (Abreu, 2012), o Ministério da Saúde optou por investir na adaptação cultural dos programas de prevenção que mantiveram resultados de efetividade em diversos países (após as adaptações culturais), assim apostando na possível replicabilidade em diversas regiões do Brasil. Considerando a extensa dimensão e diversidade sociocultural do país, a implementação dos programas como política pública demandava flexibilidade para adaptação às diferenças locais. Porém, havia necessidade de garantir que as essências dos programas fossem preservadas. Reconhecendo o risco de comprometimento da fidelidade no processo de adaptação cultural (Castro, Barrera, & Martinez, 2004), o Ministério da Saúde tomou as seguintes medidas para preveni-los:

1. No pré-piloto (em 2003):

a. Capacitação e certificação da equipe nacional de multiplicadores14 dos programas preventivos para aprofundamento a respeito dos elementos centrais dos programas, conduzidas pelos desenvolvedores internacionais, presencialmente;

b. Condução, por parte da equipe técnica do Ministério da Saúde, de um acompanhamento próximo das experiências territoriais em um mergulho profundo

14 Multiplicadores eram profissionais selecionados e capacitados para treinar os profissionais dos territórios para aplicação dos programas, como também acompanhar, monitorar e qualificar a aplicação dos programas.

nas inúmeras realidades locais, vivenciando junto com as gestões locais e profissionais da educação, saúde e assistência/desenvolvimento social, todas as barreiras e caminhos possíveis para consolidação de uma rede atuante no campo da prevenção.

c. Registro e análise de adaptações espontâneas conduzidas pelos profissionais das áreas estratégicas envolvidas na aplicação dos programas, como também identificação de necessidades de adequações;

d. Avaliação do processo de adaptação cultural pelas universidades federais nacionais.

2. No piloto (em 2014):

a. Retrotradução (back translation) das versões brasileiras dos programas e discussão dos ajustes com desenvolvedores internacionais, para evitar o risco das adaptações realizadas comprometerem os resultados dos programas;

b. Aplicação dos programas nas cinco regiões do Brasil para avaliar a efetividade das versões brasileiras adaptadas, a partir das experiências no Sul, Sudeste e Centro-Oeste no pré-piloto;

3. Na etapa de disseminação (a partir de 2015):

a. Introdução de instrumentos de monitoramento visando controle de fidelidade da aplicação dos programas e assim, prevenindo adaptações locais, que poderiam comprometer resultados;

b. Formação contínua dos profissionais implementadores visando reforço dos elementos centrais.

Mesmo com ampla aceitação dos programas em diversas localidades do país, com base nas experiências e a partir dos resultados de pesquisas, foram feitas alterações a respeito do público-alvo dos três programas. Por exemplo, a não aplicação nas escolas com populações indígenas, não aplicação com famílias com vínculos rompidos e especificação da faixa etária dos participantes. Entendeu-se que para esses, e outros públicos específicos, seria necessária uma adaptação específica e/ou oferta de programas diferentes, atendendo as necessidades próprias.

O desafio de como garantir a replicabilidade dos resultados em diversos contextos se aplica não somente à dimensão territorial, mas também à temporal. A rapidez dessas mudanças sociais impõe certa pressão na velocidade que a ciência responde às demandas do setor público. Desta forma, há de se questionar: será que os programas têm prazos de validade? As metodologias e dinâmicas/técnicas propostas, testadas e validadas há 5, 10 anos correspondem aos fatores de risco e

proteção chaves para prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas entre crianças e jovens de hoje?

Desafio de disseminar políticas de prevenção

Políticas sobre drogas

O Ministério da Saúde investiu na prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de diretrizes e normativas que visam ações de atenção integral, pautadas no compromisso ético em defesa da vida (Silveira et al, 2003). De 2013 a 2017 a proposta da CGMAD/MS para a implantação de programas de prevenção escolar e comunitária encontrou-se alinhada com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional sobre Drogas, reservando um espaço destacado para a promoção de saúde e prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes.

As respostas territoriais relativas à prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas devem somar esforços para o desenvolvimento de ações com foco nos sujeitos e suas vulnerabilidades, considerando a complexidade multifatorial da temática. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, a prevenção no campo das drogas tem como objetivos evitar o início do uso; retardar a idade de início do uso quando esse não puder ser evitado; reduzir os riscos e danos relacionados ao uso de drogas e, evitar a transição para um uso abusivo. As ações de prevenção devem ser elaboradas considerando: 1) Prevalência de uso prejudicial de drogas e suas faixas etárias; 2) Necessidades de adequação aos diferentes contextos individuais, sociais, políticos e culturais; 3) Articulação em rede entre os setores e o controle social; 4) Organização de ações baseadas em boas práticas no campo da prevenção; e 5) Necessidade de avaliação contínua dos efeitos das ações de prevenção (Brasil, 2015).

Todo o processo de escolha, tradução, adaptação e implementação dos programas de prevenção seguiu paradigmas da prevenção, em que se destacam:

- O uso prejudicial de substâncias, compreendido como resultado de uma configuração complexa de fatores de vulnerabilidades e baixa resiliência, que mudam conforme a idade e circunstâncias nas quais os indivíduos se relacionam;

- Prevenir o uso prejudicial de álcool e outras drogas requer: identificar fatores de vulnerabilidades e resiliência específicos à população estratégica, bem como ofertar ações capazes de diminuir vulnerabilidades e aumentar resiliências;
- O conjunto de condições de vulnerabilidade sob as quais vivem determinadas comunidades – e que abrange condições socioeconômicas precárias, desemprego, baixa escolaridade, rede de apoio frágil, habitação insegura e baixo acesso aos bens de consumo – é um importante fator de risco para diversos desfechos negativos em saúde mental, dentre eles, o uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Experiências transgeracionais de fracasso escolar aumentam a probabilidade de que novos membros da família experimentem baixos desempenhos acadêmicos e evasão escolar, diminuindo suas oportunidades de mudanças em condições socioeconômicas;
- Estratégias que têm se mostrado eficazes como fortalecedoras de fatores de proteção são: ações que viabilizem o desenvolvimento de habilidades de vida para lidar com adversidades, ações que viabilizem o fortalecimento de vínculos sociais e ações que viabilizem mudanças de práticas familiares, sociais, institucionais e comunitárias na direção de uma cultura de paz e de acolhimento – em oposição a ambientes com prevalência da coerção.

Diferenças paradigmáticas pessoais e institucionais em relação ao uso prejudicial de drogas

São identificadas diferentes abordagens que se complementam ou divergem conceitualmente e na maneira de se prevenir o uso prejudicial de drogas, bem como nas tomadas de decisões em relação à execução destas formas de prevenção. De um lado, encontra-se a chamada "guerra às drogas" (priorizando abordagens de repressão e proibição, centrando o problema nas substâncias em si) e no outro a redução de danos (defendendo abordagens pautadas pela lógica de direitos humanos e protagonismo dos sujeitos, focando nos indivíduos e não nas

substâncias). Assim, implementar e disseminar programas de prevenção baseados em evidências em um país com tantas ofertas e interesses políticos, acadêmicos e empresariais foi um grande desafio.

Parte dos desafios são as diferenças paradigmáticas das instituições que dificultam a construção de parcerias e da implementação de ações preventivas de forma intersetorial, tanto à nível do governo federal, quanto à nível estadual e municipal. Em alguns momentos, essas diferenças levam à retirada de alguns atores dos processos, ou à vinculação dos programas de prevenção baseados em evidências a outras ações pautadas em paradigmas conflitantes, e sem eficácia comprovada. Correndo-se o risco de, assim, diminuir o potencial preventivo dos programas.

Além desses desafios encontrados no nível institucional, outros desafios relacionados ao conflito de paradigmas aparecem no nível individual. Durante a execução das ações preventivas, os profissionais, independente das instituições que representam, muitas vezes são influenciados pelas próprias crenças normativas e paradigmas a respeito do uso de drogas e sua prevenção.

Ao longo da implementação dos programas, tanto as pesquisas avaliativas conduzidas pelas universidades, quanto os instrumentos de monitoramento utilizados no processo de implementação, apontaram desvios da fidelidade dos elementos centrais, adaptações parciais e modificações nas atividades e metodologias previstas por parte dos educadores e profissionais da saúde e assistência/desenvolvimento social. Essas adaptações e modificações foram tão significantes que foram consideradas como uma das hipóteses para explicação de divergência dos resultados esperados das pesquisas avaliativas na fase piloto (Brasil, 2018).

Estratégias desenvolvidas pela equipe de implementadores de políticas públicas: formação, acompanhamento e monitoramento

Para evitar ou prevenir as adaptações inadequadas na implementação dos programas preventivos por parte dos profissionais da ponta, inicialmente (no pré-piloto) investiu-se no acompanhamento próximo e frequente dos profissionais de educação, saúde e assistência/desenvolvimento social pela equipe de multiplicadoras e multiplicadores federais (profissionais do Ministério da Saúde) capacitados pelos desenvolvedores internacionais dos programas. Essa estratégia permitiu que a

equipe técnica interviesse junto aos profissionais ao longo do processo, trouxesse reflexões a respeito dos paradigmas e crenças normativas, reforçasse as evidências no campo da prevenção e assim, reduzisse os possíveis danos.

Porém, visando à disseminação nacional das ações, esse formato de atuação do Ministério da Saúde mostrou-se inviável. Distanciando-se dos profissionais da ponta, duas estratégias foram criadas pela equipe federal para reduzir o impacto dos paradigmas individuais nos resultados dos programas de prevenção:

I) Criação de instrumentos de monitoramento com foco no controle da fidelidade para reduzir os desvios dos elementos centrais dos programas;

II) Introdução da figura de multiplicadores locais: profissionais locais (estaduais/municipais) capacitados pela equipe federal para atuarem no acompanhamento próximo dos profissionais implementadores na etapa de escalonamento dos programas.

As estratégias mencionadas acima são consideradas inovadoras no âmbito da implementação de programas preventivos, visto que este modelo e estes atores não foram previstos nos programas originais ou em qualquer outra implementação a nível nacional. Para trazer a discussão paradigmática de uma forma mais direcionada, na etapa de disseminação nacional foi proposto um novo modelo:

a) implementação das ações: integrando a discussão, planejamento e monitoramento dos programas de prevenção num único processo de articulação dos Planos Locais de Ação[15] em prevenção;

b) capacitação de formadores locais (profissionais da saúde, educação e/ou assistência/desenvolvimento social de estados ou municípios): acrescentada por módulos introdutórios de discussão da Política das Drogas e dos paradigmas, seguido por módulos específicos a respeito dos programas.

Já no nível institucional, a indução da construção conjunta e intersetorial dos Planos de Ação Estaduais e Municipais foi a estratégia escolhida para provocar a discussão dos paradigmas entre os atores envolvidos nos territórios, superação de conflitos visando os objetivos comuns e o trabalho intersetorial. Evitando-se, assim, que os programas de prevenção do Ministério da Saúde

15 Planos de Ação Local eram documentos de planejamento para a implementação, elaborados de maneira articulada em conjunto pela equipe Federal do Ministério da Saúde e atores locais de estados e municípios, de maneira intersetorial. Previu estratégias de implementação dos programas de prevenção, expansão dos mesmos, consolidação de parcerias e estratégias de ação, levando em consideração as necessidades, demandas e especificidades de cada local para garantir execução dos programas de maneira mais qualificada em tempo hábil com divisão de responsabilidades.

fossem implementados por um protagonista específico no território, enquanto os demais atores desenvolviam outras ações de forma desarticulada. Por meio do apoio na construção dos Planos Locais, o Ministério abriu mais uma janela de oportunidades para levar a discussão de ações baseadas em evidências para tomada de decisões territoriais.

Desafios da parceria entre governo e academia na produção de evidências

Para que programas e ações se tornem política pública, a avaliação criteriosa deve ser permanente, identificando a estrutura, implementação e resultados, além de viabilidade, eficácia e efetividade. A avaliação durante a execução das ações permite ajustes em tempo de melhoria dos resultados, nos processos de trabalho (Pedroso et al., 2015) e nos fluxos de implementação, favorecendo a adequação da política às realidades e necessidades locais.

Compor o tempo da Academia e procedimentos de pesquisa com demandas e urgências da política foi um dos pontos inovadores que orientaram as ações e tomadas de decisão da equipe técnica envolvida com a implementação dos programas e sua construção como ação em prevenção em larga escala e disseminável a nível nacional. Como frentes paralelas e autônomas, o objetivo era criar um círculo virtuoso e contínuo de retroalimentação de informações e tomada de decisão baseada em evidências, no qual os achados científicos contribuíssem para avaliação crítica das ações, informassem o corpo técnico para tomada de decisões e indicassem pontos a serem aprimorados na implementação. Dessa forma, desde o início do projeto da CGMAD, as três universidades nacionais, nomeadamente, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Universidade de Brasília - UnB e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, foram envolvidas para cooperar com o processo científico de avaliação e produção de evidências.

Essa relação entre a Academia e as políticas públicas sempre foi aclamada como necessária por diferentes segmentos sociais, políticos e científicos, ainda que sua execução, na realidade das políticas públicas brasileiras, fosse escassa. O benefício explícito dessa relação é a qualificação das ações implementadas pelo governo, que pode, por meio dos resultados indicados pelas pesquisas, aperfeiçoar

suas ações, rever caminhos estabelecidos e fazer um uso responsável e adequado do recurso público.

Entretanto, existem diversos desafios na construção de uma relação funcional entre governo e Academia. O tempo de pesquisa é diferente do tempo das políticas. Para avaliar o impacto de uma ação, há necessidade de estudos comparativos longitudinais, muitas vezes ultrapassando o período eleito dos governos e o tempo da atuação de seus gestores. O papel do governo é induzir as ações eficazes, assim mobilizando as redes territoriais. Uma vez iniciado esse processo de mobilização, as ações não podem ser interrompidas para aguardar os resultados dos estudos. Como as evidências mostram, a descontinuidade prejudica a efetividade das ações (UNODC, 2013). Ao mesmo tempo, não é recomendado avançar com a disseminação das ações sem avaliação prévia em termos de eficácia e efetividade (King, Hawe, & Wise, 1998; Mclennan, Macmillan, & Jamieson, 2004). Assim, um grande desafio foi conciliar e considerar os tempos e as necessidades desses dois aspectos.

Um outro desafio é a superação de obstáculos burocráticos no estabelecimento dessas parcerias. Como o processo de aprovação de termos de cooperação e repasse de recursos é moroso e burocrático e muitas vezes pode ser influenciado pelas restrições orçamentárias, foi importante planejar a implementação e avaliação em conjunto e prever possíveis flexibilizações na implementação para garantir acompanhamento pelos estudos. Além disso, existem inúmeras questões éticas quando se planejam estudos e pesquisas. Por exemplo, a limitação da oferta de intervenções preventivas no campo de uma política pública sob o argumento de possibilitar um estudo controlado randomizado. Quando a disseminação de programas é acompanhada pelas pesquisas comparativas, existe a controvérsia: se por um lado, do ponto de vista de política pública é interessante que as ações ofertadas em certos serviços (selecionados de forma randomizada no estudo clínico) possam ter efeitos transbordantes, por outro lado, para os demais territórios, essa "contaminação da amostra" influencia o grau de validade dos resultados da pesquisa.

Porém, é fundamental equilibrar o viés na produção de evidências científicas desde o momento de definição de indicadores a serem medidos e dados a serem coletados, passando pela escolha de métodos de pesquisa e análise,

até chegar à interpretação. As políticas de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas devem estabelecer metas que transcendam o uso, atuando em todas as frentes de vulnerabilidades dos sujeitos. Devem atender a demandas reais do território, considerando a especificidade dos sujeitos objetos da ação, as características regionais, o diagnóstico da rede (equipamentos governamentais, da sociedade civil, universidades, conselhos, dentre outros), de forma a potencializar os resultados (Junqueira, Inojosa, & Komatsu, 1997). Porém, no campo da avaliação de intervenções preventivas, os mais valorizados são os estudos clínicos randomizados epidemiológicos, que trazem informações a respeito do impacto das intervenções nas mudanças de taxas de uso de substâncias e mudanças de alguns outros comportamentos considerados de risco.

Os estudos clínicos randomizados internacionais já têm padrões bem estabelecidos para medir o impacto das intervenções nas taxas de experimentação e uso de álcool e outras drogas. Os desafios permanecem a respeito de captar e medir outras variáveis relevantes, tais como a transformação da vida dos sujeitos, o desenvolvimento das habilidades de vida, fortalecimento de vínculos, construção de projetos de vida e demais fatores, que levam em longo prazo, à prevenção dos problemas relacionados com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Respostas a essas e inúmeras outras perguntas a respeito de tipos de evidências ainda precisam ser construídas. De preferência, em uma parceria entre a Academia, profissionais implementadores e gestores das intervenções em prevenção. Para essas parcerias no âmbito da disseminação de políticas em prevenção, podem ser consideradas três boas práticas: i) planejamento conjunto entre governo e instituições acadêmicas da avaliação das intervenções desde o início da sua implantação (incluindo discussão e definição de indicadores e desfechos a serem avaliados); ii) estabelecimento de uma relação aberta com espaços e canais de comunicação diretos e frequentes, e ferramentas de trabalho, p. e. Grupos de Trabalho, possibilitando discussões técnicas e trocas constantes ao longo do processo; e iii) criação de processos e instrumentos de monitoramento como parte das intervenções governamentais para além das pesquisas (sejam transversais ou longitudinais), possibilitando acompanhamento e intervenção em tempo real nos processo de implementação e disseminação dos programas e ações preventivas.

Desafios da disseminação de programas de prevenção de maneira intersetorial, como política pública

As políticas intersetoriais se mostram como uma perspectiva da política pública para uma abordagem integral, que visa a contraposição à fragmentação e setorização das ações, trazendo um paradigma que amplia o olhar para a prevenção e trata o fenômeno de drogas para além das esferas policiais e da saúde. A intersetorialidade busca integrar atores de diversas esferas e campos, para solução de problemas que atingem a população. Para Schutz & Mioto (2009), problemas sociais complexos demandam articulação e integração de saberes e experiências, em uma lógica de complementaridade.

Desde o final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a intersetorialidade na saúde como a articulação entre os setores governamentais, em especial a saúde e a educação, no planejamento, execução e avaliação de ações conjuntas a fim de alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (OMS, 1997, p. 3).

Ações intersetoriais derrubam a predominância de um setor específico. As parcerias são necessárias para a construção de certa unidade na atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização (Azevedo, Pelicioni, & Westpha, 2012). A intersetorialidade propõe a articulação para o planejamento, realização e avaliação das ações, para alcançar resultados integrados em situações complexas (Junqueira et al., 1997).

Isso porque a atuação unilateral não é totalmente capaz de atender uma demanda como a implementação de políticas públicas, principalmente em se tratando de uma pauta delicada como a de prevenção no campo de álcool e outras drogas. Dessa forma, os ganhos são muito maiores e eficazes quando setores diferentes se unem por um mesmo objetivo, mesmo que haja divergências de opiniões/valores, pois se há um objetivo em comum, há uma base possível para que o trabalho em conjunto seja feito para alcançar determinado resultado. Segundo Nascimento (2010),

> A intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Deste modo, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil (p. 96).

Além de sanar demandas primárias, o trabalho intersetorial tem como resultado outros desfechos, como o fato de ajudar a dar respostas institucionais de demandas (secundárias) públicas, que acabam sendo compartilhadas à medida que as agendas conjuntas vão acontecendo. Também traz uma dinâmica para processos das lógicas institucionais que em sua grande maioria são muito longos e burocráticos, pois quanto mais parceiros de diferentes instâncias estão envolvidos em prol de um objetivo comum, forças se reúnem e processos tornam-se mais céleres. Optando por caminhos de intersetorialidade, também é possível ter ganhos na celeridade das ações se aproveitando dos processos já estabelecidos e funcionando, ao invés de desbravar novos caminhos e criar novos processos. Ainda, trabalhar intersetorialmente contribui com a diminuição da distância entre atores que antes trabalhavam setorialmente, bem como a distância entre política e público alvo. Dessa forma, devem-se construir espaços para agendas intersetoriais que possibilitem uma comunicação constante no processo de elaboração e execução de políticas públicas e que proporcionem troca de saberes técnicos e um conhecimento cada vez mais amplo a respeito das pautas prioritárias de cada setor. Nessa linha, é fundamental que haja interlocução e trocas entre os diversos atores estratégicos (Academia, gestores, executores) que têm o poder de viabilizar projetos com potenciais para se tornarem políticas públicas e alianças dentro e fora dos órgãos federais para criação de uma rede que sustente as ações e troque experiências.

Ainda, um outro resultado secundário é o uso responsável e enxuto de recursos públicos, já que o trabalho intersetorial possibilita a redução de custos em ações. Isso porque ao invés de cada pasta trabalhar separadamente uma estratégia diferente para as mesmas demandas (prevenção do uso prejudicial de drogas), e

investir recursos para tal, todos os envolvidos podem contribuir com uma parcela (menor) do orçamento para uma ação mais abrangente e integrada.

No entanto, o trabalho em moldes intersetoriais é um grande desafio, pois há uma cultura generalizada de ações desarticuladas e fragmentadas de forma setorial onde um determinado setor atua de forma isolada, apenas com órgãos, entidades e parceiros do mesmo segmento, sendo que os resultados poderiam ser infinitamente melhores, mais eficazes e de maior alcance se as ações fossem executadas conjuntamente em formato intersetorial (Nascimento, 2010).

Desafios na construção de parcerias intersetoriais em prevenção no nível federal

No que tange à experiência de implementação e disseminação dos programas de prevenção da CGMAD/MS, a promoção de intersetorialidade se deu mais fortemente na articulação e pactuação nas esferas de execução - junto aos estados e municípios - envolvendo as Secretarias de Saúde, Educação, Assistência/Desenvolvimento Social e outros relevantes. Já a articulação intersetorial para dentro do Ministério da Saúde foi desenvolvida em menor proporção. Diversos potenciais parceiros foram identificados (Coordenação de Saúde do Adolescente e Jovem, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Programa Saúde na Escola, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais[16]). Porém, no âmbito dos programas de prevenção não houve articulação mais significativa para que a pauta fosse trabalhada com a prioridade necessária e proporcionar cooperação em termos de ações conjuntas.

Mesmo que os programas preventivos possuíssem interfaces nos campos da saúde, educação e assistência/desenvolvimento social, as tentativas de articulação intersetorial com o Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social não resultaram em parcerias consistentes. Em 2013, foi realizado o Simpósio Internacional sobre Drogas e o Seminário Internacional sobre Prevenção do Uso de Álcool e Outras Drogas com o intuito de provocar a discussão a respeito de políticas de drogas e prevenção entre os gestores dos

16 Nomenclaturas adotadas entre 2013-2017.

governos federal, estaduais e municipais. Além disso, foi instituído o Colegiado do Projeto de Prevenção, com participação de representantes dos Ministérios da Educação, Desenvolvimento Social e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, e, representantes da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens, das universidades envolvidas e do UNODC.

O Colegiado se reunia, inicialmente, com frequência bimestral. Porém, a expectativa de induzir envolvimento dos parceiros por meio desse espaço não se concretizou e, aos poucos, foi se esvaziando. Em diversos outros momentos, foram feitas tentativas de articulação das ações de prevenção diretamente com alguns gestores dos Ministérios da Educação e Desenvolvimento Social, com propostas de parceria para disseminação dos programas de prevenção por meio de políticas públicas já existentes (como o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa, do MEC, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do MDS). De forma semelhante, as parcerias não chegaram a ser formalmente firmadas e não foram definidas metas conjuntas ou planos de trabalho e, desta forma, o projeto de parceria não passou da etapa das articulações.

Enquanto isso, uma parceria na implementação e avaliação dos programas de prevenção foi iniciada em 2014 com o Ministério da Justiça, via Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). No âmbito da parceria, a equipe capacitada para disseminação dos programas de prevenção do Ministério da Saúde capacitou a equipe da SENAD, instituída em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, que por sua vez, conduziu uma avaliação específica das ações nos territórios acompanhados. A partir de 2015, as duas equipes se empenharam na disseminação dos programas nos respectivos territórios atuando de forma mais autônoma, escolhendo as estratégias próprias de articulação e implementação, ainda que foram desenvolvidos conjuntamente diversos trabalhos técnicos na revisão e construção de materiais didáticos e instrumentos de monitoramento. Em termos de pesquisa, também houve compartilhamento de investimentos e responsabilidades entre os dois Ministérios.

Os programas de prevenção se tornaram pauta das discussões intersetoriais na construção do Plano Plurianual (PPA 2016-2019), com metas de alcance dos programas como iniciativas do Ministério da Saúde. Porém, a expectativa de ampliar as parcerias para disseminação dos programas por meio destas discussões

não seguiu como a proposta planejada. Dessa forma, mostrou-se fundamental o envolvimento e o comprometimento de um número maior de gestores/atores na gestão federal para definição de estratégia comum para a entrada dos programas como política pública nos estados e municípios. De forma que essas estratégias, que têm como pré-requisito a intersetorialidade, sejam rotineiramente trabalhadas de maneira intersetorial desde a gestão federal até os territórios. Se a gestão federal não se mostra sólida, concisa e atuando de maneira intersetorial, é um tanto frágil exigir que estados e municípios funcionem da mesma maneira.

Apesar de avanços e consensos, a prática de atuação intersetorial esbarra em diversos desafios, organizacionais e políticos, e no caso da pauta "álcool e drogas", ainda há questões conceituais e ideológicas que interferem nas tomadas de decisões. Não há um modelo padronizado para o trabalho intersetorial, pois também há diversidade nas relações institucionais e políticas nos territórios, onde cada um assume ações e responsabilidades com diferentes graus de comprometimento. Isso pode estar relacionado, por exemplo, ao grau de interesse e prioridade da pauta para o território, disponibilidade de recursos humanos e financeiros e grau de relações institucionais entre os entes para o desenvolvimento de ações de prevenção.

Pedroso et al (2015) aponta exemplos nos desafios da intersetorialidade na ponta, como a conciliação de agendas, alinhamento entre os fluxos, inclusão de ações intersetoriais no cotidiano dos serviços e das práticas profissionais. Há de se considerar que a perspectiva da "especialidade" reforça as ações setorizadas, tanto na prevenção e especialmente na assistência às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

> (...) atuação intersetorial não é uma diretriz incorporada pelas políticas e programas, por isso esse modo de articulação suscita mudanças nas práticas e na cultura organizacional que a corroboram. É um processo que tem riscos e que afeta os interesses, muitas vezes divergentes, de grupos. Ela tende a ser particularizada por cada uma das políticas setoriais, bem como pelos interesses profissionais individuais, dificultando assim, a formulação e articulação de propostas compartilhadas, que dialoguem (Pedroso et al., 2015, p. 19-20).

Desafios na construção de parcerias intersetoriais em prevenção nos territórios

Para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, se faz necessário planejamento (Baldo & Luckmann, 2015), compreensão das demandas territoriais, sensibilização dos atores envolvidos, monitoramento e avaliação. Nessa lógica, o Ministério da Saúde usou as seguintes estratégias, no período de 2013-2017, para promover a intersetorialidade na implementação dos programas nos territórios:

a) A articulação das ações, junto aos municípios e estados, por meio de reuniões intersetoriais, incluindo, dentre outros, atores da saúde, educação e assistência/desenvolvimento social. Mesmo que o interesse pelos programas de prevenção e a capacidade técnica ou vontade política surgissem de um setor específico, o Ministério convidava os demais setores para participarem das ações de prevenção desde as etapas iniciais de pactuação. A partir de 2017, um novo formato de articulação e sensibilização dos gestores e profissionais foi proposto no modelo de disseminação, promovendo criação e fortalecimento de coletivos nos territórios (na construção de Planos Locais de Ação, participação intersetorial no Encontro Inaugural[17] etc.);

b) O processo de implementação e disseminação das ações reforçava o pilar da intersetorialidade: ações de capacitação contínua e monitoramento de profissionais e gestores foram realizadas de forma intersetorial, possibilitando o encontro dos representantes de diversos setores, trocas de saberes e fortalecimento das redes territoriais (relações entre escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, Núcleo de Atenção à Saúde da Famílias (NASF), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e/ou outros dispositivos relevantes do território);

c) Os programas em si previam ações concretas a serem realizadas de forma intersetorial como, por exemplo, planejamento e realização do componente familiar dos programas escolares - Oficinas de Pais e Responsáveis. A partir destas primeiras vivências da atuação intersetorial,

17 Primeiro encontro realizado no território para disseminação das informações sobre os programas de prevenção, as ações previstas, as articulações necessárias, prazos etc.

as parcerias nos territórios foram formadas, e novas atuações intersetoriais extrapolaram as atividades inicialmente previstas.

Desafios de sustentabilidade na disseminação das políticas de prevenção

Superando os desafios relacionados com identificação ou desenvolvimento de intervenções e programas eficazes e eficientes na prevenção dos problemas relacionados com o uso de drogas, novos desafios surgem quando se inicia o processo de transferência dessas tecnologias para novos contextos e na disseminação em larga escala visando a sustentabilidade e viabilidade das ações. No cenário das políticas públicas no campo álcool e drogas, surgem perguntas sobre como otimizar os recursos financeiros e humanos, comumente limitados, para incidir no enfrentamento de problemas associados ao uso prejudicial, como garantir que os resultados esperados das intervenções se mantenham em novos contextos e que as ações sejam multiplicadas de forma sustentável.

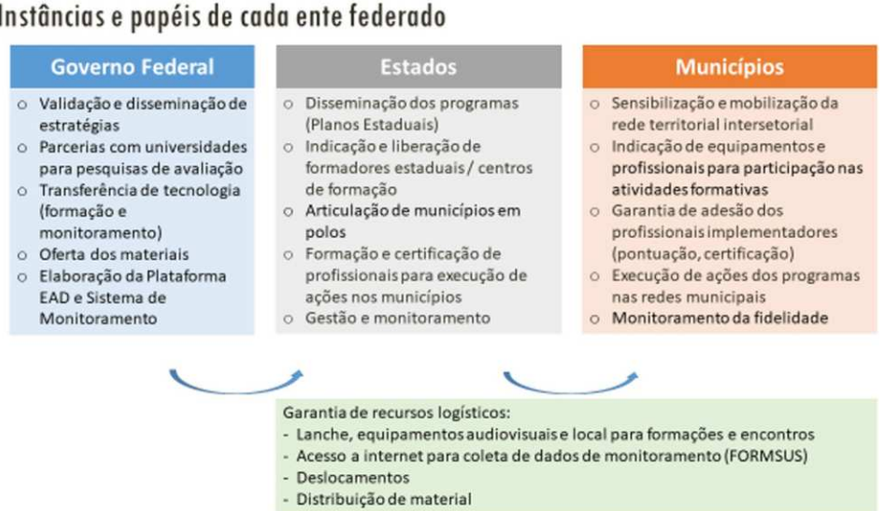
O Ministério da Saúde, desde a criação do SUS em 1988, enfrenta um desafio em induzir políticas universais com o apoio de estados e municípios. Com seus princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação social, a criação e implementação de programas como políticas públicas são desafios imensuráveis. Desde então, a descentralização na efetivação de políticas públicas contribui com o compartilhamento de responsabilidades de estados e municípios e maior autonomia a nível municipal em suas diversas áreas sociais (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

O Governo Federal tem como principais papéis, o de formular, induzir/incentivar e avaliar a política, o que significa, dentre outras atribuições, investir na capacitação de profissionais de estados e municípios, fomentar pesquisas a respeito dos programas implementados, manter diálogo constante com a Academia, além de mobilizar e disseminar as ações de forma qualificada dentro das três esferas de governo. Ainda, cabe ao Ministério da Saúde pactuar as ações a serem implementadas e auxiliar estados e municípios no planejamento da execução, na sensibilização dos territórios, no desenvolvimento constante de

estratégias para melhoria dos processos (e dos programas) e para implantação em larga escala com a devida eficiência. Além disso, o Ministério se responsabilizou por todo o processo de avaliação e monitoramento das ações executadas. Uma vez que o governo federal validou as intervenções com o intuito de torná-las políticas públicas, coube a o Ministério transferir as tecnologias para que os territórios tivessem autonomia para implementar as ações com qualidade e fidelidade.

O Governo Estadual tem como função principal investir e apoiar a execução de políticas nos seus municípios, atuar no processo de capacitação de profissionais implementadores, promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (Brasil, 2003). Por último, cabe ao Governo Municipal, planejar, organizar, executar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde como também, gerir e executar os serviços públicos de saúde e disponibilizar agentes locais qualificados na implementação e no apoio ao desenvolvimento de ações em prevenção (Brasil, 2003). No que se refere à implementação dos programas preventivos, a Figura 1 mostra as principais responsabilidades e papéis de cada esfera de governo:

Figura 1: *Instâncias e Papéis de Cada Ente Federado.*



Fonte: elaborado pelas autoras.

Portanto, cada qual cumprindo o seu papel, as chances de uma política pública ser implementada com qualidade, fidelidade e sustentabilidade são altas. E, o ponto de partida é o mapeamento conjunto das necessidades e vulnerabilidades sociais para pensar em políticas públicas mais adequadas para cada realidade.

No contexto político, um dos grandes desafios é a sobrevivência das ações nos momentos de troca de gestão. Estados e municípios devem articular os setores para elaboração e formalização de Planos de Ação, de forma que as mudanças de gestão não tenham tanta interferência no desenvolvimento das ações e políticas, reduzindo os riscos de interrupção de políticas e programas a despeito de interesses pessoais ou políticos. Deve-se analisar também quais estratégias anteriores já foram adotadas e/ou desenvolvidas ou que estão em andamento, com análise crítica dos resultados para ampliação das estratégias ou desenvolvimento de novas estratégias, que atendam, mais adequadamente, às demandas territoriais. Em relação às parcerias a serem estabelecidas, os planos de ação locais devem mapear, identificar e compor com todos os setores e parceiros relevantes e estratégicos de cada território, seja na esfera estadual, regional, seja nas esferas municipais e locais/ comunitárias nos territórios. A esfera federal, ordenadora das macro políticas, pode atuar junto aos estados e municípios, apoiando-os na elaboração de planos de ação locais, parcerias, cronogramas, partidas e contrapartidas e ferramentas de monitoramento.

As possíveis estratégias discutidas para a etapa de disseminação dos programas de prevenção foram:

- Modelo de escalonamento via formação contínua dos multiplicadores e formadores estaduais e municipais, assim descentralizando o conhecimento dos formadores federais certificados.
- Parcerias com universidades ou outras instituições de ensino e pesquisa (como Institutos Federais do MEC) para atuarem como centros formativos dos gestores e profissionais implementadores dos programas de prevenção.
- O uso de tecnologias de ensino à distância também se mostra essencial para reduzir o custo e aumentar o alcance das ações de capacitação, mesmo que as ações formativas presenciais não possam ser completamente substituídas, já que os programas utilizam as atividades vivenciais para treinamento de habilidades dos profissionais necessárias para aplicação das ações (como, por exemplo, facilitação de rodas e pequenos grupos). Para essa mudança de cultura e papéis dos profissionais, a formação presencial se mostrou importante.

Outro aspecto crítico na disseminação dos programas de prevenção foi o monitoramento tanto da fidelidade aos elementos centrais na execução das ações nos territórios, quanto dos dados relevantes para a gestão das ações (como número de profissionais capacitados e público alvo alcançado). Esse monitoramento levantou questões como: quanto é possível descentralizar os programas de prevenção e manter controle da qualidade e fidelidade da aplicação de suas atividades e metodologias de forma a concretizar os resultados de efetividade esperados? Como garantir um monitoramento coerente e prudente de todo esse processo desde o seu início, consolidando todas as ações minuciosamente e com um compromisso de gestores das três esferas?

Mesmo que os sistemas de informação oferecessem recursos disponíveis para coleta e geração de relatórios gerenciais, na prática existiram lacunas no preenchimento de instrumentos de monitoramento pelos profissionais executores. O pouco preenchimento de instrumentos para coleta de dados de monitoramento se deu pela escassez de recursos humanos e/ou tempo para cumprimento de demais demandas, falta de acesso a computador e/ou internet nos dispositivos da rede de educação, saúde e assistência/desenvolvimento social, como também falta de compreensão da importância do monitoramento. Com os dados deficitários, não havia garantia que os resultados das análises corresponderiam fielmente à realidade nos territórios, comprometendo, assim, a sua função de apontar problemas e necessidades de adequações na implementação de políticas públicas.

Por isso, observamos a necessidade de investir na mudança de cultura apresentando o monitoramento como ação integrada à aplicação das ações e intervenções em prevenção, aprimorar os instrumentos de monitoramento no sentido de simplificar a coleta de dados. Porém, garantindo a obtenção de dados relevantes, inovação dos métodos de coleta de dados (como uso de aplicativos acessíveis via celular), além de possibilitar comunicação e acesso aos resultados de monitoramento a gestores e profissionais participantes da implementação das ações. Os dados de monitoramento, além de representar fonte complementar

à coleta de dados de pesquisa por meio de estudos, também traz insumos importantíssimos para tomada de decisão política a respeito de adaptação e aprimoramento das ações em prevenção.

Considerações finais

Este texto relatou o processo desafiador e inovador por parte do governo federal na implementação de programas preventivos do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre 2013 e 2017, os quais tinham foco no fortalecimento de habilidades sociais e de vida, fatores de proteção e redução de fatores de risco. Pode-se dizer que foi escrita uma história inédita e bem intensa no âmbito da prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil. Sementes foram plantadas, paradigmas foram quebrados e vidas foram modificadas nos quatro cantos do país.

No processo de implementação dos programas de prevenção, foram abordados inúmeros desafios que foram cruciais para o aprimoramento constante dos programas e da pauta de prevenção dentro e fora do SUS. Bem como as complexidades na concretização de ações preventivas do abuso de álcool e outras drogas em um país de dimensões continentais, diferenças culturais, paradigmáticas e socioeconômicas incomensuráveis.

Confiamos na ciência e na elaboração de diretrizes responsáveis para que futuramente novas políticas no campo álcool e drogas sejam embasadas em pesquisas científicas e implementadas em larga escala de maneira responsável. As ações de caráter imediatista atendem a demandas urgentes, mas não consideram que investir na prevenção diminui, em longo prazo, os agravos e demais consequências sociais relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. A implementação das políticas de prevenção deve assumir um lugar de destaque nas agendas intersetoriais, considerando a complexidade do fenômeno de drogas na sociedade brasileira e a vulnerabilidade a que estão expostas as crianças e adolescentes.

A experiência mostra que é fundamental ampliar a pauta da prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, com envolvimento de diversos setores governamentais, não governamentais, da sociedade, envolvendo-os e responsabilizando cada um dos entes, de forma que as ações e políticas sejam sustentáveis.

Lições aprendidas

- Sem ações intersetoriais, a implementação de programas preventivos se torna insustentável a longo prazo.
- Programas de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas precisam estar adaptados culturalmente e adequados às realidades locais de acordo com suas demandas e necessidades específicas.
- Planos de Ação ou qualquer outro instrumento oficializado pelos gestores locais são fundamentais, principalmente, dentro de um contexto de mudanças de gestão a cada dois anos (eleições presidenciais e estaduais intercaladas com eleições municipais).
- O orçamento destinado às ações de prevenção deve ser pactuado, preferencialmente, de modo intersetorial, para que sejam criadas condições para a execução devida da implementação, coordenação, adaptação e monitoramento das ações preventivas.
- Para que programas de prevenção apresentem resultados positivos para os profissionais e para a população que os recebe, há necessidade de acompanhamento e monitoramento contínuo do processo de implementação e disseminação dos mesmos.
- O alinhamento entre os tempos da gestão/política e da academia é fundamental para um processo efetivo e eficiente quando pensamos em pesquisas e monitoramento dos processos de maneira simultânea à implementação das ações em si.
- Os programas de prevenção são ferramentas necessárias aos profissionais de saúde, educação e assistência social, para o manejo das questões familiares relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Referências

Abreu, S. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11952/1/2012_SamiaAbreuOliveira.pdf

Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D.R. (2007). Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study. *Health Education Research*, 22(4), 547-560. doi: 10.1093/her/cyl122

Azevedo, E., Pelicioni, M. C., & Westpha, M. (2012). Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1333-1356. doi: 10.1590/S0103-73312012000400005

Baldo, L. C., & Lückmann, L. C. (2015). A intersetorialidade como estratégia de implementação de políticas públicas. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 088-092. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5740820

Barrera Jr, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311-316. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x

Barrera, M. Jr., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(2), 196-205. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003). *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil (1988). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas*. Disponível em https://pbpd.org.br/guia-estrategico-de-cuidado-em-alcool-e-outras-drogas-disponivel-online/

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil.* Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_uso_drogas.pdf

Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tension between fidelity and fit. *Prevention Science, 5*(1), 41-45. doi: 10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd

Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crimes [UNODC]. (2014). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Disponível em https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf

Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crimes [UNODC]. (2015). *International Standards on Drug Use Prevention*. Disponível em https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., & Group, E. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(5), 537-543. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.06.018

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., & Group, E. D. S. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend 108*(1-2), 56-64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018

Ford, C.B., Keegan, N., Poduska, J.M., Kellam, S.G., & Litman. J. (2013). *Good Behavior Game Implementation Manual.* Washington, DC: American Institute for Research.

Junqueira, L. A. P., Inojosa, R. M., & Komatsu, S. (1997). Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In XI Concurso de Ensayos del CLAD "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones". Disponível em http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersetorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20municipal.pdf

Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., ... & Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and alcohol dependence, 95*, S5-S28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004

King, L., Hawe, P., & Wise, M. (1998). Making dissemination a two-way process. *Health Promotion International, 13*(3), 237-244. doi: 10.1093/heapro/13.3.237

McLennan, J. D., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2004). Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research–practice gap. *Cmaj, 171*(9), 1069-1071. doi: 10.1503/cmaj.1030676

Nascimento, S. D. (2010). Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas.

Serviço Social & Sociedade, (101), 95-120. doi: 10.1590/S0101-66282010000100006

Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura: Revista de Educação e Letras, 17*(33). Disponível em http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339/1064

Sandoval, L. N., Corrêa, A.O., & Abreu, S. (2015). Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. In S. G. Murta, C. Leandro-França. K. B. dos Santos, & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 249-262). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Schutz, F., & Mioto, R. C. T. (2010). Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate, 16*(1), 59-75. Disponível em https://rle.ucpel.tche.br/rsd/article/view/337

Silveira, C., Doneda, D., Gandolfi, D., Hoffmann, M. C., Macedo, P., Delgado, P. G., ... & Moreira, S. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 52*(5), 349-354. Disponível em https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-psiquiatria.pdf#page=18

SEÇÃO 2

SOBRE OS PROGRAMAS E SUAS ADAPTAÇÕES AO CONTEXTO BRASILEIRO

CAPÍTULO 5

SUBSÍDIOS RELACIONAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ESCOLAR NAS SÉRIES INICIAIS

Flora Moura Lorenzo
Daniela Ribeiro Schneider

Resumo

Neste capítulo discutiremos o ambiente de sala de aula das séries iniciais do Ensino Fundamental e seus desafios para lidar com dificuldades de comportamento e de aprendizagem, tanto para os profissionais envolvidos quanto para os estudantes. Propomos adentrar a complexidade de situações que levam algumas crianças a interagir com colegas e adultos de referência de maneira aparentemente inábil social e emocionalmente no contexto escolar. Para isso, apresentamos uma perspectiva multidimensional ao olhar sobre cenas cotidianas em sala de aula, colocando em contexto o desenvolvimento e fortalecimento das interações do educando, visando uma lógica de promoção de saúde. Pretendemos apresentar princípios aplicáveis para práticas transformadoras visando a possibilidade de implementação em ações preventivas em saúde mental e para gestão em sala de aula. Será descrita a experiência com a adaptação cultural de programas preventivos, que resultou no "Programa Elos - Construindo Coletivos", ofertada como política pública em construção pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, entre 2013 a 2017. Esse programa volta-se ao Ensino Fundamental I, do 1º ao 5º ano, e agrega diversos recursos para o apoio ao desenvolvimento de um convívio harmônico e cooperativo no contexto de sala de aula.

Palavras-chave: prevenção escolar, Programa Elos, Good Behavior Game, interação sujeito-ambiente, vulnerabilidades na infância

Introdução

Nas últimas décadas, verifica-se um aumento dos problemas de convivência nas escolas, o que tem se tornado uma questão cada vez mais desafiadora para a comunidade educativa e para a sociedade como um todo. Essas questões passam a ser objeto central de preocupação para os professores, baseados em suas experiências cotidianas de gestão da sala de aula, tanto no que se refere às questões de comportamentos e conflitos, como seus desdobramentos para o processo ensino-aprendizado. As cenas cotidianas de professores e professoras do Ensino Fundamental requerem o manejo de formas de interação disruptivas, agressivas e desatentas de educandos em contextos de aprendizagem. Episódios de violência verbal e não verbal também são frequentes, seja dos alunos entre si ou direcionadas aos profissionais da instituição escolar, produzindo afastamentos entre educandos, educadores e equipe pedagógica da escola (Fernandez, 2005).

Muitos dos conflitos interpessoais no cotidiano escolar são experimentados como insolúveis, tornando-se recorrente a dificuldade para gestioná-los. A constância de eventos aversivos na prática docente e sua aparente dificuldade de controle podem conduzir os profissionais a frustrações, estafa e à redução de suas expectativas em relação a mudanças positivas na postura dos educandos com vínculo frágil com a escola. Não raro, professores e equipe pedagógica passam a adotar atitudes severas com os ditos "maus alunos", assumindo posturas mais autoritárias (Dopp & Pontes-Ribeiro, 2014). O uso de reprimendas é favorecido pela expectativa de seu efeito imediato, como a redução dos tons de voz dos alunos e suspensão de conflitos. No entanto, quando ocorre, seu êxito tende a ser breve (Botomé & Kubo, 2006; Skinner, 2003), fato que inviabiliza a superação de sensações de impotência frente a comportamentos pouco compreendidos de seus alunos.

Em relação a fenômenos comportamentais, há uma tendência de associar interações humanas cujas origens pouco ou nada se sabe com explicações de ordem patológica latente e/ou relacionadas à "desestrutura" familiar[18] das crianças. Essas

18 Saiba mais: este conceito de "família desestruturada" vem sendo bastante questionado em sua formulação. Segundo a Psicanalista Belinda Mandelbaum (http://ideiasmutaveis.blogspot.com.br/2010/11/texto-das-quintas-series.html), "não podemos confundir o que foge do estereótipo do lar perfeito mostrado em comerciais de TV com uma família desestruturada. Essa condição não tem a ver com a composição nuclear. É preciso sair da questão biológica e atentar para as funções originalmente determinadas como paterna e materna, mas que podem ser exercidas por outras pessoas". Da mesma forma, alguns autores da psicologia social e escolar discutem que faltam evidências científicas sólidas para atribuir à carência material e às precárias condições de

hipóteses são supervalorizadas quando é conhecida a situação de vulnerabilidade psicossocial da família e/ou quando algum de seus membros apresenta envolvimento em conflitos com a lei (Patto, 1991). Diante da complexidade, o desamparo, a repressão e exclusão, ou ainda a não ação podem ser respostas comuns em escolas (Sawaya, 2006).

Propomos uma reflexão sobre o tipo de relação estabelecida entre a instituição escolar e seus educandos, ao discutir se esta poderia ser diferente do padrão tradicional e como seria uma outra perspectiva de intervenção, a partir de fundamentos advindos da Psicologia Escolar Crítica (Patto, 1991) e da Sociologia Disposicionalista (Souza, 2009), assim como, das bases teóricas do Programa Preventivo "Elos - Construindo Coletivos", sustentado na Análise do Comportamento (Baum, 2005; Todorov, 2002).

Com tais embasamentos, questionamos como a postura dos profissionais que representam a escola afetam o envolvimento das crianças com o ambiente de sala de aula e seus desempenhos escolares. Como tais posturas impactam suas trajetórias sociais? Por outro lado, apresentamos conceitos auxiliares para a compreensão de padrões de comportamentos disruptivos, desatentos, de isolamento social e de iniciação de conflitos. Por fim, discorremos sobre práticas institucionais que podem contribuir com o fortalecimento ou rompimento desses padrões.

Essas reflexões visam desvelar o horizonte de racionalidade que fundamenta o "Programa Elos - Construindo Coletivos", implementado como um projeto de política pública preventiva pelo Ministério da Saúde, entre 2013 e 2017, ao discutir a forma com a escola vem lidando com os principais desfechos sobre os quais o programa se dedica a intervir: padrões de comportamentos agressivos, disruptivos e de isolamento social de crianças e seus impactos para os processos de ensino-aprendizagem e de interação social na escola. Derivado de uma intervenção originalmente desenvolvida nos Estados Unidos (Barrish, Saunders, & Wolf, 1969; Biglan, 2015; Embry, 2002) e adaptado culturalmente às redes de educação e saúde brasileiras, o programa prevê a promoção de práticas docentes de acolhimento capazes de promover mudanças positivas duradouras em ambientes de aprendizagem (Lorenzo et al., 2018).

vida das famílias e dos filhos das camadas populares um suposto déficit ou atraso no desenvolvimento cognitivo e linguístico e associar esses últimos às causas do baixo rendimento escolar das crianças (Sawaya, 2006). Este modelo traz uma visão ahistórica e associal dos processos de constituição das famílias e formam parte da reducionista "Teoria da Carência Cultural", já devidamente criticada pela psicologia escolar crítica (Patto, 1991).

Sujeito como ser em relação

Alunos e alunas que apresentam comportamentos disruptivos e agressivos recorrentes em situações de aprendizagem na escola podem ser denominadas "agressivas"? Podemos atribuir seus atos a personalidades "opositoras", "desafiadoras"? Devemos assumir que não há o que fazer? As perguntas que se apresentam a um educador frente a situações de "indisciplina" são de difícil resposta. Em face a sua complexidade, estabelecer um foco exclusivo sobre o sujeito que "perturba a ordem" desconsidera o papel dos contextos geradores da situação.

Tais posicionamentos, que aqui denominaremos "reducionistas", são prováveis de serem assumidos quando não se observa o vínculo existente na inter-relação entre os sujeitos e o ambiente em que se desenvolvem e com os quais interagem. Ao não sabermos como interferir positivamente nesse espaço vivencial, também tendemos a supor a inevitabilidade e irreversibilidade de padrões comportamentais (Robinson, 2003).

Descobertas a respeito do envolvimento de aspectos socioambientais na gênese e na manutenção do modo como cada um de nós interage no mundo são ainda pouco acessíveis a áreas de conhecimento e campos de atuação que trabalham direta ou indiretamente com comportamento humano. O mesmo ocorre com estratégias baseadas em evidências para incidir em tais processos. Felizmente, elas têm sido experimentadas com vários indicativos de êxito e replicadas sistematicamente em diversos contextos e culturas (Embry & Biglan, 2008; Wilson, Hayes, Biglan, & Embry, 2014).

Considerar a dimensão socioambiental como parte indissociável da constituição do ser humano e de seu campo de ações traz alguns questionamentos: Fala-se de uma determinação absoluta, em que um evento é responsável exclusivo pela causa de outro? Propõe-se um predomínio da objetividade sobre a subjetividade humana? Qual a participação de desejos, sentimentos e emoções na gênese e manutenção de comportamentos? Ao longo do módulo, esperamos demonstrar que os princípios sobre os quais discorremos têm respostas mais sistêmicas no que tange a essas várias dimensões.

Comecemos por adentrar no significado do termo ambiente. Não se trata, apenas, do meio físico e externo ao indivíduo, mas abrange o próprio sujeito, seu

corpo, suas emoções e pensamentos, além de eventos sociais e culturais. Ao falarmos em ambiente, abordamos eventos presentes no contexto imediato e disposições derivadas de sua trajetória passada. Propõe-se um conceito de homem/mulher como parte da natureza, que a constitui e é por ela constituído (Botomé, 2001).

Na relação sujeito-ambiente, podemos distinguir aspectos físicos, sociais, culturais, orgânicos (biológicos), atuais e históricos, externos e internos (Collodel-Benetti, Vieira, Crepaldi, & Schneider, 2013). Tanto os elementos históricos presentes no momento em que o indivíduo age, quanto aqueles que são consequências de suas ações, são importantes para a constituição do modo como o sujeito atua nas situações. Ao longo de nossa história evolutiva, a sensibilidade às consequências de nossas ações favoreceu a adaptação dos organismos aos contextos em que viviam, aumentando suas chances de sobrevivência e perpetuação da espécie (Baum, 2005). Como herança, nascemos capazes de sermos afetados pelas transformações que produzimos no mundo e nos outros. Consequentemente, nos tornamos mais ou menos inclinados a manter formas de agir conhecidas ou experimentar novas, a depender de como modificamos o mundo e a nós mesmos (Botomé, 2001; Skinner, 1953).

Conceber o sujeito como parte integrante da natureza implica localizar a gênese e a manutenção de suas formas de agir em sua história de vida, em seu contexto atual, com sua dimensão material e de interação com os outros, e nas probabilidades de futuros. Condições orgânicas/biológicas por si, portanto, não são suficientes para explicar as ações de uma criança, nem para desacreditar em suas possibilidades de mudança; tampouco exclusivamente suas condições familiares e sociais, sua história e as marcas por ela deixadas. As relações atuais que uma criança estabelece com os colegas, com a educadora, com o contexto físico e social da instituição escolar – e as relações que todos estes estabelecem com os educandos – também têm papéis importantes na manutenção de suas aproximações ou afastamentos de um convívio harmônico. A compreensão de comportamentos que incomodam aos professores ou a seus pares exige de nós um olhar complexo sobre o que ocorre.

Atividades focadas no contexto escolar atual têm demonstrado impactos importantes por meio da alteração dos estilos de interação educando–educando e educando–professor. Ao produzir mudanças nos comportamentos em sala de aula e na dimensão afetiva das relações interpessoais, possibilitam uma melhor

apropriação das consequências dessas interações, especialmente aquelas que incidem sobre o outro ou sobre si mesmo.

Padrões de interação dos sujeitos

Ainda que saibamos da importância da sensibilidade do indivíduo às consequências de suas ações sobre o ambiente, à primeira vista podemos supor que isso não se aplique às crianças que apresentam padrões disruptivos e agressivos em sala de aula. São frequentes os relatos de professores de que nenhuma de suas reações às posturas desses estudantes parecem surtir efeito (Freitas, 2009; Silva, 2009). Contrariamente à interpretação que parece mais natural, consequências ambientais também afetam o comportamento das crianças nesses casos. Contudo, os esforços empreendidos em redirecionar interações em desacordo com uma boa convivência social podem ter efeito contrário ao que se almeja. Paradoxalmente, reprimendas podem fortalecer comportamentos dos educandos que produzem rupturas ou extrapolam o que está estabelecido ou acordado para uma determinada situação. Como compreender isso?

Quando agimos no mundo, o modificamos. Podemos produzir novos eventos, eliminar aspectos presentes, evitá-los ou fugir deles. A depender do tipo de consequência produzida e de nossa história prévia de aprendizagens, estaremos suscetíveis de diferentes formas às consequências ambientais. Disso decorre que nossos comportamentos sejam fortalecidos, enfraquecidos ou mesmo que não tenham suas forças alteradas (Botomé & Kubo, 2006). A mudança na força das relações que estabelecemos com o mundo implica alterações na frequência com que nos comportamos de determinadas formas. A seguir, apresentaremos diferentes tipos de relação entre comportamentos e suas consequências ambientais, com destaque às alterações que cada uma produz nas probabilidades de ação do sujeito. Os exemplos não retratam casos reais, mas ilustram situações recorrentes no ambiente escolar.

Fortalecimento de interações por meio de consequências encorajadoras

Para falarmos do efeito de consequências encorajadoras no comportamento dos indivíduos, traremos um exemplo simples de como podem produzir, em geral, satisfação e bem-estar.

Suponhamos que seja o primeiro dia de aula de um menino de sete anos em sua nova escola. Ainda tateando habilidades sociais, é possível que experimente incertezas quanto a conseguir fazer novas amizades. Em sua história prévia de interações no ambiente familiar, contudo, observou diversas iniciativas de seus primos em conhecer outras crianças e prontamente convidá-las para brincar. Cada novo ambiente social representava a eles uma nova oportunidade para ampliar o grupo de amigos e explorar novas brincadeiras. Assim, experiências com interações agradáveis prévias em ambientes sociais tornaram contextos semelhantes isentos de sinais de "riscos" para a interação com pares, condição favorecedora para a iniciativa de convidar colegas para brincar durante o recreio. Suponhamos que os colegas da nova escola tenham aceitado o convite e que a interação tenha produzido respostas emocionais agradáveis. A experiência gratificante proporcionada pela iniciativa do novo aluno transforma suas probabilidades de ação nos próximos dias, tornando-o propenso a convidar seus colegas para brincar novamente.

O garoto poderia ter permanecido sozinho no recreio, poderia aguardar a iniciativa de algum colega ou a intervenção de um(a) educador(a). O modo como interferiu no mundo, contudo, produziu consequências positivas e o fez sentir-se alegre e satisfeito. Sua inclinação em repetir os convites nos dias seguintes tem relação com as consequências que obteve em sua tentativa: foram agradáveis e fortaleceram as relações entre o contexto escolar e as boas chances de que sua interação com os colegas fosse novamente gratificante. Esse é um exemplo simples que ilustra como as consequências positivas de nossas ações no ambiente são capazes de favorecer novas ações semelhantes, bem como nossas emoções.

É importante destacar que aspectos sociais predominaram entre as consequências apresentadas no exemplo. Como seres sociais, dependemos da mediação do outro para nos desenvolvermos como indivíduos, e como indivíduos que pertencem a uma coletividade (Oliveira & Oliveira, 1999).

Fortalecimento de interações por meio da eliminação ou evitação de consequências aversivas

Em termos do que fortalece uma forma de agir, remover e evitar eventos aversivos são consequências tão efetivas quanto produzir algo positivo por

meio de nossas ações. Assim, também favorecem a aprendizagem de novos comportamentos e fortalecem aqueles já desenvolvidos. Contudo, ao contrário do exemplo anterior, cuja aprendizagem foi acompanhada de satisfação, evitar ou remover aspectos aversivos do ambiente pode, em algumas circunstâncias, envolver respostas emocionais que acompanham o que é chamado de ansiedade ou ainda de irritabilidade (Zamignani & Banaco, 2005). Embora esse princípio tenha valor de sobrevivência, já que fortalece condutas de autoproteção, pode também produzir prejuízos ao próprio indivíduo (Botomé, 2001).

Propomos um segundo exemplo, igualmente simples e presente em contextos escolares, para refletirmos sobre situações em que repetimos comportamentos que reduzem nosso contato com eventos desagradáveis.

Exploremos o caso de uma estudante que dedica muitas horas por dia aos estudos, obtém boas notas e é reconhecida pelos professores e colegas como excelente aluna. Poucos notam suas respostas emocionais de ansiedade antes e durante cada avaliação. Tampouco percebem que a realização das provas é seguida de sentimento de alívio e aversão aos temas estudados. Os conceitos não se tornam interessantes após sua dedicação, mas sim desagradáveis. A aversão produzida a impede de aplicá-los na realidade, dificultando que sirvam para o desenvolvimento de novas habilidades. Além disso, há o risco de que outros elementos presentes no ambiente adquiram conotação aversiva (Coelho & Tourinho, 2008). É o que ocorre quando, após cada prova, a aluna evita conversas que façam alusão aos temas estudados. Ao não aplicar os conceitos de maneira prática em sua vida, acaba por memorizá-los apenas por um curto período, suficiente para seu bom desempenho nas avaliações.

Se para alguns estudantes as avaliações envolvem diversos aspectos aversivos e nenhuma gratificação além da sensação de alívio, o que faz com que mantenham sua dedicação? Em nosso exemplo, a eficácia em *evitar* notas baixas e críticas foi suficiente para favorecer a repetição do mesmo padrão de estudos em situações semelhantes. Variadas experiências podem ter marcado a trajetória de aprendizagem que favoreceu o repertório da aluna, desde o contato com críticas não construtivas em outros contextos de desenvolvimento até situações em que esteve presente quando colegas foram repreendidos por seus baixos desempenhos. Embora o sucesso acadêmico seja um fator determinante para maior acesso ao mercado de trabalho (Swartz, 1981), as respostas emocionais exploradas neste

exemplo podem ser evitadas por outras formas de incentivos e consequências ao engajamento em tarefas escolares.

Aparente enfraquecimento de interações por meio de consequências aversivas

Nosso último exemplo retrata o caso de um aluno de com dificuldades em matemática. Após sucessivas notas baixas, o aluno desenvolveu um autoconceito negativo, julgando-se incapaz de aprender. Falas desestimulantes de pares e adultos de referência auxiliaram o desenvolvimento dessa percepção, como: "Não perde tempo, isso é muito difícil para você" ou "Você não entende nada mesmo!".

A fim de evitar a retenção na mesma série, o estudante decide colar nas provas. Seu professor, contudo, adota uma postura de "tolerância zero" para atitudes que considera equivocadas em contextos de aprendizagem. Para ele, erros por parte dos estudantes devem ser severamente punidos para que não voltem a acontecer, partindo da premissa de que castigar é a melhor forma de ensinar "maus alunos". Por isso, ao identificar a conduta do estudante em questão, adota uma fala repreensiva, questionando a capacidade intelectual do educando. De forma sarcástica, convoca uma salva de palmas com a participação de seus colegas, produzindo constrangimento público.

Em um primeiro momento, o estudante passa a evitar o risco de ser novamente humilhado perante seus pares e suspende o uso de colas nas avaliações seguintes. Contudo, não podemos afirmar que o educando tenha aprendido novas formas de superar suas dificuldades. Ao retomar os estudos sem nenhuma orientação a respeito de suas dúvidas, frustra-se constantemente e continua obtendo notas baixas, que sinalizam uma provável reprovação. Também não podemos afirmar que o aluno tenha abandonado de modo permanente sua estratégia como alternativa ao fracasso. Suponhamos que o professor seja substituído e que a nova professora adote posturas mais acolhedoras. Diante do menor risco de experiências vexatórias e ainda sem um novo repertório, é provável que o aluno de nosso exemplo volte a apresentar seu antigo comportamento.

Como podemos interpretar essa história? Como compreender o retorno ao antigo padrão de comportamentos do aluno, mesmo depois consequências

aversivas mobilizadas pelo professor? Seria esta uma demonstração de que castigar funciona e que a nova professora deveria adotar a mesma postura como docente? A resposta é não. Medidas coercitivas têm efeito transitório, permanecendo apenas enquanto o agente da punição – o professor, neste caso – estiver presente (Botomé & Kubo, 2006). Seu único ensinamento, quando ocorre, está relacionado ao desenvolvimento de estratégias para se esquivar ou fugir de situações semelhantes. Fora disso, punição coercitiva não ensina. Ademais, seu uso está associado à evocação de emoções como medo, raiva, vergonha e frustração, capazes de interferir negativamente em outras esferas da vida aparentemente nada relacionadas com a situação original (Sidman, 1995).

Efeitos emocionais de práticas de valorização e controle aversivo

Saber diferenciar os impactos distintos entre elementos de reconhecimento e de elementos aversivos sobre o comportamento humano nos permite escolher formas mais promissoras para apoiar o desenvolvimento das crianças, tanto em termos de efetividade quanto de afetividade, já que tais procedimentos favorecem condições emocionais diferentes. Encorajar uma criança por seus acertos tem efeitos muito mais duradouros e benéficos do que a punir por seus erros (Sidman, 1995); contudo, reprimendas são tão comuns cultural e institucionalmente que é difícil conceber alternativas em todos os espaços de convívio. Há exemplos cotidianos em nossos círculos profissional, familiar e social, bem como em práticas culturais historicamente instituídas (Souza, 2009).

No trabalho, é comum recebermos críticas por desempenhos ruins e sermos pouco reconhecidos por atividades bem executadas. Em relações familiares, esse padrão se repete. O valor transformador de práticas de valorização e encorajamento é, assim, subestimado, e os efeitos colaterais do controle aversivo são naturalizados e ignorados. Para crianças privadas de reconhecimento em diversas esferas de suas vidas, consideramos essa inversão especialmente prejudicial. Pouco nos damos conta de que privilegiar o controle aversivo torna os ambientes social, familiar e/ou cultural repletos de sinalização de riscos prováveis. Essa é uma forma de promover interações pautadas no medo, na ansiedade e na insegurança, bem como na busca pelo alívio, quando for possível fugir ou evitar riscos.

Contudo, mesmo reconhecendo o potencial de consequências acolhedoras para o fortalecimento de condutas, o que fazer diante de situações em que, aparentemente, não há nada a valorizar? Se a punição coercitiva agrega efeitos emocionais danosos e é ineficaz para a promoção de novas habilidades, como lidar com comportamentos que promovem prejuízos ao próprio indivíduo e/ou àqueles ao seu redor? Em termos do que podemos fazer na relação entre o indivíduo e o ambiente atual, sugerimos: identificar as fontes de fortalecimento das interações prejudiciais, suspendê-las e, ao mesmo tempo, apoiar o indivíduo na aprendizagem de novas formas de se relacionar com aquele contexto. Além disso, sugerimos atenção aos pequenos passos do desenvolvimento das formas de agir e encorajá-los, de forma clara, a cada progresso (Mattaini & Mcguire, 2006).

Diferentemente da repreensão pontual, o desenvolvimento de novas aprendizagens requer observação e contínuo investimento na mudança. Em termos de efetividade e proteção emocional dos estudantes em fase de desenvolvimento, no entanto, é um caminho mais promissor e seguro, como poderemos verificar mais adiante na descrição do Programa Elos – Construindo Coletivos, que se sustenta nesta perspectiva psicológica e pedagógica.

Vulnerabilidades na infância e consequências futuras

É importante um olhar sobre o desenvolvimento infantil e seus desdobramentos para o campo de possibilidades futuras da criança. Afinal, as ações, atitudes, emoções, interações sociais, enfim, os comportamentos aprendidos por uma criança terão repercussões em sua trajetória psicossocial e influenciarão o curso de sua vida.

A passagem da infância para a vida adulta ocorre sob a influência de uma complexa rede de determinantes sociais, que compreende desde o ambiente familiar, a vizinhança, a escola, a relação com os pares e aspectos culturais que afetam a saúde presente e futura. Muitos problemas graves que ocorrem na idade adulta (como dificuldades emocionais, abuso de substâncias psicoativas, violência intrafamiliar, psicopatologias) têm suas origens em aprendizados e modos de agir que começam cedo na vida, estabelecendo uma clara correlação com as vulnerabilidades na infância. É preciso, portanto, conhecer e identificar fatores de risco e de proteção relacionados ao enfrentamento de diferentes adversidades

psicossociais, que se concretizam no entrecruzamento das dimensões individuais, familiares e comunitárias. A correlação entre muitos fatores de risco resulta, em geral, na produção de vulnerabilidades psicossociais. Por outro lado, quando prevalecem os fatores de proteção, abrem-se possibilidades da construção de sujeitos integrais, com vínculos sociais e habilidades de vida, consideradas como as aptidões cognitivas, emocionais, sociais que são essenciais para o desenvolvimento humano e para a integração social (Gorayeb, 2002; Paiva & Rodrigues, 2008).

Nessa direção é que se colocam as razões de serem desenvolvidos programas de prevenção em saúde mental, os quais devem atuar sobre as vulnerabilidades pessoais e sociais de crianças e adolescentes, agindo sobre os fatores de risco que se colocam como condições de possibilidade de futuros comportamentos antissociais, tais como problemas relacionados ao uso de drogas e envolvimento em situações de violência. Sendo assim, devem fortalecer fatores de proteção, que ajudem a modificar trajetórias de vulnerabilidade.

Há estudos consistentes que demonstram que a presença de comportamentos disruptivos (compreendidos como aqueles que produzem rupturas ou extrapolam o que está estabelecido ou acordado para uma determinada situação) e agressivos, ou seja, os chamados comportamentos externalizantes, desde a mais tenra idade, são fatores que merecem atenção para uma série de problemas comportamentais que podem surgir mais adiante na vida e devem ser base para o planejamento de ações preventivas (Obando, Trujillo, & Trujillo, 2014; Samek & Hinks, 2014). Sendo assim, apontam para o fato de que a modificação dessa trajetória psicossocial da criança tem impactos protetores no futuro, tais como demonstram as evidências longitudinais do programa de prevenção para comportamento infantil *Good Behavior Game* (Kellam et al., 2008; 2011; 2014).

É importante destacar que não se trata de uma simples relação de causa e efeito. Muitos aspectos da vida, em suas várias dimensões – pessoais, familiares, de amizade, culturais, comunitárias –, entrecruzam-se na constituição do modo de ser de uma pessoa. Sendo assim, é necessário considerar os variados elementos que entram no processo de constituição do projeto de ser de um sujeito (Sartre, 1997). Nesse sentido, é preciso recordar o que vimos anteriormente: que o desenvolvimento psicossocial consiste numa combinação de fatores pessoais e socioambientais. A constituição da personalidade de uma criança sempre

dependerá dos diferentes níveis de mediação dos adultos de referência (pais, avós, professores, entre outros), dos contextos socioculturais onde essa mediação ocorre e da condição que a criança tem para se apropriar dos efeitos que seus próprios atos produzem no meio em que se encontra.

Em algumas histórias de vida, o ambiente familiar apresenta os ingredientes necessários para que a criança encontre condições para a construção de um sujeito integrado socialmente, ao possibilitar modelos de interação nos quais o desenvolvimento das dimensões cognitivas, corporais, afetivas, sociais encontram solo fértil para o desempenho de comportamentos viabilizadores do seu ser. Já em outras histórias, o universo familiar é frágil em seus modelos de interação, visto que as práticas e os hábitos dos adultos de referência acabam por ser modelos que reproduzem padrões de vulnerabilidade social e efetivam um ambiente de transmissão cultural que delineia para a criança aprendizagens de práticas sociais frágeis em seus diferentes padrões (Souza, 2009; 2016).

Por isso, algumas habilidades de vida que se colocam como condições de aprendizagem e de interação social (como capacidade de concentração, pensamento crítico, comunicação eficaz, escuta do outro, manejo das emoções, capacidade de análise da situação e de tomada de decisões, entre outras), ficam tolhidas, sem que tenham ocorrido vivências mediadoras que facilitam seu desenvolvimento. Essa fragilidade tira a condição de crianças sentirem-se seguras no processo de ensino-aprendizagem e nos padrões de interação social. Tal fragilidade está na base de situações de fracasso escolar e dificuldades psicossociais futuras (Souza, 2009, Louzano, 2013).

O papel da escola e sua relação com as vulnerabilidades na infância

Nesse momento, o papel da escola torna-se crucial. A diversidade de formações psicossociais advindas das primeiras etapas da socialização das crianças faz com que muitas delas cheguem à escola em situação de vulnerabilidade e, portanto, comportem-se e se sintam afetadas negativamente pelas exigências do ambiente escolar, de modo que se afastam do engajamento em atividades escolares e da vivência harmônica com os colegas e adultos de referência.

A escola, por sua vez, nem sempre conta com recursos técnicos para exercer a mediação e apoio ao desenvolvimento socioemocional dessas crianças, de modo

a modificar essas trajetórias mais fragilizadas, pois isso exige dos professores e profissionais da educação um olhar complementar à dimensão pedagógica. A maioria dos estudantes da escola pública é caracterizada por crianças cujos pais têm baixa escolaridade, trajetórias de instabilidade social e de luta cotidiana pela sobrevivência, fatores que dificultam suas condições de apoio aos filhos em relação aos estudos e obstaculizam as condições reais dessas crianças de seguirem certas exigências da escola, como concentração na tarefa, dedicação aos estudos, valorização do conhecimento, entre outros aspectos (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística [IBGE], 2013). Isso acaba por frustrar as expectativas de alguns profissionais da educação, que muitas vezes desanimam frente ao enorme desafio imposto à sua tarefa de ensinar crianças em situações tão diversas.

Por isso, acaba ocorrendo uma distância entre a realidade advinda dessa condição de vulnerabilidade psicossocial de boa parte dos alunos das escolas públicas e a daquele que seria o ideal de aluno concebido por muitos de seus profissionais, que almejam realizar sua ação pedagógica dentro de expectativas de qualidade. Essa distância entre o aluno "real" e o aluno "ideal" tem sido abordada por muitas pesquisas, dado o impacto que traz para o processo de ensino-aprendizagem (Rasche & Kude, 1986).

Destacamos os dados de uma dessas pesquisas (Mazzotti, 2006), realizada com professores de escolas públicas do Rio de Janeiro, com base numa técnica de associação livre, em que foram ofertadas duas expressões indutoras: "aluno ideal" e "aluno da escola pública". Os resultados aparecem na Tabela 1.

Tabela 1: *Associação livre com as expressões "aluno ideal" e "aluno da escola pública".*

Ordem	Aluno Ideal	Aluno de Escola Pública
1ª	Interessado	Sem apoio da família
2ª	Participativo, apoiado pela família	Pobre, carente de afeto
3ª	Assíduo	Desinteressado
4ª	Tem objetivos	Enfrenta muitas dificuldades
5ª	Com base em conhecimentos	Sem base de conhecimentos

Fonte: Mazzotti (2006).

Nessa direção, expectativas e modos de lidar de alguns profissionais da educação podem, inadvertidamente, contribuir com o indesejado fenômeno do "fracasso escolar", na medida em que configuram, por meio dessa distância acima explicitada, o que se costuma chamar de "profecias autorrealizadoras", que implica que a expectativa de uma pessoa a respeito do comportamento de outra pode contribuir para que essa última se comporte de acordo com o que se espera dela (Britto & Lomonaco, 1983). Sendo assim, a frustração em relação ao ideal de aluno se converte na certeza de que educandos que apresentam dificuldades tenham um "destino traçado". Por sua vez, o sujeito visado por esse tipo de olhar, como um ser em relação que é, reconhece a si mesmo através do olhar do outro. Assim, crianças com maior vulnerabilidade psicossocial e maior insegurança de ser acabam incorporando a visão que o outro lhe impõe e reproduzindo a expectativa que sobre elas foi lançada. Ao se perceberem consideradas pouco capazes, desenvolvem um autoconceito semelhante, que reduz, ainda mais, suas chances de se envolver afetivamente com os estudos e com o ambiente escolar. Vivemos, no atual momento histórico do Brasil, um processo de acirramento das contradições sociais e da postulação de preconceitos, solo fértil para a ocorrência de tais profecias.

Uma sequência de etapas sobre o processo do fracasso escolar foi sugerida em pesquisas conduzidas por vários estudiosos (Louzano, 2013; Mazzotti, 2006). Debater essas etapas pode ajudar a pensar alternativas de como modificar essa situação. São elas:

a) comportamentos não adaptados de alunos ao ambiente escolar (agressividade, dificuldade de concentração, hiperatividade, isolamento social, não colaboração, não valorização do conhecimento etc.) tendem a fazer com que a equipe pedagógica desenvolva baixas expectativas sobre eles;
b) professores tendem a interagir diferentemente com alunos sobre os quais formaram altas ou baixas expectativas;
c) essa diferenciação frequentemente envolve uma menor oferta de condições relacionadas ao nível de aprendizagem e necessidades dos alunos sobre os quais formaram baixas expectativas, resultando em menos oportunidade para aprender, e contribuindo para diminuir sua autoestima (Mazzotti, 2006).

Dessa forma, a partir dessa lógica imperante, o sucesso escolar, as posições hierárquicas, devem ser conquistadas com base no merecimento, considerado a partir de valores como aptidões pessoais, capacidades acadêmicas, bons comportamentos e dedicação para as atividades. Tal visão enfatiza o mérito individual e desconsidera a produção socioambiental das habilidades de uma criança em seu processo de desenvolvimento, como foi explicado anteriormente.

O papel da escola na promoção do pertencimento à instituição

Entender o sujeito e o ambiente como indissociáveis nos leva a reconhecer a complexidade do entrelaçamento de relações nas quais os indivíduos se desenvolvem. Assim, atuar na proteção de crianças em relação às condições psicossociais futuras, como o uso prejudicial de álcool e outras drogas, envolvimento com violência e prática de sexo inseguro, requer estratégias que alcancem um conjunto importante dos fatores envolvidos em sua origem. Requer estratégias que favoreçam um desenvolvimento integral e um horizonte de projetos de vida. Para tanto, têm se mostrado mais eficazes e perenes ações que alcançam, ao mesmo tempo, parte da trajetória particular de aprendizagens de cada indivíduo e parte das práticas sociais em que estão imersos (Catalano & Hawkins, 1996).

Como um importante dispositivo de promoção de saúde está a construção de ambientes que sejam sensíveis às necessidades psicossociais das crianças e que possam nutri-las com elementos de proteção, oportunidades para o aprendizado, responsividade emocional, vínculos e interações positivas (Biglan, 2015; Catalano & Hawkins, 1996; Daelmans et al., 2017;). Dessa forma, interações acolhedoras são cruciais para mitigar os riscos nos processos de desenvolvimento de uma criança, ativados pelo acolhimento oferecido por adultos de confiança (Daelmans et al., 2017), bem como pela mediação positiva entre pares (Quinn, Jannasch-Pennell, & Rutherford Jr., 1995).

Por outro lado, ter a criança como centro de uma intervenção de proteção sem que sejam contemplados os elementos contextuais (sociais e culturais) que constituem sua história de aprendizagens pode surtir efeitos apenas sutis e temporários. Apoiar, ao mesmo tempo, mudanças individuais e contextuais é, portanto, o caminho necessário para a quebra de ciclos de exclusão intergeracionais e de vulnerabilidades psicossociais.

Em se tratando da instituição escolar, reconhecemos a recorrência de sentimentos de solidão que acometem educadores e equipe pedagógica na tomada cotidiana de decisões, assim como as barreiras históricas que dificultam maiores e mais constantes espaços para o exercício do trabalho coletivo. Entendemos, contudo, que espaços de encontro são imprescindíveis para superar o enfrentamento solitário dos desafios de ensinar e, ao mesmo tempo, ser referência às crianças, visando o desenvolvimento de habilidades de vida nos âmbitos acadêmico, social e emocional. Propomos que tais espaços contemplem um processo de formação permanente protagonizado pelos próprios educadores, educadoras e equipe pedagógica nos quais se possa construir estratégias para fortalecer as formações psicopedagógica, humana e sociopolítica dos estudantes. Assim, é possível conceber a escola como uma instituição promotora de saúde (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2012).

No contexto nacional, uma das formas com que tais desafios se refletem na prática profissional de professores e professoras é o longo tempo que despendem na tentativa de colocar "ordem na sala", por meio de reprimendas. Professores brasileiros gastam uma média de 20% do tempo de suas aulas com este tipo de interação professor-estudante (Brasil, 2014), do que se pode depreender prejuízos à realização das atividades planejadas. Mudar esse cenário requer a construção de uma cultura escolar positiva que promova satisfação ao engajamento dos educandos e aos profissionais que nela trabalham. Romper o ciclo das expectativas negativas "a priori" das profecias autorrealizadoras e construir ações que possibilitem um olhar que reconheça o aluno na sua integralidade, com sua afetividade, seu contexto psicossocial e suas possibilidades de ação no mundo não são objetivos inovadores, mas é preciso identificar estratégias eficazes e viáveis para alcançá-los.

Programa Elos - Construindo Coletivos: uma estratégia estruturada de proteção e prevenção escolar

Propomos uma análise do Programa Elos – Construindo Coletivos como uma alternativa. Trata-se de um programa preventivo inspirado no *Good Behavior Game* (GBG), uma intervenção escolar desenvolvida na década de 1960 nos Estados Unidos pela professora de ensino fundamental Muriel Saunders

em conjunto com os pesquisadores Harriet Barrish e Montrose Wolf (Barrish, Saunders & Wolf, 1969; Biglan, 2015)[19].

Voltado ao Ensino Fundamental I, do 1º ao 5º ano, o programa agrega diversos recursos para apoio ao desenvolvimento de um convívio harmônico e cooperativo no contexto de sala de aula e, complementarmente, em contextos familiares e nas comunidades de pertencimento (Brasil, 2017a; 2017b; Lorenzo et al., 2018). Trata-se de uma estratégia de prevenção escolar em saúde mental infantil que propõe ações ao educador capazes de favorecer o envolvimento afetivo dos educandos com o coletivo de que fazem parte e com a própria aprendizagem. O conjunto de estratégias visa tornar gratificante a participação dos estudantes nas atividades acadêmicas e favorecer o pertencimento a um grupo social. Tais ações promovem proteção para crianças ao uso prejudicial de substâncias psicoativas no futuro, pois diminuem os riscos de isolamento social, fracasso escolar e fragilidades na relação entre o sujeito, seus pares e instituições sociais.

O programa convoca a escola a repensar práticas de enfoque ao erro, propondo, em seu lugar, condições que auxiliam os educandos no desenvolvimento de interações positivas em termos de aprendizagem e sociabilidade. Assim, configura uma intervenção institucional que requer envolvimento dos educadores, equipe pedagógica e gestão escolar.

Trata-se de um dispositivo para a mudança de práticas culturais da escola, favorecendo o estabelecimento de uma cultura de paz, de vínculos e de maior engajamento dos estudantes em seus processos de aprendizagem. Tal mudança é possível e independe de como as histórias de vida de cada um dos estudantes os ensinou a agir, pensar e se emocionar. Todos são sensíveis às características dos ambientes em que interagem e podem aprender novas formas de se relacionar com eles, desde que acompanhadas de mudanças contextuais consistentes.

19 Foi realizado no Brasil pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), do Ministério da Saúde, e pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, em parceria com a Fundação Nacional Oswaldo Cruz (Fiocruz), de 2013 a 2017. O início de sua implementação foi fruto da transferência de tecnologia e apoio técnico do American Institute for Research (AIR) com intermediação do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

Estrutura básica do Programa

Ao longo do ano letivo, educadores aplicam o Programa Elos - Construindo Coletivos de três a cinco vezes por semana, conforme recomendado pelo Guia do Professor. Com recursos lúdicos e de mediação social, a intervenção facilita o convívio harmônico entre pares e o engajamento nas atividades. Os estudantes são distribuídos em equipes heterogêneas de acordo com padrões de interações, desempenho escolar e gênero. Ao longo de um período de 10 a 30 minutos, o educador ou educadora desempenha um papel de observador e mediador das relações. Durante as partidas, não fornece apoio em relação às dificuldades que as crianças porventura apresentem na execução da tarefa, mas estimula que o apoio ocorra entre os colegas do grupo (Brasil, 2017a).

Para conferir consistência à mediação do professor e favorecer uma comunicação eficaz com a turma, são propostos quatro acordos Elos que favorecem o respeito ao outro e engajamento nas atividades escolares:

1. Seguir as instruções da atividade
2. Seguir o nível de voz combinado
3. Seguir o combinado de lugares
4. Ser gentil

O modo como cada um dos acordos será seguido durante o jogo é definido no início da atividade, de acordo com suas características. Por exemplo: uma produção textual requer concentração e é melhor desenvolvida em um ambiente com baixos níveis de voz e pouca movimentação pela sala. É também benéfico que as crianças se ajudem umas às outras quando necessário, sem que isso interfira na concentração dos grupos. Nesse exemplo, o educador poderá propor um nível de voz em tom de cochicho, sugerir que todos permaneçam em seus lugares durante a escrita e convocar os estudantes oferecerem apoio aos colegas sentados próximos.

Em atividades que requeiram maiores trocas entre pares, são feitos acordos compatíveis com essa necessidade, como um nível de voz que todos os colegas da equipe consigam ouvir, uma movimentação que permita que os membros troquem materiais e ações de gentileza. Ao longo do ano, educadores e educadoras recebem apoio para preparar a turma ao exercício democrático da definição coletiva desses acordos no início de cada partida do Programa Elos. Espera-se

que as crianças se tornem capazes de decidir coletivamente e com bons critérios as formas mais benéficas (para si e ao coletivo) de interagir durante as atividades. Espera-se também que as crianças aprendam a se comunicar assertivamente e apoiar os demais no compromisso com os combinados coletivos. Embora esse cenário possa parecer distante de turmas com altos índices de indisciplina, essas tendem a ser as mais beneficiadas pelo programa.

Como forma de proporcionar informações consistentes em relação ao nível de engajamento das crianças em relação às tarefas e aos acordos firmados coletivamente, o educador apresenta *devolutivas* às crianças e a seus grupos. Tais devolutivas envolvem estratégias para valorização do compromisso com os combinados e redirecionamento não coercitivo mediante descompromissos. As equipes cujos membros não ultrapassarem quatro quebras dos acordos escolhem como querem comemorar ao final do jogo. São realizadas, então, comemorações breves e lúdicas.

Por meio de uma brincadeira, o programa auxilia a tornar as atividades escolares gratificantes. Ao mesmo tempo, promove a capacidade de trabalhar coletivamente e oferece condições ao desenvolvimento afetivo e social dos alunos. A mudança prevista, porém, depende do fortalecimento da escola como um ambiente democrático, estimulante, de valorização e respeito a todos e todas. Parte-se do princípio de que a valorização social é fator fundamental para o desenvolvimento da identidade e estima das crianças (Kohlenberg & Tsai, 1991). Assim, as estratégias propostas pretendem oportunizar experiências positivas de socialização na infância e aumentar a probabilidade de experiências semelhantes no futuro.

Analisemos agora as características do programa à luz da concepção de sujeito como ser em relação apresentada no início da segunda seção. Se o ambiente imediato interfere na força e probabilidade dos cursos de ações dos indivíduos, e não apenas sua constituição biológica e/ou sua história de aprendizagens, há que se atentar às características físicas e sociais do ambiente de sala de aula e da escola em sua totalidade. Além disso, em face à susceptibilidade dos indivíduos às consequências de suas próprias ações, é importante ter especial atenção ao modo como a escola – representada pelos professores, equipe pedagógica, demais funcionários e pelos colegas – reage aos comportamentos dos educandos e educandas.

Princípios do Programa

Para promover a prevalência de relações de valorização em contextos de aprendizagem e, simultaneamente, reduzir reprimendas à indisciplina dos educandos, o Programa Elos utiliza os seguintes princípios (Lorenzo et al., 2018):

1. Valorização como prática cotidiana: A valorização pública dos avanços dos educandos e das equipes durante e ao final de cada partida são formas de apresentar consequências potencialmente gratificantes às novas interações experimentadas pela turma. Em geral, o reconhecimento de adultos de referência produz sentimentos de alegria e satisfação consigo próprias e com o coletivo.
2. Suspensão da atenção dedicada aos desacordos: a atenção despendida ao educando que interage de modo prejudicial a si e sua turma pode configurar uma forma de contato social de valor. Pode equivaler à forma como aprendeu a receber atenção nos demais contextos em que vive. Paradoxalmente, nesses casos, o foco oferecido por meio de reprimendas tende a fortalecer as interações que se deseja conter.
3. Suspensão de repreensões coercitivas aos desacordos: repreensões aos erros e desacordos são desaconselhadas pelo programa devido à transitoriedade de seu efeito e das emoções negativas que podem despertar. Medo, raiva e frustração favorecem afastamentos e dificultam a experimentação de outras formas de interagir que tragam benefícios a si e aos demais.
4. Devolutivas instrutivas aos desacordos: em lugar da atenção aos erros e desacordos, são propostas devolutivas breves e em tom de voz neutro.
5. Vivência de tomada coletiva de decisões: por fim, ao exercício de uma formação cidadã, é relevante proporcionar às crianças experiências nas quais precisem refletir sobre o bem comum, para além do individual. Esse exercício é realizado por meio da busca por consensos coletivos para a definição dos Acordos Elos no início de cada partida.

Por meio de seu exercício frequente em sala de aula, espera-se que o Programa Elos - Construindo Coletivos favoreça o engajamento das crianças nas atividades escolares, especialmente daquelas com baixo grau de envolvimento

com o conhecimento formal. Interações entre as crianças e com adultos de referência pautadas no respeito, na aceitação, no apoio mútuo e na comunicação clara podem ser considerados os principais mediadores para o alcance da redução de episódios de agressão, conflitos e distrações em sala de aula.

Em busca de uma síntese

Voltemos aos exemplos de interações disruptivas e agressivas em sala de aula, à luz das perspectivas apresentadas ao longo do capítulo. Ao concebermos que a interação do sujeito com o mundo o transforma, precisamos conhecer mais acerca dos contextos que compõem a história de vida de cada um dos estudantes e os ambientes imediatos nos quais interagem. Nesse sentido, compreender comportamentos que produzem rupturas com os acordos coletivos requer atenção ao que ocorre a redor do sujeito que age.

Se o ser humano é especialmente sensível às consequências que produz, deve-se observar o que ocorre logo após as iniciativas disruptivas e agressivas das crianças, tanto no ambiente quanto sobre elas mesmas. Ao agir de modo disruptivo, ao menos dois aspectos tendem a se modificar no ambiente da sala de aula: a) a tarefa solicitada pelo professor ou professora é interrompida para dar lugar à tentativa de controle da situação; e b) a "indisciplina" torna-se o foco da atenção do adulto de referência em cena e dos pares. Tais consequências podem fortalecer as interações desengajadas em termos das tarefas acadêmicas e convívio social harmônico. Isso se relaciona com muitas dimensões das interações humanas presentes no ambiente escolar, entre elas as expectativas que são postas pelos professores sobre o comportamento dos educandos, que acabam reforçando a percepção que esta criança tem de si mesma como incapaz.

Como vimos, obter êxito na evitação ou eliminação de um evento aversivo fortalece os comportamentos que o produziram, mesmo sob a possível presença de emoções negativas. Assim, comportamentos recorrentes que interrompem as tarefas solicitadas em sala de aula podem configurar uma forma de evitar o contato com dificuldades na execução das atividades. Consequências sociais inclusivas, por sua vez, podem fortalecer interações e favorecer sentimentos de alegria e satisfação, especialmente quando os educandos carregam trajetórias individuais

de privação de afeto. A mediação focada nos acertos e nas interações positivas, em lugar da repressão ao erro, podem ser viabilizadoras e produzem transformações positivas no autoconceito dos educandos.

Com respeito à complexidade dos contextos de desenvolvimento de educandos, determinantes sociais e culturais também interferem na aprendizagem de suas formas de interagir com o ambiente ao redor, bem como na repetição de ciclos transgeracionais de baixa vinculação com a escola (Souza, 2009). Isso nos leva a ressaltar a importância da implementação de ações voltadas à transformação da instituição escolar como um todo. Por essa razão, convidamos educadores, diretores, equipe pedagógica e profissionais de saúde a atuarem na promoção de ambientes de aprendizagem nos quais as crianças sintam-se acolhidas e possam desenvolver satisfação pelo conhecer e pela interação social mediada pelo ambiente escolar.

Lições aprendidas

- A compreensão do sujeito como ser em relação e, portanto, do envolvimento de aspectos socioambientais na gênese e na manutenção do modo como cada pessoa interage no mundo, deveria ser um fundamento essencial para áreas de conhecimento e campos de atuação que trabalham direta ou indiretamente com comportamento humano, como a Educação, por exemplo.
- A susceptibilidade às consequências ambientais leva os sujeitos a transformarem a si próprios a cada vez que agem sobre o meio. As consequências produzidas nas situações vividas produzem histórias de aprendizagens que alteram a força e a probabilidade de interações semelhantes no futuro. Por isso, viabilizar consequências encorajadoras para comportamentos de proteção é uma ação inclusiva e promotora de bem-estar.
- Saber diferenciar os distintos impactos entre elementos de reconhecimento e elementos aversivos nos permite escolher formas mais promissoras para apoiar o desenvolvimento das crianças, já que tais procedimentos favorecem condições emocionais diferentes. Encorajar uma criança por seus acertos tem efeitos muito mais duradouros e benéficos do que repreendê-la por seus erros.
- Os comportamentos aprendidos por uma criança em sua tenra idade têm repercussões em sua trajetória psicossocial e influenciam o curso de sua vida. Sendo assim, ações de prevenção e de promoção de saúde que incidam sobre a modificação da trajetória psicossocial de crianças têm impactos protetores no futuro, tais como demonstram as evidências longitudinais de programas de prevenção para comportamento infantil, como o *Good Behavior Game*.
- Apoiar, ao mesmo tempo, mudanças individuais e contextuais, a partir de ambientes que sejam sensíveis às necessidades psicossociais dos sujeitos e que possam nutri-los com elementos de proteção, oportunidades para o aprendizado, responsividade emocional, vínculos e interações positivas, é o caminho necessário para a quebra de ciclos de exclusão intergeracionais e de vulnerabilidades psicossociais.
- O Programa Elos - Construindo Coletivos, adaptação cultural brasileira do *Good Behavior Game*, pode ser considerado uma estratégia estruturada de proteção e de prevenção escolar, que favorece a gestão inclusiva em sala de aula por parte do professor e profissionais da educação, além de mediar o fortalecimento de habilidades sociais e de vínculos da criança com a escola e família.

Referências

Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of applied behavior analysis*, 2(2), 119-124. doi: 10.1901/jaba.1969.2-119

Baum, W. M. (2005) *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. 2 ed. Blackwell: Hoboken, NJ.

Biglan, A. (2015). *The Nurture Effect: How the Science of Human Behavior can Improve our Lives & Our World*. Canada: Raincoast Books.

Botomé, S. P. (2001). Sobre a noção de comportamento. In H. P. Feltes, & U. Ziles (Eds.). *Filosofia: diálogo de horizontes,* pp. 685-708. Porto Alegre: EdiPucRS. Caxias do Sul: Educs.

Botomé, S. P., & Kubo, O. M. (2006). *O fenômeno e o conceito de contingência de reforçamento e suas relações com o comportamento como uma relação entre classes de respostas e classes de estímulos componentes dos ambientes antecedentes e consequentes a essas classes de respostas*. (Texto elaborado como instrução às aulas de Psicologia da Aprendizagem I oferecida à graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina em 2006). Manuscrito não publicado.

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Anísio Teixeira. (2014). *Relatório Nacional 2014. TALIS 2013. Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem*. Brasília: Ministério da Educação. Disponível em https://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pesquisa_talis/2013/talis2013_relatorio_brasil.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2017a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Programa Elos – construindo coletivos: Guia do Educador.* Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_elos_guia_ educador.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2017b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Programa Elos – construindo coletivos: Guia do Componente Escolar.* Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_elos_guia_componente_escolar.pdf

Britto, V. M. V., & Lomonaco, J. F. B. (1983). Expectativa do professor: implicações psicológicas e sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3(2), 59-79. doi: 10.1590/S1414-98931983000100005

Catalano, R.F., & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. Chapter 4. In J. D. Hawkins (Org.). *Delinquency and Crime: Current Theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.

Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(2), 171-178. doi: 10.1590/S0102-79722008000200002

Collodel-Benetti, I., Vieira, M., Crepaldi, M. A. & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, 9(16), 89-99. doi: 10.16925/pe.v9i16.620

Daelmans, B., Darmstadt, G. L., Lombardi, J., Black, M. M., Britto, P. R., Lye, S., ... & Richter, L. M. (2017). Early childhood development: the foundation of sustainable development. *The Lancet, 389*(10064), 9-11. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31659-2

Dopp, D., & Pontes-Ribeiro, D. (2014). Indisciplina em Sala de Aula: Desafio para professor, instituição e família. *Revista Transformar,* 6, 123-140. Disponível em http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/18

Embry, D. D. (2002). The Good Behavior Game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 273-297. doi: 10.1007%2Fs10567-008-0036-x

Embry, D. D. & Biglan, A. (2008) Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review,* 11, 75–113. doi: 10.1007/s10567-008-0036-x

Fernandez, I. (2005). *Prevenção da Violência e Solução de Conflitos: O Clima Escolar como Fator de Qualidade*. São Paulo: Madras, 2005.

Freitas, L. (2009) A instituição do fracasso: a educação da ralé. In J. Souza (Org.). *Ralé Brasileira: quem é e como vive* (pp. 281-304). Belo Horizonte: Editora UFMG (Humanitas).

Gorayeb, R. (2002). O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde & Doenças, 3*(2), 213-217. doi: 10.1590/S1413-73722006000300012.

Guimarães, G., Aerts, D., Câmara, S.G. (2014). A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora*, 12(2), 88-95. Disponível em http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/76

Hunziker, M. H. (2011). Afinal, o que é controle aversivo? *Acta comportamentalia*, 19(4), 9-19. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/237031784_Afinal_o_que_e_controle_aversivo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). *Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2012*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2016). *Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2015*. Rio de Janeiro: IBGE. 132p. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf

Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., ... & Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 95*, S5-S28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004

Kellam, S. G., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*(1), 73-84. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/pdf/ascp-06-1-73.pdf

Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... & Windham, A. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention science, 15*(Supl.1), 6-18. doi: 10.1007/s11121-012-0296-z

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum. doi: 10.1007/978-0-387-70855-3.

Lorenzo, F. M., Aveiro, A. G., Vieria, A. G., Ferreira, D. C., Araújo, L. A. de S., Tibúrcio, R. R. R., & Gehm, T. P. (2018). Do Good Behavior Game ao Programa Elos: A adaptação transcultural de um programa de prevenção infantil (pp. 151-179). In: Z. Sanchez, D. R., Schneider, & R. Pedroso (Orgs.). *Prevenção ao uso de drogas no Brasil: implantação e avaliação de programas no Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde.

Louzano, P. (2013). Fracasso escolar: evolução das oportunidades educacionais de estudantes de diferentes grupos raciais. *Cadernos Cenpec, 3*(1), 111-133. Disponível em http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/205

Mattaini, M. A., & Mcguire, M. S. (2006). Behavioral strategies for constructing nonviolent cultures with youth. *Behavior Modification, 30*(2), 184-224. doi: 10.1177/0145445503259390

Mazzotti, A. J. (2006). O aluno da escola pública: o que dizem as professoras. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, 87*(217), 349-359. doi: 10.24109/2176-6681.rbep.87i217.809

Obando, D., Trujillo, A. & Trujillo, C. A. (2014). Substance use and antisocial behavior in adolescents: the role of family and peer-individual risk and protective factors. *Substance Use & Misuse, 49*(14), 1934-1944. doi: 10.3109/10826084.2014.956365

Oliveira, M. B., & Oliveira, M. K. (1999). *Investigações cognitivas: conceitos, linguagem e cultura*. Porto Alegre: Artmed.

Paiva, F. S. de, & Rodrigues, M. C. (2008). Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 8*(3), 672-684. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000300009

Patto, M. H. (1991). *A produção do fracasso escolar.* São Paulo: TA Queiroz.

Quinn, M. M., Jannasch-Pennell, A. & Rutherford Jr., R. B. (1995). Using peers as social skills training agents for students with antisocial behavior: a cooperative learning approach. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth, 39*(4), 26-31 doi: 10.1080/1045988X.1995.9944639

Rasche, V. M. M., & Kude, V. M. M. (1986). Pigmalião na sala de aula: quinze anos sobre as expectativas do professor. *Cadernos de Pesquisa, 57,* 61-70. Disponível em http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1338.

Robinson, J. A. (2003). *Trece trucos de magia: el origen verbal de los mitos en Psicología*. Hermosillo, México: Walden Dos (Los Horcones).

Samek, D. R., & Hicks, B. M. (2014). Externalizing disorders and environmental risk: mechanisms of gene-environment interplay and strategies for intervention. *Clinical Practice, 11*(5), 537–547. doi: 10.2217/CPR.14.47

Sartre, J. P. (1997). *O Ser e o Nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica*. Petrópolis: Vozes.

Sawaya, S. M. (2006). Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Estudos Avançados, 20*(58), 133-146. doi: 10.1590/S0103-40142006000300015

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editorial Psy.

Silva, R. T. (2009). Escola-favela, conhecimentos, transgressão e poder: esses meninos não têm jeito? *Revista de Educação PUC-Campinas, 27*, 87-96. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/5720/572061932009.pdf

Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e comportamento humano*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Souza, J. (2009). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Souza, J. (2016). *Crack e a Exclusão Social*. Ministério da Justiça e Cidadania. Disponível em https://cepad.ufes.br/sites/cepad.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%C3%A3o%20social_Digital_WEB.pdf

Swartz, D. (1981) Pierre Bourdieu: a transmissão cultural da desigualdade social. In M. H. S. Patto, (Org.). *Introdução à Psicologia Escolar*, São Paulo, SP: T. A. Queiroz.

Todorov, J. C. A (2002). Evolução do conceito de operante. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 123-127. doi: 10.1590/S0102-37722002000200002

Wilson, D., Hayes, S., Biglan, A., & Embry, D. (2014). Evolving the future: Toward a science of intentional change. *Behavioral and Brain Sciences, 37*(4), 395-416. doi: 10.1017/S0140525X13001593

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *7*(1), 77-92. doi: 10.31505/rbtcc.v7i1.44

CAPÍTULO 6

DE UNPLUGGED A #TAMOJUNTO: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA EUROPEU

Samia Abreu
Jane Moraes Lopes
Débora Estela Massarente Pereira
Paula Yamaoka
Sthefânia Carvalho
Adriana Simonsen

Resumo

O aumento do uso de álcool e outras drogas entre educandos do ensino fundamental no Brasil é preocupante. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, a experimentação de bebidas alcoólicas e o uso na vida de drogas ilícitas aumentou entre 2012 e 2015. O crescimento no consumo de substâncias representa um risco que vai muito além do consumo por si só, implicando na exposição desses jovens a várias situações de vulnerabilidade. Como resposta a essa complexa demanda, em 2013, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde propôs a implementação no Brasil de programas preventivos baseados em evidência, efetivos e recomendados pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC. Este capítulo apresentará a experiência de adaptação do programa europeu *Unplugged*, denominado #Tamojunto no Brasil, com base nas avaliações sistemáticas realizadas. Procedimentos avaliativos ocorreram em todas as fases da implementação do programa, conforme o modelo de estrutura-processo-resultado, envolvendo os proponentes da intervenção, gestores e tomadores de decisão, formadores de profissionais para aplicação da metodologia, profissionais responsáveis pela execução do programa e os educandos que o receberam. Os achados científicos favoreceram a compreensão

do processo de implementação e impacto do programa, respaldando adaptações à realidade local e contribuindo para legitimá-las. As adaptações apresentadas neste capítulo, propostas pela equipe técnica do Ministério da Saúde, foram avaliadas e validadas junto ao desenvolvedor do programa e à comunidade que vivenciou a implementação do #Tamojunto.

Palavras chave: adaptação cultural, prevenção, uso de álcool e outras drogas, adolescência.

Introdução

O *Unplugged* é um Programa Europeu de Prevenção Escolar do Uso de Álcool e outras Drogas para adolescentes de 11 a 14 anos (EU-Dap Study Group, 2006; Vadrucci & EU-Dap Study Group, 2015). Em tradução literal, *Unplugged* significa "desconectado, desplugado" (Longman Dictionary), ou em tradução adaptada, "descolado", termo utilizado por gerações anteriores de jovens que não se deixavam influenciar ou eram os influenciadores de opiniões e tendências. No Brasil, alunos que passaram pela primeira implementação completa do programa em 2013, chamaram-no de "#Tamojunto", denominação utilizada oficialmente a partir da primeira versão adaptada do programa. Interessantemente, #Tamojunto, em uma linguagem coloquial, significa exatamente o oposto de *Unplugged*, o que indica o desafio deste capítulo: apresentar a história e os passos de adaptação cultural do programa europeu à realidade brasileira.

Observa-se aumento do uso de álcool e outras drogas entre educandos do ensino fundamental no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016), a experimentação de bebidas alcoólicas foi reportada por 55.5% dos educandos do 9º ano do Ensino Fundamental, porcentagem superior à pesquisa anterior. Em 2012 (IBGE, 2013), 50.3% dos educandos declararam haver experimentado álcool. Em relação ao uso na vida de drogas ilícitas, foi verificado um aumento de 7.3% para 9% entre os anos pesquisados, 2012 e 2015.

O crescimento no consumo de substâncias representa um risco que vai muito além do consumo por si só, ele diz das exposições desses jovens a várias

situações de vulnerabilidade. A adolescência é o período de transformações fisiológicas marcantes, mudanças cognitivas, psicológicas e emocionais intensas (Papalia & Olds, 2000), além da exposição a fatores de risco sociais e econômicos, muitas vezes transgeracionais (Paiva & Rodrigues, 2008). Pesquisa realizada em 2014 em parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) apresentou que o uso de drogas é co-ocorrente com uma série de exclusões, dentre elas as dificuldades de acesso a serviços básicos de saúde e de educação, cuja raiz reside na complexidade da desigualdade de distribuição de renda; a evasão escolar devido à fragilidade dos vínculos institucionais com a escola e com a figura do/a professor/a; a exclusão familiar, resultante de relações intrafamiliares atravessadas por tensões sociais, econômicas e emocionais que deterioram os vínculos entre pais/responsáveis/cuidadores e seus filhos. Considerando esse contexto e o conjunto de transformações pelos quais os jovens passam, o consumo de álcool e outras drogas se apresenta, então, como resultado de uma série de sucessivas exclusões e não a causa das exclusões (Bastos & Bertoni, 2014).

Nessa perspectiva, a proposta de prevenção do uso de álcool e outras drogas deste capítulo assume o desafio de entender, intervir e reconhecer as limitações de atuação preventiva em um conjunto complexo de interações sociais que podem apresentar resultados na diminuição ou retardo no início do uso de álcool e outras drogas (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Sloboda & Bukoski, 2003). Esses resultados são entendidos como um desfecho preventivo por consequência, mas que destaca a necessidade de ações de promoção de saúde e estratégias que atuem na não perpetuação de um ciclo de exclusões e vulnerabilidade que os adolescentes, alvos das intervenções preventivas, estão submetidos (Souza, 2009).

Como resposta a essa complexa demanda, em 2013, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS) assumiu a responsabilidade de buscar programas com evidências de resultados. A partir de um portfólio oferecido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), que apresenta uma compilação de intervenções eficazes na prevenção do uso e abuso de drogas, foram escolhidos três programas voltados especificamente para crianças, adolescentes, ambos em idade escolar, e famílias. Os três programas selecionados foram: *Strengthening Families Program - SFP 10-*

14, destinado a famílias e adolescentes (Allen, Foxcroft & Coombes, 2006); o *Good Behavior Game* – GBG, dirigido para crianças de 6 a 10 anos (Kellam et al., 2008; Ford, Keegan, Poduska, Kellam, & Littman, 2013); e o *Unplugged*, focado em educandos de 11 a 14 anos (Van der Kreeft & EU-Dap Study Group, 2009; Faggiano et al., 2008; Faggiano et al., 2010). Este capítulo apresentará a experiência brasileira de adaptação do *Unplugged* enquanto os capítulos 7 e 9 deste livro apresentarão detalhadamente as etapas de adaptação cultural do SFP 10-14 e do GBG, respectivamente.

Em 2013, o *Unplugged* passou por uma etapa piloto em três cidades brasileiras como parte do processo de adaptação cultural. Os resultados dessa etapa indicaram uma alta aceitabilidade do programa por parte dos profissionais que o aplicaram, bem como dos adolescentes e familiares que receberam diretamente o programa (Brasil, 2015a). Em 2014, o programa foi implementado nas cinco regiões do Brasil e foi realizado um estudo controlado e randomizado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Entre 2014 e 2015, o #Tamojunto alcançou 32.100 educandos (Brasil, 2015a). Além da implementação pela CGMAD/MS, o programa também foi implementado em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ) de 2015 a 2017. O presente capítulo se dedicará a descrição e análise das etapas de adaptação cultural do programa, conduzidos pela equipe de implementação do #Tamojunto do Ministério da Saúde entre junho de 2013 e dezembro de 2015.

O Programa *Unplugged*

O programa *Unplugged* surgiu no início dos anos 2000 por meio de um consórcio entre países europeus. Uma equipe de *experts* em prevenção foi reunida com a meta de criar um programa que compilasse as evidências e princípios da prevenção do uso drogas em escolas ao redor do mundo (EU-Dap Consortium, 2008). Paralelamente, uma equipe de pesquisadores se organizou para realizar o estudo de eficácia do programa que estava em criação (Faggiano et al, 2008).

Entre 2004 e 2005, foi conduzido um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia do programa *Unplugged* como estratégia de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, junto a estudantes de 143 escolas de sete países da União Europeia: Bélgica, Alemanha,

Espanha, Grécia, Itália, Áustria e Suécia. Participaram 7079 educandos entre 12 e 14 anos, selecionados aleatoriamente, para um estudo experimental (*Randomized Control Trial*). Dentre os principais resultados obtidos nesses países destacam-se: (a) a redução de 30% na probabilidade dos educandos fumarem cigarros diariamente, (b) redução de 28% na probabilidade de experimentarem um episódio de intoxicação alcoólica – embriaguez, (c) redução de 23% na probabilidade de fumarem maconha no mês anterior ao da aplicação dos instrumentos de avaliação e (d) efetividade no adiamento do primeiro uso de substâncias e na prevenção da transição de uso eventual para o uso frequente (Caria, Faggiano, Belloco & Galanti, 2011). Além dos sete países citados, nos anos seguintes, o programa foi implementado num total de 25 países ao redor do mundo, entre eles países do continente africano e asiático, sendo a experiência brasileira, a primeira em um país do continente americano.

Em sua elaboração, o princípio teórico do programa é o modelo de influência social global - *Comprehensive Social Influence Model* (EU-Dap, 2013), que considera a associação de três fatores: (1) promoção de habilidades de vida, (2) informações sobre drogas e (3) pensamento crítico frente às crenças normativas dos educandos que participam das aulas. A aplicação do programa acontece em 12 aulas, organizadas em atividades vivenciais e interativas, sistematicamente descritas e cronometradas, com a duração prevista de uma hora. Cada aula apresenta um tema específico e técnicas para promover o engajamento dos adolescentes. Os temas abordam acordos de convivência, identificação de grupos de interesse, percepção da influência de pares, identificação de fatores de risco e proteção para o uso e abuso de substâncias, informações sobre drogas baseadas no desenvolvimento de pensamento crítico, expressão dos sentimentos, assertividade, estratégias de enfrentamento, solução de problemas e tomada de decisão. Ao longo das aulas, caminha-se desde as habilidades mais simples até o desenvolvimento de repertórios mais complexos, aumentando-se gradualmente a exposição dos educandos à medida em que se constrói um clima de confiança entre os participantes, apoiando-se nas regras de convívio acordadas pelo grupo e na condução cuidadosa do professor (Eu-Dap Consortium, 2008).

Como material de apoio, os professores recebiam um manual - caderno do professor com descrição das atividades sugeridas para a abertura, desenvolvimento e encerramento de cada aula: uma breve introdução sobre o objetivo e conteúdo de cada

encontro. Todas as aulas apresentam a mesma estrutura e ao final o manual apresenta indicações sobre como conduzir os "energizadores", que são técnicas lúdicas de divisão de grupos e fortalecimento de vínculos entre os educandos, informações sobre drogas para o professor e sugestões de bibliografias de aprofundamento. Os educandos recebem um caderno de atividades colorido para que acompanhem as atividades e o usem como material de apoio. Paralelamente às 12 aulas com os educandos, são realizadas três oficinas de pais e responsáveis, que no modelo europeu são conduzidas por especialistas contratados pela escola (EU-Dap, 2007).

Os princípios da adaptação cultural utilizados

O conceito de adaptação cultural apresenta diferentes definições na literatura das intervenções preventivas baseadas em evidências (Nobre-Sandoval, Correa, & Abreu, 2015). Objetivamente, entende-se a adaptação cultural como um processo sistemático com a finalidade de adequar uma intervenção a uma nova população-alvo (Bernal, Jiménez-Chafey & Rodríguez, 2009; Castro, Barrera & Holleran-Steiker, 2010; Ramos & Alegría, 2014). O modo de entender e conduzir a adaptação cultural de uma intervenção preventiva pode ser localizada em um longo espectro, com características de um contínuo que pode ir de um foco absoluto na fidelidade e manutenção das características centrais, independente das diferenças culturais do novo público que participará do programa, ao foco que preconiza a elaboração de intervenções independentes, com destaque as questões do novo contexto cultural (Castro et al., 2010).

Tendo esse espectro como norte, as adaptações realizadas podem incidir em características mais pontuais, ou superficiais, ou em características mais abrangentes, ou profundas, em relação ao programa a ser adaptado. Conceitualmente, as "adaptações estruturais superficiais" referem-se a ajustes na forma, incluindo aspectos como linguagem, manifestações artísticas (imagens, músicas, cores), em que o objetivo tende a ser aumentar a identificação do público-alvo à intervenção, com a inclusão ou substituição por conteúdos comuns e relevantes à nova cultura e rotina. Podem incluir também estratégias de comunicação, escolha por ambientes de implementação e facilitadores com caraterísticas similares e que estimulem a representatividade étnica (Resnicow,

Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000). Continuando no espectro, "adaptações estruturais profundas" estão relacionadas aos componentes centrais da intervenção (*core components*). Adaptações profundas revisam a compreensão e identificação de fatores de risco e de proteção singulares a nova população, bem como levam em consideração aspectos sociais, econômicos, ambientais, históricos, religiosos, psicológicos e, no macro, estatais e da cultura e hábitos nacionais, que podem influenciar as crenças e comportamentos dos participantes da intervenção (Resnicow et al., 2000).

Além das características da intervenção em si, outro ponto relevante é o fator humano. As intervenções baseadas em evidências têm como similaridade seu caráter manualizado e a indicação para uniformidade nas características da aplicação. Entretanto, a descrição de um passo-a-passo de execução das atividades da intervenção, por mais sistematizado e claro, irá sofrer as influências da condução de seus facilitadores/mediadores/aplicadores. A esse profissional é atribuída a responsabilidade de apresentar a sua competência cultural, ou seja, a sua capacidade de exercitar a sensibilidade cultural interpessoal no contexto do desenvolvimento e implementação de intervenções (Resnicow et al., 2000). Para tanto, destaca-se a influência da formação desses profissionais, as habilidades e a experiência necessárias para a atuação junto a membros de uma população específica nas adaptações realizadas na rotina de aplicação do programa (Castro, Barrera, & Martinez, 2004; Reese & Vera, 2007).

Na experiência brasileira, as bases teóricas de adaptação cultural apresentadas foram associadas a metodologias de avaliação de processo. Uma vez que a equipe que conduziu a adaptação cultural no Ministério da Saúde recebia constantemente as pressões do tempo (e urgência) das políticas públicas federais, técnicas das avaliações de processo foram valiosas para oferecer informações contextualizadas e em tempo real. Segundo literatura da área, as avaliações de processo permitem a identificação de fatores relacionados à realização bem-sucedida (ou não) de intervenções e permitem revisões ao longo do processo de implementação (Murta et al., 2009; Posavac & Carey, 2003; Steckler & Linnan, 2002). Assim, a avaliação de processo auxiliou na descrição qualitativa e quantitativa das etapas do programa, permitindo a reflexão sobre o que se fez, as razões relacionadas às decisões práticas durante o processo, o tempo despendido

no mesmo, as dificuldades enfrentadas e as mudanças que se fizeram necessárias ao longo de seu desenvolvimento (Iglesias, 2002).

Etapas do processo de adaptação cultural

As primeiras adaptações focaram na revisão da versão traduzida do inglês para o português dos materiais originais do *Unplugged*. Era a primeira vez que o material do programa estava em português. A revisão da primeira versão traduzida foi realizada por meio de oficinas, antes da primeira aplicação do programa em 2013, e contou com participantes da CGMAD/MS, representantes da UNODC, do Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Educação e do PSE do Ministério da Saúde, do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e de pesquisadoras do UNIFESP e UFSC.

O objetivo de ter participantes de diferentes ministérios, universidades e organismo internacional foi assegurar que todas as esferas envolvidas no projeto tivessem conhecimento detalhado e aprofundado sobre o programa. Durante as oficinas, todos tiveram a oportunidade de conhecer o programa, aula a aula, e propor adaptações em relação ao conteúdo, forma e coerência com a política nacional de álcool e outras drogas. Ao final, buscou-se um discurso comum e compartilhado entre os diferentes participantes, que representasse a voz do governo federal, naquele momento. A tradução literal foi revista por termos utilizados no campo da saúde e educação.

Como suporte acadêmico à equipe do Ministério da Saúde, pesquisadores da UNIFESP e da UFSC conduziram estudos sobre as etapas iniciais de implementação do programa. No segundo semestre de 2013, ocorreu a primeira implementação do programa, em uma fase nomeada pré-piloto, quando foi realizado um estudo *quasi*-experimental do programa em três cidades brasileiras, além da supervisão por pesquisadores das universidades de três teses de doutorado e duas de mestrado. Os resultados das pesquisas contribuíram como primeira fonte externa de informações sobre a aceitabilidade pelos participantes, fidelidade ao modelo, viabilidade para utilização no contexto de escolas brasileiras, cumprimento dos objetivos do programa, identificação de resultados imediatos percebidos como decorrentes de sua realização, opiniões em relação ao comportamento dos educandos antes e depois

da implementação do programa, avaliação dos participantes sobre a qualidade, adequação das intervenções e do material utilizado e as relações intersetoriais (Hoor, 2015; Lopes, 2016; Medeiros, 2016; Pedroso, 2021; Peres, 2014).

Em 2014, durante uma nova onda de implementação do programa, nomeada fase piloto, com as modificações oriundas dos resultados do pré-piloto, pesquisadores das citadas universidades realizaram um estudo controlado randomizado a fim de avaliar a efetividade do programa na prevenção do uso de álcool e outras drogas e outros desfechos para saúde dos adolescentes. Os procedimentos avaliativos ocorreram em todas as fases de sua execução, conforme o modelo clássico de estrutura-processo-resultado (Donabedian, 1980) e envolveram os principais participantes: proponentes da intervenção (Medeiros, 2016), os gestores (Peres, 2014), os formadores (Pedroso, 2021), os profissionais responsáveis pela realização das aulas (Lopes, 2016), o impacto intersetorial das oficinas de pais e responsáveis (Pedroso, Abreu & Kinoshita, 2015) e a avaliação dos educandos (Hoor, 2013). As informações das pesquisas foram gradualmente utilizadas para subsidiar a tomada de decisões de adaptações realizadas pela equipe do Ministério da Saúde, de 2013 a 2016.

Paralelamente às pesquisas científicas, a equipe técnica da CGMAD/MS responsável pela implementação do programa, participava de supervisões semanais para o acompanhamento e avaliação do processo de implementação programa. Em 2013, para o registro do acompanhamento da implementação, recorreu-se a diários de campo, denominados Diários Cartográficos, preenchidos após cada visita/reunião nas escolas participantes pela equipe descentralizada de profissionais do Ministério que acompanhava a implementação do programa, acrescidos por formulários preenchidos pelos professores após a realização de cada uma das 12 aulas do programa. Em 2014, os diários de campo foram substituídos por instrumentos especificamente criados para o monitoramento de características da implementação, nomeados Fomulários FORMSUS, em referência ao nome da plataforma de coleta dos dados, e seu preenchimento foi realizado pela equipe descentralizada do Ministério da Saúde e profissionais dos territórios que implementaram o programa. Em 2015, os formulários FORMSUS foram revistos e uma nova versão continuou sendo preenchida pelos profissionais do Ministério da Saúde e dos profissionais do território.

Ao final de cada aplicação de um ciclo completo do programa, as informações recolhidas pelos instrumentos e por registros das experiências empíricas dos profissionais eram utilizadas para tomadas de decisões das adaptações culturais do programa. Essas informações foram associadas aos achados das pesquisas (Hoor, 2015; Lopes, 2016; Pedroso, 2021; Peres, 2014), que em alguns momentos corroboravam os achados da equipe do ministério, em outros eram discrepantes ou desconhecidas. As similaridades e diferenças demandaram sucessivas reuniões virtuais e presenciais de apresentações de resultados, análises e reanálises de dados, além da busca de suporte na literatura da área, a partir de um processo dialético de reflexão que indicava a necessidade de constantes adaptações culturais, bem como destacava as vantagens e riscos das adaptações propostas e executadas. As adaptações realizadas pela equipe técnica do Ministério da Saúde deram origem ao programa #Tamojunto, como a versão brasileira adaptada do programa *Unplugged*.

Considerando os resultados das avaliações realizadas, buscou-se alinhar o programa #Tamojunto à Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2004) e à realidade e peculiaridades do contexto local. Sendo que, a partir de 2015, o programa passou a ser implementado em escolas das cinco regiões do Brasil. Além do aprimoramento da proposta e do material do programa, a adaptação buscou criar condições que viabilizassem o planejamento da continuidade do programa nos territórios envolvidos e a replicação do programa em outros estados brasileiros. As adaptações realizadas até o momento têm como foco, em longo prazo: a criação de uma intervenção que seja autônoma, sustentável e que alcance impactos na promoção e prevenção em saúde, quando difundida em larga escala nacionalmente.

Adaptações realizadas

No Brasil, o programa manteve seu formato original que prevê a aplicação de diferentes estratégias pedagógicas e educativas dinâmicas em 12 aulas e 3 oficinas de pais. Em acréscimo, por ser coordenado por uma equipe vinculada ao governo federal, foram agregadas como etapas da implementação: articulações políticas, negociações e acordos entre a gestão federal, estadual e municipal, além das gestões locais. Em sua logística de implantação foram incluídas supervisões

gerenciais contínuas e sistemáticas que visavam o acompanhamento e avaliação do programa, a fim de garantir a execução do cronograma previsto e atualização documental de todas as etapas contempladas. O conteúdo, contudo, foi adaptado de acordo com a realidade brasileira, com adaptações superficiais e profundas. As adaptações serão apresentadas detalhadamente a seguir.

Adaptações superficiais

Mudança do nome: transformação de Unplugged em #Tamojunto

Para a escolha do nome da versão brasileira do programa, foi realizado levantamento de sugestões junto aos educandos participantes da primeira implementação do programa, em 2013. As sugestões foram seguidas de votação por profissionais das secretarias de saúde e educação dos municípios participantes do programa e da equipe CGMAD/MS. É interessante perceber que o nome brasileiro (*TamoJunto*) tem um significado oposto ao nome original (*Unplugged* - 'desconectado', em tradução direta). Essa diferença na nomeação representa a diferença da apropriação específica que cada cultura fez da proposta. Por um lado, no *Unplugged* destacou-se o fortalecimento das habilidades de vida para que o adolescente não seja "refém" das escolhas de seu grupo social e possa, portanto, estar 'desconectado'. Por outro lado, no *TamoJunto* destacou-se a relevância do estreitamento de relações: entre os próprios adolescentes, entre adolescentes e professores, entre familiares e escola e entre profissionais das redes de saúde e educação, a fim de se criar na escola um ambiente mais empático, solidário, acolhedor e, consequentemente, protetor frente às situações de risco. O uso da "# (hashtag)" foi um recurso sugerido pela equipe técnica da CGMAD/MS para conferir uma linguagem contemporânea e próxima dos adolescentes.

Identidade visual do material

Houve um investimento na identidade visual dos materiais com a contratação de um ilustrador e um empresa de diagramação. Visualmente, o material original foi modificado, desenhos genéricos de adolescentes da versão original foram substituídos por adolescentes com características físicas brasileiras, com roupas,

etnias, cores, objetos de lazer e estudo comuns na cultura nacional. As principais mudanças, que podem ser observadas no caderno dos educandos, buscaram torná-lo mais interessante e atraente aos participantes. Segundo os professores, os cadernos se tornaram um objeto investido de valor pelos educandos, tendo sido elogiados pelo fato de que sua apresentação facilita a aceitação do programa em sala de aula (Pedroso et al., 2015). Da mesma forma, os demais materiais foram rediagramados e receberam avaliações positivas por sua qualidade, clareza de conteúdo e organização. Os professores elogiam o material pois avaliam que a forma como está apresentado facilita a aceitação do programa em sala de aula, o que indica estágios inicias de uma adaptação superficial (Castro et al., 2010).

Adaptações profundas

Formato, estrutura e descrição das aulas

Ocorreram mudanças nos títulos e na apresentação didática das informações, principalmente no Guia do Professor. Em sua versão original, o guia apresentava uma descrição sistematizada para a condução das atividades. Entretanto, na versão brasileira, observou-se a necessidade de reescrita dos "passo-a-passo" das atividades num formato semelhante a um plano de aula, formato familiar aos professores brasileiros. Outras adaptações referiram-se à inclusão de energizadores e, ao final de cada unidade, foi inserido um quadro-resumo com as atividades sequenciadas, com informações sintéticas sobre objetivos, materiais e tempo necessário. Nas situações a serem discutidas ou encenadas durante as aulas, foram realizadas substituições por outras consideradas mais próximas da cultura e do dia a dia de um adolescente brasileiro. Essas situações foram sugeridas pelos adolescentes por meio de um grupo focal em 2013, anterior a primeira aplicação do programa, e novamente modificadas a partir de sugestões de professores e educandos em 2014.

Foram incluídas notas no Guia do Professor sobre o sentido de cada atividade proposta e dicas de caminhos possíveis para a discussão da temática de cada aula com os educandos. Essas inclusões foram realizadas em resposta à demanda observada pelos implementadores do programa de que havia uma lacuna de compreensão e confiança dos professores no momento de planejamento e execução das aulas interativas. Essa lacuna confirma achados da literatura nacional, que indicam a escassez de intervenções de prevenção do uso de drogas com o foco em atividades lúdicas, horizontais de compartilhamento de experiências, em que o professor ocupa o lugar de mediador e não de informador de um novo conhecimento (Canoletti & Soares, 2005).

Na intenção de evitar que o professor realizasse a atividade mecanicamente, buscou-se um formato didático que facilitasse a compreensão do objetivo das ações. A meta da adaptação foi favorecer a manutenção dos objetivos da aula mesmo que tivesse necessidade de realizar adaptações na condução da atividade, além de preparar os professores para possíveis e imprevisíveis desdobramentos, empoderando o professor para a mediação de discussões com mais segurança e propriedade. Durante o acompanhamento das edições seguintes à adaptação, essas notas de apoio ao professor foram destacadas como sendo fundamentais para que o professor se sentisse confiante para desenvolver as aulas do projeto. Por exemplo, na atividade do tribunal da Aula 5, foi inserida esta observação para o professor: "*vale destacar que o mais importante desta atividade não é o veredito do júri; não há problema caso o grupo da indústria de cigarro "ganhe" a causa. O foco é que os alunos discutam entre si, reflitam sobre o assunto, argumentem e conheçam diferentes posições, exercitando, assim, a construção de uma abordagem crítica e questionadora.*"

Resumo das adaptações aula a aula

A maioria das alterações manteve o tema central da aula. Entretanto, adaptações pontuais foram realizadas em todas as aulas, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1: *Descrição de objetivos e principais adaptações das aulas*

Aula	Objetivo mantido entre Unplugged e #Tamojunto:	Principais adaptações
1	Apresentar o programa e estabelecer combinados.	Inclusão de um número maior de perguntas reflexivas em todas atividades previstas.
2	Abordar a importância de pertencer a um grupo na adolescência.	Substituição da pintura de um artista Belga, o "Folon", pelos personagens brasileiros criados pelo ilustrador. Retirada de perguntas sobre comportamentos "certos e errados". Retirada da referência da Pirâmide de Necessidades de Maslow.

3	Mapear fatores de risco e de proteção para o uso de álcool.	Adaptação da organização de fatores de risco em pessoal/psicológico, social e físico da versão original por fatores pessoais, sociais e ambientais. Inclusão do foco do binge drinking/embriaguez como fator de risco para o uso/abuso de álcool.
4	Trabalhar crenças normativas.	Inclusão de atividade explicativa sobre o conceito de porcentagem, uma vez que é fundamental para a compreensão do conteúdo.
5	Fornecer informações sobre drogas e seus efeitos.	Revisão do passo-a-passo da atividade principal do Júri e inclusão de uma "causa" de defesa e acusação pré-definida. Inclusão de informações sobre narguilé. Diminuição do número de perguntas do questionário original de 17 para 10 perguntas.
6	Desenvolver/fortalecer habilidades de comunicação.	Substituição de nomes das emoções por figuras de expressões de emoções. Foram incluídos novos personagens brasileiros expressando as emoções, no Guia do Professor, para que essas pudessem ser cortadas e distribuídas para facilitar a condução das atividades
7	Desenvolver/fortalecer a assertividade.	Substituição da explicação do modelo teórico de "influência social ampla" pelo conceito e exemplos de assertividade
8	Praticar habilidades interpessoais.	Inclusão de informação para que a participação nas encenações seja voluntária. Destaque para relevância do fortalecimento do grupo como um coletivo seguro e de compartilhamento.
9	Fornecer informações sobre drogas, inclusive drogas lícitas como medicamentos, de forma lúdica e interativa.	Destaque ao papel do professor como mediador e não como o detentor do conhecimento, principalmente para que não se torne uma aula informativa sobre drogas e seus efeitos
10	Permitir que os educandos identifiquem estratégias saudáveis para enfrentar situações difíceis.	A atividade sobre a "história de Jacob" foi substituída pelo "Blog do João", incluindo informações das relações familiares mais comuns à realidade brasileira, com maior ênfase no estabelecimento de vínculos.
11	Permitir que os educandos pratiquem a habilidade de solucionar problemas, por meio da identificação de possíveis soluções, alternativas e estratégias a serem utilizadas em situações de conflito.	O modelo dos cinco passos para a resolução de problemas de forma explícita com a repetição dos passos pelos educandos foi substituído por etapas em que os educandos vivenciam, mas não nomeiam claramente os passos de resolução de problemas.
12	Refletir sobre projetos de vida e discutir os passos necessários para alcançar esses projetos.	Foi incluída uma atividade de elaboração e percepção de uma rede social construída pelos educandos.

Fonte. Elaborado pelas autoras.

Adaptação nas oficinas de pais

As Oficinas de Pais passaram por alterações estruturais significativas. Em coerência com a metodologia do programa, o modelo original que apresentava um guia com um conteúdo extenso e sugestão de apresentações informativas foi substituído pela organização do grupo de participantes em roda. Foram utilizadas estratégias interativas semelhantes as aulas do programa, como trabalhos em pequenos grupos e utilização de energizadores, além de estimular o compartilhamento de experiências entre os participantes.

O perfil dos pais e responsáveis brasileiros demandou a inclusão de atividades que não exigissem leitura e escrita pelos participantes, devido à baixa escolaridade. Recorreu-se, então, a outras formas de expressão tais como colagem de figuras, dramatizações, debates, discussão motivada por perguntas, e utilização de recursos audiovisuais. Observou-se que outros adultos de referência para o adolescente poderiam se beneficiar da participação nas oficinas. Em razão disto, o convite à participação nas oficinas foi estendido às pessoas da comunidade com papel de responsáveis pelos educandos, se tornando a Oficina de Pais e Responsáveis.

O modelo original previa que a condução da oficina seria realizada por um consultor externo especialista em famílias, contratado pela escola. Na versão brasileira, as oficinas foram o espaço encontrado para fortalecer a relação saúde e educação no território de implementação do programa. Assim, no #Tamojunto, o planejamento e a condução da oficina passaram a ser responsabilidade de profissionais da escola e profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde de referência da escola, desde sua primeira versão em 2013. Os profissionais de saúde podem ser oriundos da Unidade Básica de Atendimento (UBS) e/ou Núcleo de Atenção à Saúde da Famílias (NASF) e/ou do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou de outro serviço de saúde disponível na região da escola. A condução das oficinas por profissionais não necessariamente especialistas, pressupõe uma relação horizontalizada entre os participantes, afastando-se das tradicionais palestras e exposições e fortalece a compreensão e ações de um território comum de prevenção e cuidado em saúde.

Elaboração e revisões da lógica de implementação

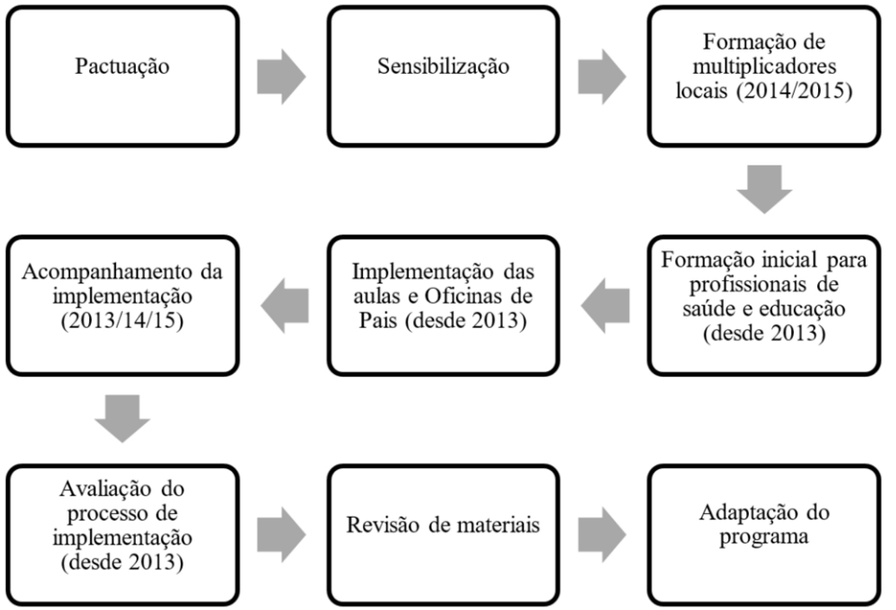
A lógica de implementação do #Tamojunto foi construída a partir da vivência da primeira etapa de implantação, entre julho de 2013 e março de 2014, nomeada pré-piloto. Nessa etapa, inicialmente, a metodologia foi apresentada a profissionais dos municípios que participaram da experiência "pré-piloto", buscando sensibilizá-los para a participação no projeto, de onde seguiu-se para a formação dos profissionais e para a implementação propriamente dita.

No modelo original do programa, previa-se a formação inicial de professores, que estariam aptos para implementar o programa de forma autônoma. Paralelamente, uma equipe de profissionais contratados pela equipe de pesquisa recolheria semanalmente os formulários de fidelidade a serem preenchidos após cada aula. Na versão brasileira, todo o processo foi monitorado por consultores da CGMAD/MS. Os consultores brasileiros, em sua prática, instituíram na intervenção um novo personagem fundamental de suporte a implementação, nomeada multiplicador. Esse profissional tinha dois grandes objetivos: apoiar a realização do programa, acompanhando os profissionais implementadores, oferecendo ferramentas de trabalho e esclarecimentos sobre a metodologia e, ao mesmo tempo, colher em campo junto aos atores do processo suas críticas, ideias, sugestões, impressões e questionamentos para, posteriormente, utilizar este material na adaptação cultural do programa.

Fluxo de implementação do programa

Considerando a possibilidade de expansão do projeto de prevenção do uso de álcool e outras drogas em maior escala para outros municípios e regiões do país e com considerável aumento do número de participantes, desenhou-se um modelo de implementação do programa, buscando otimizar a organização e fluxo de trabalho. Nesse modelo, ao longo das experiências de implementação, foram incluídas etapas, que podem ser conferidas na Figura 1, como os processos de apresentação e sensibilização, formação, acompanhamento e avaliação do programa.

Figura 1: *Etapas do processo de implementação do Programa #Tamojunto.*



Fonte. Elaborado pelas autoras.

Formação

O #Tamojunto propõe a formação de profissionais implementadores e o acompanhamento de seu trabalho pelos multiplicadores, os quais também passam por um processo de formação. Além disso, o programa oferece um encontro com os implementadores durante a realização das atividades.

Formação de implementadores. O modelo original prevê exclusivamente a formação de professores para a implementação da metodologia em sala de aula. Além disso, prevê a duração de dois e meio a três dias para sua realização. Esta formação passou por algumas adaptações fundamentais para que se adequasse ao contexto brasileiro. A primeira adaptação foi em relação ao número de horas. Diante da realidade dos profissionais em suas unidades de trabalho, as secretarias sinalizaram ser inviável liberar professores por mais de dois dias para a formação.

Com isso, o conteúdo foi ajustado em dois dias de oito horas. Outra adaptação importante foi a inclusão de profissionais de saúde e gestores escolares no grupo de formação. Assim, na versão brasileira, professores, gestores escolares e profissionais de saúde participavam conjuntamente de dois dias inteiros de formação. Estas adaptações ocorreram já para os primeiros grupos formados em 2013.

O formato se manteve praticamente o mesmo: os profissionais vivenciam enquanto participantes as atividades propostas pelo programa, tanto para a sala de aula quanto para o trabalho com a família e, a partir desta vivência, se discutem percepções e o papel de facilitador das atividades considerando o contexto de trabalho dos profissionais. Foram introduzidas atividades de articulação intersetorial já na formação para que a aproximação dos profissionais acontecesse desde então e o contato posterior fosse facilitado.

Inclusão de novas etapas de implementação

Pactuação/ sensibilização

A implantação do programa envolveu articulações políticas, negociações e acordos, que estabelecessem uma relação de corresponsabilidade entre agentes e recursos do governo federal e dos governos estaduais e municipais. Assim, as secretarias locais (saúde e educação) se responsabilizaram por disponibilizar horas dos profissionais que implementariam o programa, estes participando do processo de formação, acompanhamento e avaliação. Da parte do MS, contou-se com o material de apoio, bem como a oferta de formações, acompanhamento e avaliação do processo, realizadas pela equipe técnica do ministério e seus colaboradores. A implementação das atividades do programa nas escolas e nos territórios de saúde foi desenvolvida pelos profissionais habilitados nas formações com a equipe de desenvolvedores do Programa.

Tratando-se de uma intervenção intersetorial, na etapa seguinte promoveu-se encontros de sensibilização envolvendo escolas e equipamentos de saúde nos territórios participantes da implementação. Nos encontros de sensibilização o programa #Tamojunto foi apresentado por representantes da CGMAD/MS como uma metodologia de prevenção para adolescentes dos problemas associados

ao uso de álcool e outras drogas, baseada em evidências, recomendado pelo UNODC e coerente com a política pública brasileira sobre drogas e com os atuais paradigmas de prevenção. Além da apresentação da metodologia do programa, também foram apresentados a dinâmica de implementação, resultados esperados e recursos necessários para a implementação do programa (Tabela 2), convidando os profissionais para a formação.

Tabela 2: *Recursos necessários para implementação do Unplugged/#Tamojunto.*

Recursos disponibilizados pelo Governo Federal	Recursos a serem disponibilizados pelas Secretarias Locais (saúde e educação)
- Formador Federal para formar profissionais implementadores e multiplicadores locais; - Monitoramento da implementação através da plataforma FORMSUS; - Apoio às gestões locais para viabilização da implementação realizada pela equipe gestora do programa; - Impressão de materiais didáticos do programa.	- Multiplicadores Locais para o acompanhamento do programa nos territórios; - Sala com cadeiras móveis para realização das formações; - Materiais de escritório e multimídia para realização das formações; - Horas de professores, gestores educacionais e profissionais de saúde para formação de 2 dias seguidos e reuniões mensais de acompanhamentos; - Horas dos professores para executarem as 12 aulas e dos profissionais de saúde e gestores educacionais para planejarem e conduzirem as 3 oficinas de pais e responsáveis.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Intersetorialidade

As adaptações realizadas na lógica de implementação do #Tamojunto compreenderam a prevenção como um projeto intersetorial a ser realizado em parceria pela saúde e educação. A partir do cenário da implementação brasileira, dois aspectos se configuraram como eixos centrais das ações do #Tamojunto: o trabalho intersetorial (parceria saúde e educação) e o acompanhamento longitudinal do multiplicador. Este último foi considerado peça-chave para o sucesso do projeto, uma vez que foi reconhecido pelos implementadores (profissionais de educação e saúde) como fundamental para a execução do trabalho.

Componentes da rede de proteção integral, os setores da saúde e educação puderam oferecer referências seguras aos adolescentes, incentivando

o desenvolvimento de projetos de vida. Assim sendo, a intersetorialidade se configurou como um dos eixos centrais das ações do #Tamojunto: o trabalho intersetorial, fomentado pelas ações na comunidade previstas no programa, juntamente com os momentos de acompanhamento, objetivou a construção e o fortalecimento da interlocução entre os setores para além do programa. A atividade desenvolvida junto à comunidade, as Oficinas de Pais e Responsáveis, foi considerada um espaço com grande potencial para a aproximação entre os setores, propondo-se a sua realização em parceria pelos profissionais de saúde e educação. Dessa forma, os profissionais de saúde do território foram convidados a participar das atividades de acompanhamento da implementação, a pretexto de planejar e realizar as Oficinas em parceria com os representantes das escolas, buscando-se nesses encontros uma crescente articulação de possíveis ações como desdobramentos das atividades do programa e consequente potencialização da integração entre os serviços, e otimizando a utilização de recursos da rede.

Formação de multiplicadores locais

Após a participação no curso inicial de formação de profissionais implementadores, foram realizados cinco encontros, de três horas cada, para formação de profissionais que atuam como multiplicadores locais. Objetivando formá-los ao longo do processo, com base nas experiências de acompanhamento da implementação, busca-se o aprofundamento quanto aos objetivos e metas de cada etapa, aprimorando suas habilidades para realizar o acompanhamento e apoio previsto para a implementação da metodologia. O desenvolvimento de ações de formação continuada e acompanhamento dos profissionais implementadores dos territórios favorece a transmissão da tecnologia (até então centrada na gestão federal), com vistas à autonomia e sustentabilidade da implementação e expansão nos municípios participantes do projeto.

Acompanhamento do processo de implementação

No segundo semestre de 2014 e em todo ano de 2015, diante do reconhecimento do processo de expansão do programa, foi identificado pela

equipe do Ministério da Saúde a necessidade de se ter parceiros no próprio território atuando como multiplicadores. Os chamados Multiplicadores Locais eram profissionais vinculados às secretarias parceiras que disponibilizavam 10 horas de sua carga horária semanal para o acompanhamento do programa em até oito territórios, atuando em duplas intersetoriais. Cada território, em geral, correspondia a uma escola e um equipamento de saúde de referência, podendo um mesmo equipamento de saúde acompanhar várias escolas que estão em seu território de abrangência.

Para o acompanhamento da implementação através das visitas dos multiplicadores aos territórios, foram previstas, no total, três visitas ao longo do ciclo de implementação (12 aulas e 3 oficinas para pais e responsáveis), com duração de 2 horas em média: primeira hora com o professor e na segunda hora um momento com saúde e educação. Com formato intersetorial, participaram destes momentos os professores e gestores da escola, os profissionais de saúde dos equipamentos do território e os multiplicadores. O objetivo das visitas seria oferecer apoio aos implementadores, planejar e avaliar as oficinas de pais e responsáveis e identificar demandas que possam surgir em relação ao público-alvo e que favoreçam o trabalho intersetorial para além do programa.

Encontro de atualização para profissionais implementadores

Já nas primeiras experiências com o programa, profissionais que estavam realizando o programa e gestores locais solicitaram da equipe federal um novo momento de formação, complementar ao primeiro. A primeira versão do roteiro do Encontro de Atualização foi criada em 2015 e aplicada, em sua versão piloto, em 2016. Realizado pelo multiplicador local, o Encontro de Atualização engloba conteúdos de prevenção, fatores de proteção e promoção de saúde; princípios da metodologia #Tamojunto; intersetorialidade; e adolescência. Formulado pela equipe que acompanha a implementação do programa, com oito horas de duração, o encontro de atualização propõe a discussão, em maior profundidade, do tema da prevenção e da política nacional sobre drogas, além de atender à necessidade de resgatar elementos centrais da metodologia.

Avaliação

Além do monitoramento de forma contínua ao longo da realização das aulas e oficinas, após o término destas etapas foi proposto um momento específico para a avaliação de todo o processo, desde a pactuação, incluindo as formações, acompanhamento, processo de monitoramento, e execução das atividades previstas. O objetivo da avaliação final seria planejar a continuidade, ou não, do programa nos territórios envolvidos, além de identificar lacunas em todo o processo que possam ser melhoradas num próximo momento, com sugestões para o aprimoramento do mesmo.

Adaptações a partir de demandas epidemiológicas nacionais

Dentre as 12 aulas do programa, duas destacam a discussão sobre características e efeitos das drogas. A aula 5 sobre o cigarro e aula 9 com um *Quiz* de perguntas e respostas sobre diferentes tipos de drogas. Ambas aulas sofreram adaptações em decorrência dos dados epidemiológicos brasileiros serem diferentes dos dados europeus. A aula 5 apresentava o tema do uso de tabaco (cigarro) como central. No Brasil, considerando o investimento em políticas de prevenção (Lei Antifumo nº 12.546 de 2011), aliado à regulação sobre a venda e propaganda, observa-se uma diminuição significativa do uso de tabaco nos últimos anos, principalmente entre adolescentes (IBGE, 2013). O narguilé, por sua vez, tem um uso crescente entre os adolescentes no Brasil, mas não era abordado em nenhuma das aulas. Assim, essa aula foi adaptada, reduzindo o espaço dedicado ao cigarro e introduzindo questões referentes ao narguilé.

A aula 9 tem em seu formato um grande *Quiz*, em que o professor pode escolher previamente os cartões de perguntas e respostas, conforme o tipo de drogas que acredita ser interesse dos alunos. O conteúdo de alguns cartões foi alterado, como por exemplo, cartões que se referiam ao uso de heroína (45, 46 e 47) foram substituídos por cartões que abordam o uso de crack (42, 43 e 44), uma vez que pesquisas indicam ser o uso de heroína no Brasil, entre adolescentes, muito baixo (Bastos, Vasconcellos, De Boni, Reis, & Coutinho, 2017). Em outra direção, os dados de uso de crack, embora também baixos para os escolares brasileiros do ponto de

vista estatístico e epidemiológico, apresentam um destaque e estigmatização do usuário muito presente na grande mídia e na rotina de noticiários dos adolescentes brasileiros (Romanini & Roso, 2014). Isso impulsionou a inclusão do tema para a construção de pensamento crítico e com informações reais sobre o consumo e perfil do usuário brasileiro. Ainda nos cartões da aula 9, as perguntas, afirmações ou cartões que se referiam ao haxixe foram excluídas ou alteradas e, em grande parte dos cartões, as palavras cannabis e haxixe foram substituídas por maconha, uma vez que essa é a nomenclatura utilizada no Brasil.

Ainda em relação à necessidade de dados nacionais verossímeis, a aula 4 tem como tema a discussão sobre crenças normativas dos adolescentes em relação a porcentagem de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas. No modelo original, é solicitado ao professor que busque informações estatísticas sobre padrão de uso. Como alternativa, no #Tamojunto, essa informação é oferecida ao professor, incluindo ao final da aula, no Guia do Professor, uma tabela resumida das informações sobre o consumo de drogas entre educandos do VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras (Carlini et al., 2010).

Adaptações a partir do paradigma de prevenção do uso de álcool e outras drogas

Outro ponto de destaque foram as revisões de conteúdo com conotação de prevenção diferente das relações complexas e de vulnerabilidades apresentadas na introdução deste capítulo (Bastos & Bertoni, 2014; Souza, 2009; Souza, 2016). Destaca-se que a revisão das características do programa focou na substituição ou eliminação de caraterísticas que por ambiguidade ou falta de clareza se aproximassem ao "Modelo Guerra à Drogas", "Abordagem Moralizante", "Estigmatização do Usuário" ou "Pedagogia do Terror", uma vez que esses se afastam paradigmaticamente do Políticas de Álcool e outras Drogas preconizada pela CGMAD/MS (Brasil, 2015b) e, por consequência, da equipe revisora do programa.

Um exemplo dessa discussão foi a adaptação realizada na aula 7, cujo tema é assertividade. Apesar desse conceito abranger a habilidade de 'dizer não', ele é

muito mais amplo, e foi objetivo da equipe que realizou a adaptação, discuti-lo nessa perspectiva: a de que assertividade significa defender seu direito, respeitando os direitos de outros, observando desejos e riscos envolvidos (Del Prette & Del Prette, 2005). Numa cultura em que se está habituado a discutir a relação com drogas sob a ótica proibicionista (Canoletti & Soares, 2005), com facilidade havia o risco de que os professores direcionassem a discussão sobre prevenção e assertividade para o '*diga não às drogas*', não incorporando uma discussão mais ampliada sobre o fenômeno e o conceito. Outros exemplos foram adaptações na aula 9, uma das poucas aulas específicas sobre características e efeitos das drogas, em que conteúdo de cartões que afirmavam que "*as drogas sempre levam a dependência*" foram substituídos por riscos de usar essas substâncias, por exemplo. Cartões que poderiam dar margem a uma visão limitada e estigmatizada dos usuários de drogas foram eliminados, como os que destacavam os efeitos imediatos do uso de drogas, como "*cheirar mal, ser admirado pelos amigos ou deixar de ser confiável pelos amigos*" ou que abordavam o "*uso de maconha como parte de um estilo de vida alternativo e anti-consumista*".

Principais desafios da adaptação cultural

Desde o momento em que o programa chegou ao Brasil, a equipe responsável pela implementação enfrentou alguns desafios. O primeiro que se impôs foi o fato do programa ter origem internacional. Havia uma crítica pela não utilização de programas nacionais, além de um receio de que ele não fosse adequado à realidade brasileira. Foi necessária uma contextualização sobre o motivo de não utilizar programas nacionais – ausência de programas validados e sistematizados para uma larga escala (Abreu, 2012) - e preciso que os participantes pudessem vivenciar a proposta da metodologia para que confiassem de que ela não era inadequada à realidade brasileira tanto em relação ao seu conteúdo quanto proposta metodológica.

O segundo desafio se deu pela quantidade de tempo das aulas no Brasil. Dependendo da região do Brasil, as aulas variavam de 40 a 60 minutos, impactando na execução das atividades. Esta situação exigia dos professores flexibilidade para se adaptarem à necessidade de tempo real das aulas do programa. Esse tipo de flexibilidade exigiu também um suporte das gestões escolares para que apoiassem os professores no manejo deste tempo. Além disso, a gestão escolar foi convidada a participar da formação para conhecer o programa e apoiar o professor no que fosse necessário: planejamento de atividades, disponibilização de material e de tempo para que o professor participasse do acompanhamento com o formador, além de apoiar o programa como uma iniciativa de toda a escola, e não somente do professor que o estava executando.

Um outro desafio que se fez presente desde 2013 foi a medida de adaptação que o professor pode realizar na execução do programa (Castro et al., 2004). É importante que o professor tenha a possibilidade de realizar adaptação considerando os recursos locais e técnicos, mas é preciso que as adaptações sejam feitas com rigor, garantindo a fidelidade (Castro et al., 2010). Porém, como fazer diante de salas de aulas em más condições que não permitem um arranjo dos alunos em roda, por exemplo? Como lidar com a indisponibilidade do professor em se colocar numa posição de facilitador diante de sua turma? O quanto ele pode experimentar esse lugar, ainda mantendo uma posição de conforto, e em que ponto permanecer nessa posição passa a prejudicar a execução do programa? As respostas a esses desafios e os enfrentamentos de novas questões se deram a partir da colaboração e participação de todos os envolvidos na implementação, desde os participantes de diferentes territórios no Brasil até a equipe da gestão federal.

Considerações finais

As adaptações apresentadas nesse capítulo foram avaliadas e validadas junto ao desenvolvedor e à comunidade que vivenciou a implementação do #Tamojunto durante toda a experiência de implementação do programa. Muitos avanços foram realizados: a equipe nacional do #Tamojunto se debruçou nos achados científicos encontrados nas pesquisas realizadas para compreender o processo e impacto do programa e para respaldar novas adaptações e legitimá-las. Porém é preciso destacar algumas limitações. Observou-se que houve um descompasso entre o tempo disponível para realizar as adaptações conforme demandas do campo e o tempo necessário para realização das pesquisas e divulgação de resultados - em muitos momentos, os tempos da academia e da

política pareceram ser incompatíveis. Idealmente, todas as adaptações deveriam ser propostas, mapeadas e avaliadas antes da expansão do programa, apoiadas e validadas a partir das pesquisas avaliativas. Na realidade, contou-se com a equipe nacional e sua expertise a partir da vivência da metodologia e com os interlocutores os quais estavam à frente da implementação para a realização de adaptações iniciais num primeiro momento de difusão do programa. Contudo, destaca-se o valor desta experiência inovadora em que buscou-se a parceria com pesquisadores locais e a política pública, numa proposta responsável, baseada em evidências científicas internacionais e respaldada em evidências a partir de pesquisa desenvolvida no Brasil. Outro destaque é a inserção dos profissionais envolvidos com a implementação do programa no território, quais sejam, professores, educandos, profissionais da rede de saúde e gestores locais em todo o processo de validação e avaliação da metodologia. Desde sua proposição, até a inclusão na discussão dos resultados encontrados, suas considerações foram de fundamental importância para as adequações realizadas, o que culminou numa parceria ética e responsável entre Estado e entes federados.

Além dos resultados das pesquisas realizadas em 2013 e 2014, que respaldaram discussões e decisões da equipe #Tamojunto, houve a indicação de realização de novas avaliações, considerando que o modelo de implementação seguiu sendo revisado continuamente desde então. Essas revisões resultam em modificações nos processos formativos e de acompanhamento, o que acaba por refletir no fator humano, fundamental de ser considerado quando se avalia o impacto das intervenções de uma metodologia específica (Resnicow et al., 2000). Outro ponto que merece ser destacado para futuras agendas de pesquisa é que, como observado, esse programa visa incidir, também, na não perpetuação de um ciclo de exclusões e vulnerabilidades e é preciso dimensionar se e como ele vem conseguindo cumprir com esta ambiciosa meta.

Por fim, é preciso, diante da validação científica de eficácia do programa, bem como da validação profissional e subjetiva de quem vivencia o #Tamojunto, garantir que o programa tenha alcance de uma política pública de prevenção. Para tanto, é preciso que a prevenção entre como agenda prioritária nas três esferas do poder. É preciso assegurar que os processos para implementação de programas preventivos sejam simples e eficazes, de baixo custo tanto em termos financeiros como de

recursos humanos, e que tenha sustentabilidade local, mesmo que mantendo a parceria tripartite. É fundamental que sejam induzidas discussões sobre prevenção para que haja o entendimento de que o investimento em políticas validadas impacta tanto no orçamento local, por reduzir as necessidades de cuidados para situações preveníveis que envolvem o abuso de substâncias, mas, principalmente, impacta em vidas, podendo ser chave para transformações de relações na sociedade, contribuindo com a saúde, o empoderamento e criticidade de sujeitos.

Lições aprendidas

- A proposição de políticas públicas desenvolvidas em parceria com pesquisadores locais é uma proposta responsável que considera evidências para respaldar as tomadas de decisões. Porém, é preciso entender que a implementação de Programas pode exigir algumas adaptações e tomadas de decisão nem sempre compatíveis com o tempo necessário para realização de avaliações criteriosas e divulgação de resultados das pesquisas. A tomada de decisão partilhada poderia ser uma forma de enfrentar o descompasso entre pesquisa e implementação.
- A participação dos profissionais envolvidos com a implementação do programa no território – professores, educandos, profissionais da rede de saúde e gestores locais – em todo o processo de validação e avaliação da metodologia foram de fundamental importância para a adaptação do programa e realização constante de adequações, o que culminou numa parceria ética e responsável entre Estado e entes federados.
- É preciso incluir em futuras agendas de pesquisa indicadores que avaliem se o programa incide, também, na não perpetuação de um ciclo de exclusões e vulnerabilidades, a partir do estudo dos fatores de risco que incidem na população-alvo das intervenções.
- Para a construção política de uma agenda de prevenção, é preciso que a mesma entre como agenda prioritária nas três esferas do poder. É fundamental que sejam induzidas discussões sobre prevenção em todas estas esferas para que haja o entendimento de que o investimento em políticas validadas impacta tanto no orçamento local, por reduzir as

necessidades de cuidados para situações preveníveis que envolvem o abuso de substâncias, quanto, principalmente, impacta em vidas, podendo ser chave para transformações de relações na sociedade, contribuindo com a saúde, o empoderamento e a criticidade de sujeitos.

Referências

Abreu, S. (2012). Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área. (Dissertação de mestrado). Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/11952

Allen, D., Foxcroft, D. R., & Coombes, L. (2006). Strengthening Families Programme for Parents and Youth 10-14. Leader Guide. Oxford: Oxford Brooks University.

Bastos, F. P. M., & Bertoni, N. (Org.). (2014). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz - ICICT.

Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L. D., De Boni, R. B., Reis, N. B. D., & Coutinho, C. F. D. S. (2017). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz - ICICT.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Rodríguez, M. M. D. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. Professional Psychology: Research and Practice, 40(4), 361-368. doi: 10.1037/a0016401

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. (2004). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2015a). Saúde Mental em Dados - 12, Ano VIII, nº 12, julho de 2015. Brasília: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Preven----o-em-Dados--2013-2015-.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015b). Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf

Canoletti, B., & Soares C. B. (2005). Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9(16), 115-129. doi: 10.1590/S1414-32832005000100010

Caria, M. P., Faggiano, F., Belloco, R., & Galanti, M. R. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. Journal of Adolescent Health, 48(2), 182-188. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.003

Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., … Moura, Y. G. de (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio-das-Redes-P%C3%BAblica-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf

Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Holleran-Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 213-239. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032

Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tension between fidelity and fit. Prevention Science, 5(1), 41-45. doi: 10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Capítulo 10: Assertividade. Petrópolis: Vozes.

Donabedian, A. (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In A. Donabedian (Org.). Explorations in Quality Assessment and Monitoring (pp. 77- 125). Oxford University Press.

EU-Dap (2013). Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools. Disponível em https://www.eudap.net/Dissemination_Guide.aspx

EU-Dap (2007). Education Material. Acessado em 05/02/2020. Disponível em https://www.eudap.net/Reserved/ReservedArea_EducationMaterial.aspx

EU-Dap Consortium (2008). Preventing substance use among students, a guide to successful implementation of comprehensive social influence (CSI) curricula in schools. Turin: OED Observatorio Epidemiologico Delle Dipendenze.

EU-Dap Study Group (2006). Unplugged: an effective school-based program for the prevention of substance use among adolescents (Eudap Final Tech. Rep. n.1). Italy: EU-Dap. Disponível em https://www.eudap.net/PDF/FinalReport1.pdf

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., ... & EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 108(1-2), 56-64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018

Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., ... & EU-Dap Study Group. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. Preventive Medicine, 47(5), 537-543. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.06.018

Ford, C. B., Keegan, N., Poduska, J. M., Kellam, S. G., & Litman, J. (2013). Good Behavior Game Implementation Manual. Washington, DC: American Institute for Research.

Hawkins, D., Catalano, R. F., & Arthur, W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviors 27, 951–976. doi: 10.1016/S0306-4603(02)00298-8

Hoor, J. F. (2015). Avaliação da satisfação do processo de implementação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos. (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/160640

Iglesias E. B. (2002). Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponível em https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/bases-cientificas-de-la%20prevencion-BECONA.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2013). Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2012. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2016). Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ibge/ibge_pense_2015.pdf

Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., ... & Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug and Alcohol Dependence, 95, S5-S28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004

Longman Dictionary of Contemporary English. Disponível em https://www.ldoceonline.com/

Lopes, J. M. (2016). Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes. (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167905

Medeiros, P. F. P. (2016). Avaliação do processo de implantação do programa Unplugged de Prevenção ao Uso de Drogas em escolas de São Paulo e Santa Catarina. (Universidade Federal de São Paulo). Disponível em http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41877;jsessionid=9DD387109B7160D9EC54613CFB6FD475

Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L. & Moraes e Prado, M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. Estudos de Psicologia (Natal), 14(3), 181-189. doi: 10.1590/S1413-294X2009000300001

Nobre-Sandoval, L.N., Corrêa, A.O. & Abreu, S. Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. (2015). In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. dos Santos, & L. Polejack (Orgs.), Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção (pp. 249-262). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Paiva, F. S., & Rodrigues, M. C. (2008). Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 8(3), 672-684. Disponível em http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a09.pdf

Papalia, D., & Olds, S. (2000). Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pedroso, R. T, Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. Revista Textura, 33, 9-24. Disponível em http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339

Pedroso, R. T. (2021). Políticas públicas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas: o desafio das evidências. São Paulo: Dialética.

Peres, G. M. (2014). O processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial. (Dissertação de Mestrado).

Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128743

Posavac, E. J., & Carey, R. G. (2003). Program Evaluation. Methods and Case Studies. New Jersey: Prentice Hall.

Ramos, Z., & Alegría, M. (2014). Cultural adaptation and health literacy refinement of a brief depression intervention for Latinos in a low-resource setting. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20(2), 293-301. doi: 10.1037/a0035021

Reese, L. E., & Vera, E. M. (2007). Culturally relevant prevention: The scientific and practical considerations of community-based programs. The Counseling Psychologist, 35(6), 763-778. doi: 10.1177/0011000007304588

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. Journal of Community Psychology, 28(3), 271-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

Romanini, M., & Roso, A. (2014). Midiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 49(18), 1-14. doi: 10.1590/1807-57622013.0138

Sloboda Z, & Bukoski WJ. (2003). Handbook of drug abuse prevention: theory, science, and practice. New York: Plenum Publishers.

Souza, J. (2009). Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Souza, J. (2016). Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Disponível em https://cepad.ufes.br/sites/cepad.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%C3%A3o%20social_Digital_WEB.pdf

Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: an overview. In A. Steckler & L. Linnan (Orgs.), Process evaluation for public health interventions and research (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Vadrucci, S., & EU-Dap Study Group. (2015). The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. Global Health Promotion, 23(4), 49-58. doi: 10.1177/1757975915579800

Van Der Kreeft, P., & EU-Dap Study Group. (2009). Unplugged": a new European school program against substance abuse. Drugs Education Prevention and Policy, 16, 167-181. doi: 10.1080/09687630701731189

CAPÍTULO 7

ADAPTAÇÃO CULTURAL DO *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (10-14) UK: O CASO BRASILEIRO

Jordana Calil Lopes de Menezes
Sheila Giardini Murta
Eric C. Brown

Resumo

Publicações que relatem detalhadamente o processo de adaptação cultural de intervenções são raras. O presente estudo objetiva preencher essa lacuna ao propor a descrição do processo de adaptação cultural do SFP (10-14) *UK* para o Brasil entre os anos de 2013 e 2016, que no país recebeu o nome Programa Famílias Fortes (PFF), visando a compreendê-lo e sistematizá-lo, bem como verificar as mudanças realizadas no Programa nesse ínterim. Esse estudo ocorreu por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando de entrevista aberta com três participantes envolvidas no processo de adaptação cultural do Programa para o país. Verificou-se um total de dezesseis passos percorridos nesse processo. Esses passos cumpriram as etapas sugeridas pelo modelo proposto para adaptação do Programa original, exceto a avaliação de efetividade, não realizada à época da coleta de dados para este estudo. O processo de adaptação cultural resultou em ajustes na estrutura superficial da intervenção, a saber, linguagem, materiais e exemplos. Por fim, sugerem-se estudos para verificar a efetividade da versão adaptada do programa e a continuidade do processo de adaptação cultural em regiões e populações diversas.

Palavras-chave: adaptação cultural, prevenção, abuso de drogas, famílias.

Introdução

As consequências do uso indevido de álcool e outras drogas envolvem problemas como acidentes, violência, conflitos familiares (Vier Machado & Boarini, 2013), comportamento sexual de risco, transtornos mentais e suicídio (Cantão & Botti, 2016; Capistrano, 2014). Outros problemas sociais também estão relacionados ao uso indevido de drogas, como a vulnerabilidade social, marginalidade, dificuldades financeiras e estigmatização (Ronzani et al., 2014). Quando esse uso ocorre durante a fase da adolescência as consequências podem incluir baixo rendimento acadêmico, abandono escolar e envolvimento com atos infracionais (Henry, Knight, & Thornberry, 2012).

Em 2013, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS), em parceria com o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), iniciou o processo de adaptação, implementação e avaliação de programas de prevenção do uso indevido de álcool e drogas entre crianças e adolescentes baseados em evidências de efetividade (Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015), como parte do eixo de prevenção do 'Programa Crack, É Possível Vencer', em vigor no Brasil na primeira metade desta década. Um desses programas tinha como foco a redução dos fatores de risco e o aumento dos fatores de proteção individuais e familiares para o uso indevido de álcool e drogas. Trata-se do *Strengthening Families Program* (10-14) UK [SFP (10-14)UK] (Allen, Coombes, & Foxcroft, 2006).

Desde sua primeira aplicação no Brasil, em 2013, o programa sofreu mudanças que visavam promover sua adaptação cultural para o país. A adaptação cultural de intervenções baseadas em evidências se refere à sua modificação sistemática para adequá-las à cultura, ao contexto e à linguagem, conforme os valores, significados e padrões culturais do público-alvo (Castro, Barrera, & Steiker, 2010). Ela visa tornar a intervenção mais sensível à cultura local. A sensibilidade cultural corresponde à intensidade em que o programa inclui características culturais da população-alvo (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia, & Butler, 2000). Trata-se de um processo contínuo realizado por meio do *feedback* de avaliações feitas com quem recebe e aplica o programa (Kumpfer, Pinuychon, Melo, & Whiteside, 2008). Esse processo deve manter os componentes centrais do programa, que são responsáveis por sua efetividade (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Fagan, Hanson, Hawkins, & Arthur, 2008).

Um estudo sobre a primeira aplicação do SFP (10-14) UK no Brasil indicou a necessidade de alterações na intervenção para sua melhor adequação à realidade brasileira de acordo com as percepções dos facilitadores, observadores externos, familiares e jovens participantes a respeito da relevância cultural, atratividade e clareza dos procedimentos e materiais do programa (Murta et al., 2018). Em 2014, uma versão adaptada do Programa foi construída, informada pelos resultados desse estudo. Posteriormente, novas alterações ocorreram em resposta às demandas advindas da prática profissional.-

Existem diversos modelos teóricos que se propõem a sistematizar o processo de adaptação cultural de intervenções (Ferrer-Wreder, Sundell, & Mansoory, 2012; Sundell & Ferrer-Wreder, 2014). No entanto, ainda não há consenso na área a respeito das etapas que devem ser seguidas (Bernal & Adames, 2017). Esses modelos teóricos foram desenvolvidos para auxiliar no processo de sistematização da adaptação cultural de intervenções baseadas em evidências, para que o processo não comprometa a fidelidade à intervenção original e, consequentemente, a sua efetividade (Ferrer-Wreder et al., 2012). A fidelidade representa o grau em que uma intervenção é implementada conforme o planejado, de modo a assegurar a transmissão dos componentes do programa responsáveis por sua efetividade durante sua aplicação, denominados componentes centrais (Marsiglia & Booth, 2015). Sabe-se que essa sistematização precisa abarcar o detalhamento das alterações, que as modificações devem ser baseadas em evidências e que é importante a conservação dos componentes centrais nesse processo (Ferrer-Wreder et al., 2012).

Uma teoria para sistematizar o processo de adaptação cultural foi proposta por Kumpfer e colaboradores (Kumpfer, Xie, & O'Driscoll, 2012; Kumpfer et al., 2008), seguindo as seguintes etapas: (a) avaliação de necessidades, que consiste no recolhimento de informações a respeito dos principais fatores de risco e proteção a saúde do público-alvo; (b) revisão de literatura para selecionar os programas preventivos baseados em evidências destinados a diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção importantes para a população-alvo; (c) criação de uma equipe de adaptação cultural que deve ser composta pelos desenvolvedores

do programa e as pessoas que realizaram a tradução e adaptação; (d) tradução de todo o material do programa, inclusive com a adaptação de alguns trechos que já se mostram inadequados à cultura; (e) implementação preliminar com adaptação mínima para se obter informações que gerarão a adaptação; (f) adaptação cultural com base nessa experiência inicial de implementação, quando são realizadas mudanças graduais baseadas no que funciona, tais como na linguagem, estórias e músicas culturalmente pertinentes; (g) incorporação ao currículo dessas adaptações culturais com aprovação dos desenvolvedores do programa; (h) avaliações pré e pós-teste do programa para verificar sua eficácia com as adaptações; (i) novas adaptações são feitas, se necessário, considerando os resultados das avaliações; (j) disseminação, que consiste em implementar a versão culturalmente adaptada do programa a um número maior de pessoas que apresentem aspectos culturais similares; e (k) publicação dos resultados e processos.

Os autores do SFP (10-14) consideram importante a adaptação cultural da estrutura superficial da intervenção (Kumpfer, Alvarado, & Bellamy, 2002), que diz respeito ao quanto as mensagens, materiais e formas de transmissão da intervenção estão relacionados às características da população alvo (Berkel, Mauricio, Schoenfelder, & Sandler, 2011). Os elementos da estrutura superficial que eles incentivam mudanças são: as boas vindas, músicas, histórias, danças, exercícios, exemplos, fotos, vídeos e os materiais. No entanto, os autores desencorajam alterações na ordem, estrutura e quantidade das sessões, também indicam não retirar, juntar ou mudar lições, nem reordenar ou excluir conteúdo da sessão, como as tarefas de casa, pois isso poderia diminuir a eficácia do SFP (10-14) (Kumpfer et al., 2002).

O SFP (10-14) já foi adaptado para diversos países europeus, além do Reino Unido, como: Irlanda, Itália, Polônia, Alemanha, Grécia, Holanda, Espanha (Orte-Socias & Amer-Fernández, 2014) e Suécia (Orte-Socias & Amer-Fernández, 2014; Skärstrand, Larsson, & Andréasson, 2008). Nos países da América Latina, ele foi adaptado culturalmente em: Honduras (Vasquez et al., 2010), Costa Rica, El Salvador, Peru (Ortega, Giannotta, Latina, & Ciairano, 2012), Chile (Corea, Zubarew, Valenzuela, & Salas, 2012), Bolívia, Colômbia e Equador (Orpinas et al., 2014). A versão do SFP (10-14) utilizada na América Latina decorre de um processo de adaptação cultural realizada pela *Pan American Health Organization* (PAHO) com a colaboração dos desenvolvedores do Programa (PAHO, 2009).

No entanto, em que pese sua adaptação para dezenas de países, uma revisão em busca dos relatos do processo de adaptação do SFP (10-14) para outros países encontrou resultados somente para as adaptações realizadas na Alemanha, Espanha, Itália, Peru, Reino Unido e Suécia (Menezes & Murta, 2020). Os achados desta revisão indicaram que adaptações culturais do SFP (1014) têm sido, usualmente, conduzidas por pesquisadores, ao invés de serem realizadas por múltiplos atores interessados, e têm focado na estrutura superficial e materiais das intervenções, ao passo que adaptações em formato e estrutura são menos comuns.

O relato do processo de adaptação cultural de intervenções baseadas em evidências é fundamental para se determinar o impacto de adaptações na efetividade dos programas (Mejia, Leijten, Lachman, & Parra-Cardona, 2016). Ademais, diversos autores ressaltam a importância de esse processo ser realizado, documentado e publicado para contribuir tanto com o desenvolvimento da ciência da implementação, quanto com o aprimoramento dos modelos teóricos na área de adaptação cultural (Baumann et al., 2015; Bernal & Adames, 2017; Cabassa & Baumann, 2013; Kumpfer, Magalhães, & Xie, 2016).

Na área de adaptação cultural, a divulgação do processo poderia contribuir para esclarecer questões importantes como: o impacto de diferentes modelos de adaptação cultural na efetividade das intervenções baseadas em evidências, bem como de diferentes níveis de aprofundamento na adaptação e suas influências tanto na efetividade, quanto no engajamento dos participantes e na sustentabilidade do programa adaptado. Adicionalmente, poderia fomentar o debate sobre as relações entre fidelidade e adaptação cultural (Baumann et al., 2015; Bernal & Adames, 2017; Cabassa & Baumann, 2013; Kumpfer et al., 2016; Mejia et al, 2016).

Além da contribuição para o desenvolvimento da ciência, o processo adequado de adaptação cultural é de relevância econômica, pois contribui para que o investimento financeiro ocorra em um programa que de fato pode alcançar os seus objetivos preventivos. A adaptação cultural é também um cuidado ético ao propiciar a modificação de uma intervenção de modo a respeitar os valores,

linguagem e costumes da comunidade que receberá o programa, quando a intervenção se mostra sensível às necessidades da comunidade alvo. Isso está relacionado também à participação, aceitação e satisfação com o programa pelos seus participantes (Reese & Vera, 2007).

Desse modo, o presente estudo objetivou contribuir para a expansão do conhecimento na área ao propor a descrição do processo de adaptação cultural do SFP (10-14) UK para o Brasil, no período de 2013 a 2016, visando compreendê-lo e sistematizá-lo. Buscou-se verificar como foi o processo de adaptação cultural e as mudanças realizadas no Programa nesse ínterim. Colocam-se como questões a serem respondidas por essa pesquisa: Quais as etapas seguidas no processo de adaptação cultural do *Strengthening Families Program (10-14) UK* para o Brasil entre os anos de 2013 e 2016? O que foi modificado no Programa? Quais as razões para as mudanças?

Método

Desenho

Este estudo ocorreu por meio de uma abordagem qualitativa, com os objetivos de verificar as etapas seguidas no processo de adaptação cultural do *Strengthening Families Program (10-14) UK* para o Brasil e as alterações realizadas no Programa durante esse processo. Foram realizadas entrevistas abertas com a seguinte questão disparadora: "Gostaria que você me contasse a história do Programa desde sua escolha, as mudanças que ocorreram, todo o processo de adaptação." A entrevista aberta é utilizada para se obter a maior quantidade possível de informações a respeito de determinado tema, conforme a visão do entrevistado (Minayo, 1993).

Participantes

Participaram do estudo três servidoras do Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, envolvidas com o *Strengthening Families Program (10-14) UK* no Brasil desde a sua primeira versão, quando foi adotado em 2013. A escolha das entrevistadas ocorreu por conveniência, pois uma das

pesquisadoras conhecia a equipe que participou do processo de adaptação cultural do Programa e escolheu as pessoas que estavam há mais tempo vinculadas. Todas eram mulheres, com ensino superior em ciências humanas ou sociais, e tinham à época da coleta de dados entre 2 e 3 anos de atuação no Programa.

Procedimento

Depois da submissão e aprovação da pesquisa no Comitê de Ética (Instituto de Ciências Humanas, nº 53496716.7.0000.5540), foi realizado o contato por e-mail com as participantes escolhidas para verificar se estavam interessadas em participar da pesquisa. Todas se mostraram disponíveis para contribuir com o estudo. As entrevistas foram conduzidas individualmente pela primeira autora deste estudo e ocorreram no primeiro semestre de 2016. Antes de cada entrevista era apresentada a pesquisa, seu propósito e solicitada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do termo de autorização para utilização de imagem e som de voz. As entrevistas ocorreram na sede do Ministério da Saúde, na cidade de Brasília, em dias diferentes. Foram gravadas somente em áudio e tiveram duração de aproximadamente uma hora.

Análise dos dados

Dois procedimentos de análise de dados foram adotados neste estudo, conforme os objetivos. O primeiro procedimento foi o modelo de análise de entrevistas narrativas (Flick, 2014) utilizado para responder ao objetivo de verificar as etapas do processo de adaptação. Este modelo se mostrou apropriado, uma vez que propõe a criação de trajetórias individuais sobre algum evento e posteriormente a união dessas trajetórias constituindo uma trajetória coletiva. As etapas são: transcrição e separação entre o material indexado (discurso racional) e o material não indexado (valores, crenças, opiniões); ordena-se o conteúdo indexado para cada indivíduo criando-se trajetórias individuais; analisam-se as dimensões não indexadas do texto; depois as trajetórias individuais são agrupadas; por último, estabelecem-se semelhanças existentes entre as trajetórias individuais gerando uma trajetória coletiva. Para

essa pesquisa a trajetória coletiva consiste nas etapas realizadas no processo de adaptação cultural da intervenção.

O segundo procedimento adotado foi a análise de conteúdo, com o intuito de verificar as alterações realizadas no Programa durante seu processo de adaptação cultural para o Brasil. A análise de conteúdo compreendeu os passos: (1) leitura flutuante das entrevistas transcritas, (2) seleção das unidades de análise, (3) categorização apriorística, ou seja, com categorias prévias (Campos, 2004). A categorização ocorreu de modo apriorístico codificando as unidades de análise conforme o 'Sistema para Classificar Modificações de Intervenções e Programas Baseados em Evidências' que foi traduzido (Stirman, Miller, Toder, & Calloway 2013). Esse instrumento categoriza de modo sistematizado as mudanças realizadas durante a implementação de intervenções baseadas em evidências em relação a: quem realizou as mudanças; o que foi modificado no conteúdo, contexto, treinamento e avaliação; para quem ocorreram as mudanças no conteúdo; qual o contexto das modificações; e a natureza das mudanças realizadas no conteúdo (Stirman et al., 2013).

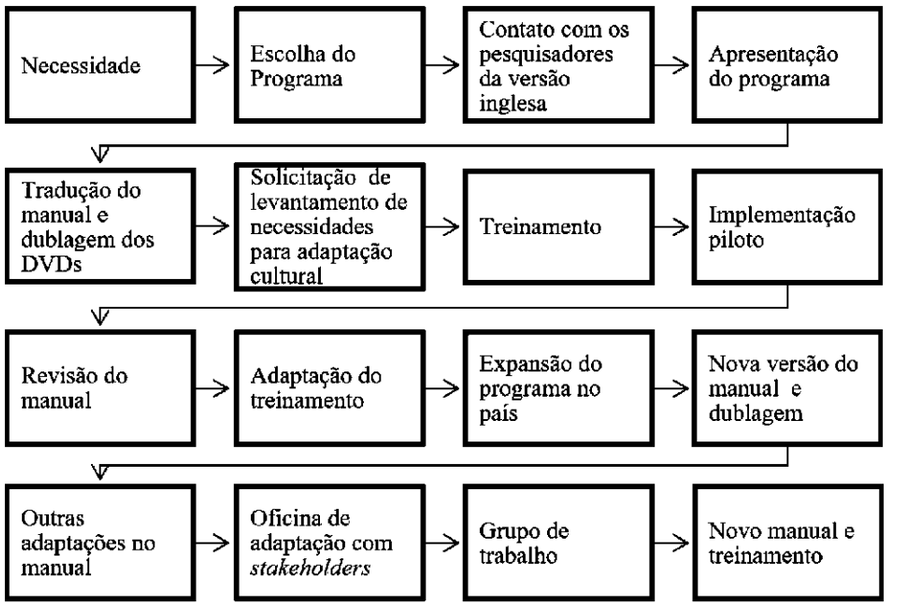
Após análise dos dados também foram consultados documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde a respeito do treinamento (Programa Famílias Fortes - Formação de Facilitadores e Multiplicadores) e das modificações que o Programa sofreu durante sua adaptação (Programa Famílias Fortes - Histórico de adaptação 2013-2016) para complementar as informações colhidas nas entrevistas.

Utilizou-se a verificação pelos participantes (*member checking*) da acurácia da análise dos dados. Os dados coletados foram devolvidos às entrevistadas que opinaram sobre a correspondência entre as análises feitas e suas experiências no processo de adaptação do Programa Famílias Fortes (PFF). Divergências não foram identificadas.

Resultados

Por meio da análise das entrevistas tem-se, na Figura 1, as etapas do processo de adaptação cultural do SFP (10-14) UK para o Brasil, desde sua adoção.

Figura 1: *Processo de adoção e adaptação cultural do SFP (10-14) UK no Brasil.*



A seguir serão descritas cada uma dessas etapas e ilustradas com trechos das entrevistas.

Necessidade

A primeira etapa, denominada necessidade, corresponde à identificação por parte de agentes políticos da necessidade de se investir em prevenção no Brasil. Conforme relato de uma das entrevistadas:

> *Como que começou essa história? Começou, na verdade, não com o SFP, mas com o Projeto Prevenção, que foi (...) solicitado pela Casa Civil ao Ministério da Saúde dentro do escopo do programa Crack: É Possível Vencer, que era um programa do Governo Federal. E aí, a ideia era trazer, conhecer metodologias que trabalhassem com crianças e com famílias para (...) criar uma rede de prevenção. Então a gente queria abarcar uma faixa etária da infância, início da adolescência e as famílias.*

Escolha do Programa

A segunda etapa consistiu na escolha do Programa. Para ajudar nessa escolha foi realizada uma consulta ao UNODC no Brasil que apresentou um portfólio de programas baseados em evidências que poderiam ser importados para o país. Foi montada uma equipe para avaliar as opções dadas. O critério para a escolha foi o de que a intervenção já tivesse sido adaptada para outros países e apresentasse evidências de efetividade.

> *E aí foi feita uma consulta à agência do ONU para drogas e crimes, que é o UNODC, aqui em Brasília. A ONU fez uma consulta para sede, em Viena, e eles mandaram um portfólio com todas as ações de prevenção que eram baseadas em evidências, que já tinha tido uma jornada, um caminho suficiente para ter dados.*

Contato com os pesquisadores da versão inglesa

Após a escolha do Programa, o UNODC entrou em contato com os pesquisadores ingleses que adaptaram a versão inglesa da versão norte-americana do Programa, nomeadamente, pesquisadores da *Oxford Brooks University*. Conforme relato da entrevistada 1: "Então era sempre mediado pelo UNODC. O UNODC fez um convite pros desenvolvedores do SFP10-14 do Reino Unido, que já é uma adaptação do SFP10-14 dos Estados Unidos".

Apresentação do Programa aos Ministérios

Depois de firmada a parceria entre a UNODC e os pesquisadores ingleses que adaptaram a versão norte-americana, eles foram convidados a vir ao Brasil apresentar o Programa aos Ministérios que pudessem ter interesse. No momento, foram expostas as bases, como o programa funcionava, seus resultados e como trazê-lo ao país. Após essa reunião, a CMAD/MS decidiu adotar o Programa. Conforme relato: "E aí a gente saiu dali, daquela reunião, saímos decididos a fechar, realmente, essa parceria com o SFP. Isso foi em agosto de 2013".

Tradução do manual e dublagem dos DVDs

Com a confirmação da parceria, o Governo recebeu o manual e foi agendado o treinamento com os pesquisadores ingleses que adaptaram a versão norte-americana. Nesse ínterim, foi feita a tradução do manual e dublagem dos DVDs. Segundo informações colhidas:

> *A gente recebeu o manual deles, que era um livro só, de seiscentas e oitenta e oito páginas, e o DVD (…) Quando a gente começou a traduzir e a dublar, a gente já esbarrou na questão da adaptação cultural, porque… por tudo, né? Desde do nome dos carros, por exemplo, que eram usados em alguns jogos, o nome dos jogos que vinham, o nome das pessoas (…) Então, isso aí a gente já fez imediatamente. Na primeira tradução, a gente já alterou.*

Solicitação de levantamento de necessidades para adaptação cultural

Durante os meses em que ocorreram a tradução e dublagem, antes do primeiro treinamento, pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) foram solicitados a realizar a avaliação da implementação piloto do programa e identificar elementos do programa que precisassem ser alterados para ganhar maior adequação cultural, por mostrarem algum comprometimento em pertinência cultural, clareza ou atratividade. Conforme entrevistada:

> *E já solicitamos a parceria da UnB para trabalhar com a gente na avaliação do processo. A gente queria que eles olhassem mesmo nosso processo de formação, de adoção e da adaptação cultural também, que eles identificassem, no primeiro momento o que seria necessário.*

Treinamento

O primeiro treinamento com os pesquisadores ingleses ocorreu em outubro de 2013, dois meses após o primeiro contato com eles, já com o manual traduzido e DVDs dublados. Participaram desse treinamento os pesquisadores da UnB, os responsáveis pela adoção e adaptação do programa no país, as pessoas que, posteriormente, seriam responsáveis por treinar pessoas no Brasil e profissionais da rede da assistência social do Distrito Federal, que seria o primeiro local de aplicação do Programa. Ao todo, foram quarenta pessoas. Conforme relato:

"Foram quatro dias, muito intensos, muito densos, na verdade. Eles passaram todas as sessões, atividade por atividade, todo o DVD".

Implementação piloto

Após o treinamento, houve a implementação piloto do Programa em serviços de proteção social básica no Distrito Federal, entre outubro e dezembro de 2013, sob avaliação do grupo de pesquisadores da UnB. Nessa aplicação foi utilizado o manual traduzido e os DVDs dublados com adaptações na estrutura superficial, especificamente na linguagem. Segundo entrevistada: "Com a versão traduzida, a primeira de todas (...) traduzida só. E o DVD dublado. Aí fomos para a rua. O que foi nossa rua, que estou falando? Seis COSES. São Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos".

Revisão do manual

Baseando-se nos resultados da avaliação do processo de implementação piloto e levantamento de necessidades para adaptação cultural realizada pelos pesquisadores da UnB (Murta et al., 2018), as supervisoras e multiplicadoras criaram uma nova versão do manual do Programa e o intitularam Programa Fortalecendo Famílias. As alterações abrangeram nomes de atividades, alterações em atividades de boas–vindas, a diminuição na quantidade de famílias participantes, novas ilustrações, adicionou-se um facilitador à sessão de jovens para facilitar no manejo do grupo, também se percebeu a importância de um cuidador para as crianças menores que não tinham idade para participar. Essas foram alterações relativas à estrutura superficial do programa. Segundo o relato da entrevistada:

> *Então a gente teve o relatório da UnB e fizemos a primeira matriz de adaptação cultural, a Matriz Lógica, que aí trazia... Ponto por ponto. Então, duração do programa, formato do programa, materiais utilizados, dublagem do DVD, o que foi a situação, porque a gente deveria adaptar e como ficaria. Só que aí a gente achou que a gente estava contemplando tudo o que podia ser contemplado de adaptação cultural.*

Adaptação do treinamento

Após o processo de construção do novo manual, também foi necessário elaborar outro treinamento que seria aprovado pelos pesquisadores ingleses, para que o Brasil tivesse independência para a difusão do Programa no país. Criou-se, em 2014, a figura dos formadores, únicos responsáveis pelo treinamento posterior de facilitadores. O treinamento original durava quatro dias, mas esse tempo não seria possível de ser cumprido no Brasil, uma vez que funcionários das instituições não poderiam se ausentar do trabalho por tanto tempo. Elaborou-se um treinamento de dois dias, que não foi aprovado pelos pesquisadores ingleses que adaptaram a versão norte-americana, uma vez que foram suprimidas algumas sessões e não se explicava como realizar cada atividade. Posteriormente, reformulou-se o treinamento para incluir a explicação sobre as atividades e *role-plays* e ficou com duração de três dias. Feita esta reformulação, o treinamento foi aprovado em 2014. De acordo com entrevistada:

> *E aí eles disseram que não, que não ia dar certo e tal, tal, tal. Aí a gente não fez formação. Fizemos uma de... Reformulamos para três dias. E, quando foi em agosto de dois mil e catorze, eles vieram novamente ao Brasil, inclusive eles foram ao Acre assistir uma formação. E aí essa formação de três dias eles aprovaram.*

Expansão do Programa no país

A expansão do Programa no país iniciou-se ainda em 2014, após a aprovação do treinamento no modelo brasileiro. Conforme relato da entrevistada:

> *Então, aí depois a gente conseguiu, expandimos. E aí, para a nossa surpresa, a assistência social aceitou fazer a formação de três dias. Aí a gente conseguiu. E aí essa formação de três dias eles aprovaram. E aí as formadoras receberam o certificado de habilitação para formarem facilitadores do PFF.*

Nova versão do manual e dublagem

O contato das formadoras com as facilitadoras no processo de treinamento, em 2014, as fez perceber a necessidade de outras mudanças no manual do Programa para melhorar a adequação da linguagem e uma nova dublagem para parecer mais natural também foi realizada. Conforme relato: "Por exemplo, as orientações para os jogos, o material que se usava… Tudo isso foi sendo alterado (...) Ah, aí teve mais uma dublagem também. Bem mais interessante depois, com uma fala mais espontânea, ficava mais agradável."

Outras adaptações no manual

Após a aplicação nos novos locais da expansão, em 2015, verificou-se, por meio dos relatos dos facilitadores que aplicaram o Programa, a necessidade de realizar outras alterações no manual e em atividades para torná-las mais fáceis de serem aplicadas e para facilitar a preparação dos encontros. O manual foi dividido em unidades menores, para facilitar o manuseio. Atividades de boas-vindas, denominadas de quebra-gelo, foram reelaboradas para demandar menos material na sua realização. Criou-se também um guia para o facilitador com dicas a respeito da execução das atividades.

Conforme relato:

> *Uma terceira versão, que aí a gente já alterou formato das atividades. Então, por exemplo, atividade de quebra gelo. A gente colocou coisas que fossem bem mais fáceis de fazer, porque o facilitador vinha dizendo que estava difícil.... A gente dividiu também o manual... E criamos um guia do formador, que eram dicas que as formadoras achavam importantes... Dicas como "ah, tome cuidado com o tempo disso e daquilo, lembre que você tem que falar disso e daquilo outro…". Sugestões e orientações mais detalhadas.*

Oficina de adaptação com stakeholders

Em seguida a essa nova adaptação, ainda em 2015, o grupo de supervisoras do Programa no Brasil visitou uma das localidades em que o Programa estava sendo implementado e recebeu diversas críticas e sugestões para a melhora do

Programa. Nesse momento, elas decidiram montar uma oficina para discutir a necessidade de novas alterações no Programa. Convidaram um supervisor e um facilitador de cada localidade em que o Programa estava sendo ministrado. Porém, nem todos puderam comparecer, somente aqueles de Fortaleza, São Paulo, São Bernardo do Campo e Distrito Federal. Conforme ilustrado no relato:

> *Aí o que nós fizemos? Uma oficina de adaptação. Trouxemos um supervisor e um facilitador de cada um dos lugares que o PFF estava e passamos dois dias ouvindo tudo o que eles tinham para reclamar. Desde as palavras do manual, desde as cenas dos DVDs, os materiais, a formação, tudo, tudo, tudo.*

Grupo de trabalho

Depois da realização da oficina, foi montado um grupo de trabalho para avaliar quais alterações sugeridas poderiam ser feitas. Esse grupo trabalhou por três meses, entre o final de 2015 e início de 2016, para fazer uma consulta à literatura, aos objetivos que gostariam de alcançar com o Programa e alinhar com as alterações possíveis. Isso fica evidente no relato: "Depois disso, nós fizemos um grupo de trabalho de três meses, para filtrar o que era viável, o que era possível, o que coincidia com a literatura, o que tinha a ver com os resultados que nós esperávamos".

Novo manual e treinamento

Os produtos gerados pelo grupo de trabalho em 2016 foram: novo manual com alterações na linguagem; novos materiais para aplicação que passaram a serem entregues prontos aos facilitadores, fora cartazes e cartões utilizados nas atividades; também foi criado um caderno de atividades para os jovens e outro para os responsáveis para que eles pudessem levar para casa, com o conteúdo que já era do Programa. Dessa forma, os facilitadores passaram a receber um *kit* para aplicarem a intervenção. Tal medida foi adotada para facilitar a sustentabilidade do Programa, pois diminuiu o tempo dos facilitadores destinado ao processo de confecção de materiais utilizados na aplicação, que passaram a vir prontos no *kit*.

Acrescentaram-se os termos mãe e avó para se referir aos responsáveis, uma vez que os materiais citavam muito o termo pais e no Brasil a figura do

pai é quase ausente na aplicação. Nessa revisão também se mudou o nome do Programa, que de Fortalecendo Famílias, passou a ser denominado Famílias Fortes. Isso ocorreu pela premissa de que as famílias já têm a força em si, já são capazes, precisam somente de uma ajuda para concretizar suas potencialidades.

Ocorreram mudanças profundas no treinamento também. O treinamento foi reduzido para dois dias, porque facilitava a dispensa dos profissionais para participar promovendo um alcance maior de territórios, e porque a equipe de formação era pequena. Foi necessário inserir no treinamento o conceito e tipos de habilidades de vida, a definição de prevenção, discussão a respeito da política brasileira de prevenção ao uso de álcool e drogas, e intersetorialidade e vivências focadas na adolescência para favorecer a empatia dos facilitadores em relação aos adolescentes. O relato da entrevistada descreve algumas alterações no manual: "Então a gente colocou nesse caderno esses materiais e os cartões eles acabaram virando o *kit* de cartões, aquele material impresso".

Modificações no SFP (10-14) UK em sua versão brasileira

A análise dos tipos de mudanças realizadas na adaptação do Programa para o país, utilizando o instrumento Sistema para Classificar Modificações de Intervenções e Programas Baseados em Evidências que foi traduzido (Stirman et al., 2013), evidenciou que as mudanças realizadas no processo de adaptação cultural foram realizadas por uma coalizão de interessados. Houve modificações no conteúdo, no treinamento e na forma de avaliação. As mudanças no treinamento ocorreram diminuindo o tempo do treinamento ao retirar a vivência de todas as atividades e acrescentando conteúdos relativos à prevenção, políticas de proteção e habilidades sociais. Mudanças na avaliação abrangeram a não aplicação dos instrumentos indicados pelos desenvolvedores do Programa para monitorar a implementação, substituindo-os pelo FormSUS, que é uma plataforma digital com questões de monitoramento sobre como está sendo a aplicação do Programa. As mudanças foram realizadas para a população que constituía um novo público-alvo com diferenças culturais em relação à intervenção original. Quanto à natureza das mudanças no conteúdo, ocorreram mudanças classificadas como adaptação/ajustes/refinamento que representam alterações pequenas, que não interferem

nos princípios e técnicas do Programa e são realizadas com o intuito de tornar a intervenção mais apropriada, aplicável ou aceitável. No caso, modificaram-se atividades de boas-vindas (denominados quebra-gelos), dividiu-se o manual e criou-se um *kit* para facilitar a aplicação e mudanças na linguagem.

Discussão

Pesquisas que descrevem o processo de adaptação cultural de intervenções baseadas em evidências são esporádicas, embora de muita importância (Baumann et al., 2015; Bernal & Adames, 2017; Cabassa & Baumann, 2013; Kumpfer, et al., 2016; Mejia et al, 2016; Menezes & Murta, 2020). O presente estudo busca contribuir para o desenvolvimento da área ao descrever as etapas seguidas no processo de adaptação cultural do SFP (10-14) *UK* para o Brasil, visando compreendê-lo e sistematizá-lo e caracterizar as mudanças realizadas no Programa.

Verificou-se um total de 16 passos percorridos no processo de adaptação cultural desse Programa para o país. Esses passos cumpriram as etapas sugeridas pelo modelo proposto pelos autores do Programa original, não na ordem indicada, mas contando com uma aplicação piloto com poucas alterações, seguido por modificações gradativas no programa advindas do *feedback* da comunidade (Kumpfer et al., 2012; Kumpfer et al., 2008). Aos passos descritos neste estudo, identificados nos relatos das entrevistadas coletados em 2016, somou-se um estudo de avaliação da sua qualidade da implementação (Abdala et al., 2020; Menezes, Nobre-Sandoval, & Murta, 2020), validade social (Murta et al., 2020a) e efetividade do PFF (Murta et al., 2020b; Murta et al., 2020c), conduzido entre 2016 e 2018, quando a sua implementação nos estados do RN, CE, PE e SE foi alvo de análise. O conjunto de dados gerados por estes estudos posteriores ao período analisado podem vir a subsidiar a tomada de decisão em novas ondas de adaptação cultural do PFF, o que pode tornar o processo contínuo.

Em relação às etapas de adaptação cultural do SFP (10-14) *UK* para o Brasil no período de 2013 a 2016, salienta-se a adaptação cultural feita de modo sistemático, baseada em ondas de *feedback*. Primeiramente, a solicitação de levantamento de necessidade para adaptação cultural e implementação piloto e, posteriormente, por meio da oficina de adaptação com os *stakeholders*.

Considerando que o processo de adaptação cultural é contínuo e que o envolvimento da comunidade contribui para adesão dos participantes (Kumpfer et al., 2008), a oficina para discussão do PFF com um grupo de *stakeholders* empreendida pela equipe pode ser destacada como um procedimento adequado. Cabe frisar o cuidado da equipe em realizar alterações que estivessem em acordo com os objetivos e indicações dos autores do SFP (10-14). Neste sentido, construíram um grupo de trabalho que durou 3 meses para analisar a viabilidade de modificações solicitadas. Isso diminui a possibilidade de a adaptação alterar os componentes centrais da intervenção que estão relacionados à sua efetividade (Ferrer-Wreder et al., 2012).

Houve durante o processo de adaptação também a preocupação com questões relacionadas à difusão e sustentabilidade do Programa. Por isso, foi desenvolvido um *kit* para facilitar a aplicação demandando menos tempo e recurso dos profissionais. Um modelo de sustentabilidade de programas de saúde pública proposto por Schell et al. (2013) estabelece nove domínios que merecem investimento para desenvolver a capacidade de o programa se sustentar, são elas: apoio político, estabilidade no financiamento, parcerias (relação entre a comunidade o programa), capacidade organizacional (recursos necessários para realizar o programa de forma efetiva), avaliação do programa (monitoramento e avaliação do processo e dos resultados do programa), adaptação do programa (capacidade de adaptar e aprimorar o programa mantendo sua efetividade), comunicações (disseminação das atividades e resultados do programa entre os *stakeholders*, o público-alvo e os tomadores de decisão de maneira estratégica), impactos na saúde pública (efeitos do programa em atitudes, percepções e comportamentos na área que ele abrange) e planejamento estratégico (o processo que determina os objetivos, direções e estratégias do programa). Nota-se que o envolvimento da comunidade e a adaptação contínua do Programa estão relacionados aos domínios parcerias e adaptação cultural, e o desenvolvimento do *kit* está ligado ao domínio capacidade organizacional, já que facilita a implementação adequada do Programa. Mais informações a respeito da sua sustentabilidade estão disponíveis no estudo a respeito da difusão do Programa no Brasil neste volume (Miranda & Murta, 2020).

Os cuidados metodológicos no processo de adaptação cultural refletiram nas alterações realizadas no Programa. Foram modificações pequenas, consideradas ajustes na estrutura superficial da intervenção para facilitar sua

aplicação e tornar o Programa mais sensível à população. Por isso, foram criadas ilustrações para o manual, cadernos de atividades, mudanças em atividades de boas-vindas e transformação de outras para pais iletrados, bem como a utilização dos termos mãe e avó para se referir aos responsáveis. Ressalta-se que os autores do programa recomendam a adaptação de: boas-vindas, músicas, histórias, danças, exercícios, exemplos, fotos, vídeos e materiais (Kumpfer et al., 2002). Não foram verificadas alterações desencorajadas pelos autores.

À semelhança das modificações no conteúdo do SFP 10-14 feitas no Peru (Castro, & Bustamante, 2013), Reino Unido (Allen et al., 2006), Itália (Ortega et al., 2012), Suécia (Skärstrand et al., 2008), Espanha (Pérez et al, 2009) e Alemanha (Stolle, Stappenbeck, Wendell, & Thomasius, 2011), o Brasil também fez apenas ajustes na estrutura superficial do Programa. Em oposição à maioria dos países em que a adaptação cultural ficou estritamente a cargo de pesquisadores (Allen et al., 2006; Ortega et al., 2012; Pérez et al., 2009; Skärstrand et al., 2008; Stolle et al., 2011), no Brasil, tal como no Peru (Castro, & Bustamante, 2013), uma coalizão de interessados conduziu o processo de adaptação cultural, de modo participativo. Igualmente, Brasil e Peru compartilham mudanças realizadas no treinamento, no caso brasileiro, no sentido de compatibilizá-lo com diretrizes das políticas públicas em vigor, incluindo o paradigma de abordagem às drogas sustentada pelo respeito aos direitos humanos e fatores protetivos à saúde de adolescentes (Brasil, 2005). Esta semelhança entre Brasil e Peru deve-se, possivelmente, ao fato de que em ambos os países o SFP foi adotado como um instrumento de política pública de prevenção ao uso abusivo de drogas. A estrutura da intervenção foi mantida inalterada, diferentemente do ocorrido em alguns países, com supressão de sessões para famílias (Skärstrand et al., 2008), cronometragem do tempo dos procedimentos (Ortega et al., 2012) e integração de outra abordagem à intervenção (Skärstrand et al., 2008).

Uma limitação deste estudo deriva do fato de as etapas verificadas no processo de adaptação cultural do Programa se originarem da memória e relato de testemunhas e não da observação direta do programa em execução e de provas documentais, tais como a análise dos manuais original e atual. Além disto, o número de entrevistados foi pequeno, sem alcance do critério de saturação. Ainda assim, o presente estudo contribui para a literatura na área da ciência da

implementação e para a evolução dos modelos teóricos da adaptação cultural de programas baseados em evidências ao sistematizar, detalhar e relatar o processo de adaptação cultural do SFP (10-14) *UK* para o Brasil, algo escasso na literatura. Esse detalhamento aqui presente também pode fornecer informações importantes para futuros estudos de avaliação da efetividade do Programa no país, pois as etapas percorridas no processo de adaptação cultural podem interferir na efetividade.

Os modelos teóricos disponíveis para guiar a adaptação cultural de intervenções não consideram a possibilidade de a intervenção ser adaptada para se tornar uma política pública (Ferrer-Wreder et al., 2012), embora seja comum e indicada a adoção de políticas públicas baseadas em evidências (Supplee & Meuer, 2015). Portanto, o desenvolvimento de modelos de adaptação cultural, que considerem isso, se coloca na agenda de pesquisa. Por fim, sugerem-se estudos para verificar a efetividade da versão adaptada do programa e a continuidade do processo de adaptação cultural em regiões e populações diversas, tais como comunidades rurais, urbanas, ribeirinhas, de pescadores e quilombolas Estudos com esse último foco podem prover insumos para versões progressivamente mais sensíveis culturalmente do Programa Famílias Fortes para as famílias brasileiras, consideradas suas necessidades, valores e contexto socioeconômico.

Lições aprendidas

- A escolha de programas preventivos deve ser precedida por levantamento de necessidades.
- A adaptação cultural de intervenções produzidas em contextos distintos daqueles em foram criadas é um imperativo ético, ao respeitar as características e demandas do público-alvo, e técnico, ao maximizar as chances de sucesso na sua implementação e resultados.
- A adaptação cultural de intervenções deve basear-se em levantamento de necessidades, deve ocorrer de modo sistematizado e deve envolver diferentes atores.
- A criação de modelos de adaptação cultural de intervenções preventivas baseadas em evidências para adoção no contexto de políticas públicas é uma urgência teórica e metodológica para o campo.

Referências

Abdala, I. G., Murta, S. G., Menezes, J. C. L., Nobre-Sandoval, L. A., Gomes, M. S. M., Duailibe, K. D., & Farias, D. A. (2020). Barriers and facilitators in the Strengthening Families Program (SFP 10-14) implementation process in northeast Brazil: a retrospective qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health. 17*(9). doi: 10.3390/ijerph17196979

Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accommodation of the strengthening families programme 10–14: UK Phase I study. *Health Education Research*, *22*(4), 547-560. doi: 10.1093/her/cyl122

Barrera Jr, M., Berkel, C., & Castro, F. G. (2016). Directions for the Advancement of Culturally Adapted Preventive Interventions: Local adaptations, engagement, and sustainability. *Prevention Science,* 1-9. doi: 10.1007/s11121-016-0705-9

Baumann, A. A., Powell, B. J., Kohl, P. L., Tabak, R. G., Penalba, V., Proctor, E. K., ... & Cabassa, L. J. (2015). Cultural adaptation and implementation of evidence-based parent-training: A systematic review and critique of guiding evidence. *Children and Youth Services Review, 53*, 113-120. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.03.025

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. doi: 10.1007/s11121-010-0186-1

Bernal, G., & Adames, C. (2017). Cultural Adaptations: Conceptual, ethical, contextual, and methodological issues for working with ethnocultural and majority-world populations. *Prevention Science*, 1-8. doi: 10.1007/s11121-017-0806-0

Brasil. (2005). Política Nacional sobre Drogas. Disponível em https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642

Cabassa, L. J., & Baumann, A. A. (2013). A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments. *Implementation Science*, *8*(1), 90. doi: 10.1186/1748-5908-8-90

Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57*(5), 611-614. doi: 10.1590/S0034-71672004000500019

Cantão, L., & Botti, N. C. L. (2016). Comportamento suicida entre dependentes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(2), 389-396. doi: 10.1590/0034-7167.2016690224

Capistrano, F. C. (2014). *Impacto do uso abusivo de drogas por dependentes químicos em tratamento em um centro de atenção psicossocial* (Dissertação de Mestrado). Disponível em http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/37147

Castro, A., & Bustamante, I. (2013). *Rutas de aprendizaje del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites sistematización y propuesta de evaluación de la experiencia peruana del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites*. Disponível em http://www.comunidadandina.org/StaticFiles/2013214121126Familias_Fuertes.pdf

Castro, F. G., Barrera Jr., M. & Steiker, L. K. H. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 213-239. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032

Corea M. L., Zubarew T., Valenzuela M. T., & Salas F. (2012). Evaluación del programa "Familias fuertes: Amor y límites" en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Médica de Chile*, *140*(6), 726-731. doi: 10.4067/S0034-98872012000600005

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, *18*(2), 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237

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*(3-4), 235-249. doi: 10.1002/jcop.20332

Ferrer-Wreder, L., Sundell, K., & Mansoory, S. (2012). Tinkering with perfection: Theory development in the intervention cultural adaptation field. *Child and Youth Care Forum*, *41*, 149–171. doi: 10.1007/s10566-011-9162-6

Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. Singapure: Sage.

Henry, K. L., Knight, K. E., & Thornberry, T. P. (2012). School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(2), 156-166. doi: 10.1007/s10964-011-9665-3

Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science*, *3*(3), 241–244. doi: 10.1023/A:1019902902119

Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., Melo, A. T., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Evaluation & The Health Professions, 31*, 226–239. doi: 10.1177/0163278708315926

Kumpfer, K., Magalhães, C., & Xie, J. (2016). Cultural adaptation and implementation of family evidence-based interventions with diverse populations. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 1-11. doi: 10.1007/s11121-016-0719-3

Marsiglia, F. F., & Booth, J. M. (2015). Cultural adaptation of interventions in real practice settings. *Research on Social Work Practice, 25*(4), 423-432. doi: 10.1177/1049731514535989

Mejia, A., Leijten, P., Lachman, J. M., & Parra-Cardona, J. R. (2016). Different strokes for different folks? Contrasting approaches to cultural adaptation of parenting interventions. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 1-10. doi: 10.1007/s11121-016-0671-2

Menezes, J. C. L., & Murta, S. G. (2020). Cultural adaptation process of the Strengthening Families Program (10−14) around the world: An integrative review. *Trends in Psychology,* doi: 10.1007/s43076-020-00053-z.

Menezes, J. C. L., Nobre-Sandoval, L. A. & Murta, S. G. (2020). Local adaptations to implement the Strengthening Families Program in northeastern Brazil. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 18, 407-42. doi: 10.1007/s11469-019-00196-w

Minayo, M. C. D. S. (1993). *O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Miranda, A. A. V., & Murta, S. G. (2021). Programa Famílias Fortes: barreiras e facilitadores da difusão de uma intervenção preventiva ao abuso de drogas para famílias em desvantagem econômica no Brasil. In S. Abreu, S. G. Murta, V. P. Rocha, & N. P. Pinheiro-Carozzo (Orgs.). *A experiência brasileira de prevenção escolar e comunitária do uso de álcool e outras drogas: registro histórico de adaptação, implementação e avaliação entre os anos de 2013 a 2018* (328-360). Porto Alegre: Editora Rede Unida.

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, M. S., Tavares, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D., & Coombes, L. (2018). Needs assessment for cultural adaptation of the Strengthening Families Program (SFP 1014-UK) in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 31* (25). doi: 10.1186/s41155-018-0105-0

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Rocha, V. P. S., Miranda, A. A. V., Duailibe, K., Farias, D. A., Menezes, J. C. L., Abdala, I. G., & Vinha, L. G. A. (2020a). Social validity of the Strengthening Families Program in northeastern Brazil: the voices of parents, adolescents, and facilitators. *Prevention Science.* doi: 10.1007/s11121-020-01173-9

Murta, S. G., Vinha, L. G. A., Nobre-Sandoval, L. A., Miranda, A. A. V., Menezes, J. C. L. & Rocha, V. P. S. (2020b). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian families: a mixed method study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36,* e36nspe16. doi: 10.1590/0102.3772e36nspe16

Murta, S. G., Vinha, L. G. A., Nobre-Sandoval, L. A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. A., Gomes, M. S. M., Farias, D. A., & Foxcroft, D. R. (2020c). Exploring the short-term effects of the Strengthening Families Program on Brazilian adolescents: a pre-experimental study. *Drugs, Education, Prevention and Policy*. doi: 10.1080/09687637.2020.1769030

Orpinas, P., Ambrose, A., Maddaleno, M., Vulanovic, L., Mejia, M., Butrón, B., . . . Soriano, I. (2014). Lessons learned in evaluating the Familias Fuertes program in three countries in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *36*(6), 383-390. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n6/a05v36n6.pdf

Ortega, E., Giannotta, F., Latina, D., & Ciairano, S. (2012). Cultural adaptation of the strengthening families program 10–14 to Italian families. *Child & Youth Care Forum*, *41*(2), 197-212. doi: 10.1007/s10566-011-9170-6

Orte-Socias, C., & Amer-Fernández, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en evidencia. *Estudios sobre Educación*, *26*, 175-195. Disponível em http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/36788/1/201406%20ESE%2026%20%282014%29-7.pdf

Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura-ULBRA*, *17*(33), 9-24. Disponível em http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339

Pérez, J. M. E., Díaz, S. A. H., Villa, R. S., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: El programa Familias que Funcionan. *Psicothema, 21*(1), 45-50. Disponível em http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8794

Reese, L., & Vera, E. M. (2007). Culturally relevant prevention the scientific and practical considerations of community-based programs. *The Counseling Psychologist*, *35*(6), 763-778. doi: 10.1177/0011000007304588

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R., Ahulwalia, J., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, *28,* 271–290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

Ronzani, T. M., Noto, A. R., Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Andrade, B. A. B. B., Monteiro, É. P., ... & Freitas, J. V. T. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores.* Juiz de Fora: Editora UFJF.

Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science*, *8*(1), 15. doi: 10.1186/1748-5908-8-15

Skärstrand, E., Larsson, J., & Andréasson, S. (2008). Cultural adaptation of the Strengthening Families Programme to a Swedish setting. *Health Education*, *108*(4), 287-300. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/228858903_Cultural_adaptation_of_the_Strengthening_Families_Programme_to_a_Swedish_setting

Stirman, S.W., Miller C.J., Toder, K., & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implementation Science*, *8*, 65. doi: 10.1186/1748-5908-8-65

Stolle, M., Stappenbeck, J., Wendell, A., & Thomasius, R. (2011). Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems: Culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American Strengthening Families Program 10–14 to German conditions. *Journal of Public Health, 19*(4), 389-395. doi: 10.1007/s10389-011-0405-7

Sundell, K., & Ferrer-Wreder, L. (2014). The transportability of empirically supported interventions. Evidence to outcomes in child welfare: An international reader. In A. Shlonsky & R. Benbenishty, R. (Eds.), *From evidence to outcomes in child welfare: An international reader* (pp. 41-48). Oxford: University Press.

Supplee, L. H., & Meyer, A. L. (2015). The Intersection Between Prevention Science and Evidence-Based Policy: How the SPR evidence standards support human services prevention programs. *Prevention Science*, *16*(7), 938-942. doi: 10.1007/s11121-015-0590-7

United Nation Office for Drugs and Crime [UNODC]. (2014). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Disponível em https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf

Vasquez, M., Mesa, L., Almandarez, O., Santos, A., Matute, R., Diaz, L., . . . Saenz, K. (2010) Evaluation of a Strengthening Families (Familias Fuertes) Intervention for Parents and Adolescents in Honduras. *The Southern Online Journal of Nursing Research*, *10(3)*, 1-25. Disponível em http://www.resourcenter.net/images/snrs/files/sojnr_articles2/Vol10Num03Art01.pdf

Vier Machado, L., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: A estratégia de redução de danos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR: A PROPOSTA DO PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES

Viviane Paula Santos Rocha
Clarisse Moreira Aló
Joamara Borges
Mariana Russo
Marina Pedralho

Resumo

O ambiente familiar tem irrefutável impacto nos desfechos que serão vivenciados pelos indivíduos que se desenvolveram nesse espaço. Esse impacto pode ser considerado protetivo ou não. Quando habilidades sociais, tais como comunicação e regulação emocional, estão presentes entre os membros de uma família, por exemplo, espera-se que os desfechos desejados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes ocorram com mais frequência. Esse é o tema do Programa Famílias Fortes – PFF, traduzido e adaptado para o Brasil pelo Ministério da Saúde em 2013. A proposta metodológica do Programa é trabalhar o contexto familiar por meio do seu cotidiano a fim de desenvolver características protetivas em relação ao uso de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade de direitos. Neste capítulo, destacamos as atividades do PFF que visam o desenvolvimento de aspectos protetivos por meio dos encontros familiares. Ao final, apresenta-se uma lista de aprendizados advindos da experiência de adaptação, aplicação e disseminação do programa em seus primeiros anos no Brasil.

Palavras chave: saúde mental, prevenção, família, fatores de proteção, Programa Famílias Fortes

Introdução

O Programa Famílias Fortes (PFF), originalmente intitulado *Strengthening Families Programme (SFP 10-14 UK),* chegou ao Brasil no ano de 2013, em resposta a uma iniciativa da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde – CGMAD/MS (Ministério da Saúde, 2016; Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015;). Trata-se de uma metodologia preventiva ao uso de álcool e outras drogas que compôs a estratégias de prevenção, ao lado do *Unplugged* e do *Good Behavior Game*, cujas versões brasileiras são: #Tamojunto e Programa Elos. A base para o início do trabalho de adaptação cultural no Brasil foi a versão desenvolvida por Debby Allen e Lindsey Coombes pela Oxford Brookes University, no Reino Unido (Allen, Coombes & Foxcroft, 2007).

O eixo principal do programa é realizar treinamento de habilidades sociais para pais e filhos abordando os mesmos temas, mas a partir da perspectiva característica de cada público. Quanto à sua base teórica, o Programa Famílias Fortes utiliza-se de diversas teorias, dentre as quais destaca-se o modelo da Ecologia Social do abuso de substância na adolescência, bem como o Modelo de Resiliência (Murta et al., 2018). A versão adotada no Brasil é composta de sete sessões semanais regulares e quatro sessões de acompanhamento ou reforço (*booster*), que acontecem de três meses a dois anos após o término das sete primeiras, todas com duas horas de duração. Nesse intervalo, ocorrem três tipos de encontros:

1. Encontro de pais/responsáveis;
2. Encontros de jovens (crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos);
3. Encontros de famílias (todos os participantes).

Os encontros do tipo 1 e 2 são realizados simultaneamente, durante a primeira hora. Em seguida, todos os participantes se reúnem no mesmo espaço e trabalham organizados em suas respectivas famílias. Todos os encontros são programados e sistematizados. Os facilitadores seguem as orientações e o conteúdo previsto no manual do programa.

A testagem da metodologia no Brasil, que vai desde a sua tradução até a disseminação entre diversos municípios brasileiros, permitiu reunir uma gama de aprendizados sobre o desenvolvimento de habilidades parentais a fim de

promover aspectos protetivos no ambiente familiar visando a prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças e adolescentes. Neste capítulo, nos dedicamos a destacar as atividades dos encontros de família propostas do Programa como promotoras de um ambiente protetivo.

Família e prevenção

A família é, via de regra, o primeiro ambiente em que os indivíduos vivenciarão sua experiência sócio-afetiva (Oliveira, Bittencourt, & Carmo, 2008). É unânime a compreensão de que a experiência familiar na infância e adolescência tem irrefutável impacto na forma como seus membros irão conduzir as demais fases da vida. Contudo, não se trata da estrutura familiar e, sim, do papel, da função que a família exerce. Isto é, as variadas estruturas familiares existentes podem ser consideradas protetivas ou de risco a depender da presença de aspectos ambientais, sociais, comportamentais, entre outros.

Dessa forma, as habilidades sociais podem contribuir positivamente para o desenvolvimento de um ambiente que promova aspectos protetivos em relação ao uso de drogas. As habilidades sociais educativas parentais compõem o conjunto de habilidades sociais dos pais aplicáveis à prática educativa dos filhos, que podem estar presentes em seus repertórios isoladamente ou envolvidas com outras habilidades (Bolsoni-Silva, 2008; Gomide, 2006).

Programa Famílias Fortes e o Treinamento de Habilidades Sociais para famílias

O Programa Famílias Fortes (PFF) pretende para fortalecer e desenvolver processos protetivos[20] para crianças e adolescentes[21] em situação de risco e vulnerabilidade ao uso abusivo de substâncias, comportamentos antissociais e outros riscos à saúde dos jovens. No PFF, esses temas são trabalhados em encontros de familiares com facilitadores e o desenvolvimento como conteúdos promotores de habilidades sociais para mães e pais, para jovens e para os núcleos familiares,

20 Tema trabalhado com maior profundidade no artigo sobre o Programa Famílias Fortes para o Portal Aberta (Murta et al., 2018) e, também, presente no capítulo 13 deste livro.

21 Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13/07 de 1990, criança é a pessoa até 12 anos de idade incompletos e é adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2o). A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, define adolescente como a pessoa na faixa etária entre 10 e 19 anos.

em momentos distintos, nos quais eles se expressam através de atividades lúdicas, debates e reflexões. Os encontros incluem componentes de programas de habilidades parentais, com tempo para prática de comunicação, estabelecimento de disciplina efetiva e interações positivas entre pais e filhos durante os encontros de família. Nesses momentos, mães, pais, filhas e filhos fazem exercícios juntos, colocando em prática o que aprenderam em seus encontros entre pares, com a ajuda dos facilitadores de grupo, que encorajam e motivam os membros da família a melhorarem as interações entre eles.

O programa busca desenvolver e fortalecer habilidades que melhoram a comunicação e o convívio familiar em cada um dos 7 encontros regulares de família e nos 4 encontros de acompanhamento, como apresentado na Tabela 1. Como foi dito anteriormente, cada encontro do programa é finalizado com uma hora de atividades em que todos os familiares participam, com atividades desenhadas para amarrar temas trabalhados nos encontros entre pares (encontro de jovens e encontro de pais) e introduzir temas familiares engajadores.

Quadro 1: *Atividades dos encontros de família e habilidades sociais treinadas: sessões regulares e boosters.*

Temas dos Encontros	Atividades principais
Encontro 1: Apoiar as metas e os sonhos	Os responsáveis procuram e debatem o Mapa dos Sonhos dos jovens; Como alcançar as metas; O quanto nos conhecemos.
Encontro 2: Admirar os membros da família	Fazendo a árvore da família.
Encontro 3: Momentos de família	Momentos de família; Brincando em família.
Encontro 4: Compreender os valores familiares	Compreendendo os valores familiares; Combinar valores com ação; Fazendo uma bandeira da família.
Encontro 5: Fortalecer a comunicação familiar	Jogos de Ouvir; Demonstração de solução de problemas; Solução de problemas.
Encontro 6: Famílias e pressão dos amigos	Jogo Alcançando Nossas Metas; Pais ajudando com a pressão dos amigos; Compartilhando habilidades de recusar; Compartilhando os sonhos e expectativas dos pais.

Encontro 7: Juntando tudo	Jogos de família; Revisão e avaliação do programa; Cerimônia de formatura e Lanche.
Encontro booster 1: Lidando com o estresse junto	Estresse… Jogos de Adivinhar; Termômetro do estresse; Bingo aliviador de Estresse; Amizade.
Encontro booster 2: Ouvir um ao outro	Pontos de vista; Entendendo pontos de vista; Usando o que aprendemos.
Encontro booster 3: Compreender os papéis familiares	Balões com elogio; Discutindo as máscaras do filho; Jogo do Milhão; Discutindo os papéis familiares.
Encontro booster 4: A força da família	Aprendendo sobre o outro; Prática da pressão dos amigos com os responsáveis; Fortalecendo nossas famílias; Debate em família.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir do manual do facilitador (Brasil, 2018).

O ponto de partida é o primeiro encontro de famílias. Ao reunir os núcleos familiares, pais e filhos são estimulados a conversarem sobre os projetos de futuro e sonhos dos jovens, com perguntas disparadoras que auxiliam mães e pais a apoiarem as metas dos filhos e auxiliam os filhos a conhecerem mais sobre a vida dos seus pais quando esses eram crianças. Mães e pais iniciam uma interação familiar que busca demonstrar apoio aos sonhos dos filhos, enquanto são encorajados pelos facilitadores a fazerem perguntas e auxiliar seus filhos a detalharem seus objetivos de vida em pequenas e viáveis metas, buscando dar concretude aos seus projetos de futuro. Com o apoio de seus familiares, as crianças e adolescentes estabelecem pequenas metas intermediárias e que possam ser cumpridas rotineiramente. É também estimulada a empatia dos filhos em relação aos pais, e vice-versa, ao ouvirem um pouco seus sonhos e desejos e criança. Desse modo, no encontro de família 1, mães e pais são convidados a fazer essa comunicação positiva, terem empatia e expressarem apoio aos filhos, habilidades sociais parentais que promovem ambientes familiares mais acolhedores e favoráveis ao desenvolvimento cognitivo e social e o desempenho acadêmico dos jovens.

As atividades do segundo encontro de família estão centradas na elaboração de uma árvore da família, construída por mães, pais, filhas e filhos de um mesmo

núcleo familiar, cujo objetivo é identificar qualidades nos membros familiares e demonstrar admiração. (Brasil, 2018, p. 29). Nessa atividade, os familiares são instruídos a desenhar uma árvore com tronco e galhos que representem sua genealogia, seja monoparental ou com variados membros conviventes, de modo que se identifiquem com o resultado final. Troncos e galhos devem representar os membros da família individualmente e junto com as folhas dos galhos devem ser inseridos adjetivos que qualifiquem positivamente cada um. Pais e filhos são incentivados a dar os adjetivos uns para os outros. Juntos, eles escolhem o formato da árvore, fazem a confecção do desenho e decoram o trabalho, em uma interação que se pretende lúdica e atrativa. São fortalecidas habilidades de comunicação (pais e filhos fazem perguntas e conversam sobre a família) e são expressados sentimentos (os familiares escolhem adjetivos que identificam como sendo de cada membro e dão opiniões). O ambiente de confecção das árvores é geralmente acompanhado por um clima de brincadeira e os participantes se divertem durante a atividade, caracterizando uma interação positiva familiar.

De forma encadeada com os demais encontros e na sequência de atividades, que fortalecem as comunicações e interações positivas entre os familiares, no terceiro encontro de família são introduzidas atividades que visam desenvolver habilidades sociais parentais de expressão de limites. O manual do facilitador menciona os seguintes objetivos: "As famílias irão compreender o valor dos momentos de famílias; aprender como fazer um momento de família; trabalhar com privilégios e recompensas para o sistema de pontos; planejar atividades divertidas em família" (Brasil, 2018). Após assistirem um vídeo com o exemplo de uma reunião de família, as pessoas presentes são convidadas a simular uma reunião de família, durante a qual se estabelecem acordos para a rotina familiar por meio de uma conversa guiada. Durante a reunião de família, todos devem ter sua vez para expressar suas opiniões e serem ouvidos. O facilitador sugere nesse encontro que a família elabore um sistema semanal de acompanhamento de tarefas domiciliares e escolares, bem como a escolha compartilhada de recompensas para os jovens que as cumprem. Familiares são incentivados a finalizar a reunião com um jogo ou brincadeira, que ajude a manter a interação positiva e encoraje os familiares a repetir as reuniões de família frequentemente. Participantes são orientados a fazerem as reuniões como prática de casa entre os

encontros e são acompanhados nessa ação continuamente durante o programa. Por meio dessas atividades busca-se promover habilidades sociais parentais de comunicação (jovens e pais conversam sobre as atividades domiciliares e escolares), expressão de sentimentos e enfrentamento (cada pessoa expressa sua opinião sobre como estabelecer as tarefas e as recompensas, expressando acordo e desacordo, terminando com a brincadeira em família) e de estabelecimento de limites (mães e pais precisam identificar os comportamentos esperados dos filhos, estabelecer regras e consequências, cumprir promessas e ter consistência sobre as tarefas combinadas e as recompensas dadas para os jovens que cumprirem e não recompensar os que não cumprem os combinados).

São desenvolvidas habilidades de comunicação e expressão de sentimentos nas atividades do quarto encontro de família, por meio de atividades que tratam sobre valores familiares. O encontro se inicia com uma brincadeira em que pais e jovens tentam fazer a correspondência entre ações específicas apresentadas pelo material do programa e valores que as representam. Por exemplo, há as ações de "X" e "Y" que precisam ser pareadas com os valores "X" e "Y", respectivamente. A brincadeira ajuda a introduzir o tema dos valores familiares pela interação lúdica do jogo, dando exemplos de valores e ações positivas para os participantes que são, posteriormente, instigados a refletir sobre quais valores cada núcleo familiar se identifica mais. Depois dessa brincadeira, em que todos participam, os núcleos familiares se juntam para confeccionar uma bandeira de cada família, uma atividade adaptada culturalmente do original "brasão da família", no qual valores, cores e símbolos da família são representados e mostrados para todo o grupo. Assim, participantes realizam uma reflexão sobre quais valores são refletidos em suas ações e decisões cotidianas e quais principais valores norteiam a sua família, para depois usarem esses valores orgulhosamente como insígnias familiares.

No quinto encontro de família, mais uma vez, o programa trabalha com os participantes a habilidade social parental de estabelecimento de limites, além da comunicação e da expressão de sentimentos. Os objetivos centrais do encontro são fortalecer habilidades de escuta e de solução de problemas em família e as atividades são apresentadas por um "jogo de ouvir", uma "demonstração de solução de problemas"- encenada pelos facilitadores - e uma atividade em família de "solução de problemas". O jogo é realizado por meio de cartelas com

situações familiares problemáticas, em que um participante precisa ler o texto enquanto outro é orientado a escutar atentamente, para depois resumir o que a primeira pessoa disse e dar um possível sentimento demonstrado por ela. O foco principal é a importância da empatia em uma comunicação positiva frente a situações delicadas expressadas pelos familiares. Esse treino de habilidade de escuta é depois incorporado à atividade em que a família precisa de forma conjunta solucionar um problema cotidiano e para o qual cada membro familiar tem tempo para falar e ser ouvido e suas opiniões são registradas, assim como possíveis soluções sugeridas. Os facilitadores dão um exemplo de solução de problemas em família no grupo, com uma situação de uma família fictícia, em que o problema e as soluções são discutidas e trabalhadas em uma reunião de família. Após acompanharem o exemplo dado pelos facilitadores e ajudarem com soluções para o problema hipotético, as famílias são incentivadas a realizarem durante o encontro uma reunião familiar em que algum pequeno problema seja debatido e buscada a solução nesses pequenos coletivos. Facilitadores acompanham e orientam as famílias a seguirem o modelo de escuta, em que cada participante tem sua fala garantida e registrada, para somente após todos falarem, se inicia o compartilhamento de soluções possíveis e a mediação pela adoção de uma estratégia aceita por todos. Essa atividade exige dos participantes um desenvolvimento nas habilidades trabalhadas anteriormente, de comunicação positiva, dar opiniões, expressar sentimentos positivos e negativos, estabelecer limites e regras, ter consistência, identificar erros, pedir desculpas, cumprir promessas. Pela delicadeza dos temas e problemas que podem surgir, essa é uma atividade que depende das práticas de encontros anteriores e do estabelecimento da confiança entre os participantes e os facilitadores, além de exigir destes últimos, habilidades de manejo de grupo.

No encontro de família 6, são trabalhados temas específicos sobre uso de álcool e drogas e os pais se engajam em conversas que expressam limites e estabelecem expectativas claras em relação a comportamentos indesejados e esperados dos jovens. O encontro inicia de maneira lúdica e divertida em que pais e filhos jogam o "Alcançando Nossas Metas", que trabalha as habilidades de interação positiva familiar e o apoio aos filhos. Nessa atividade, um grupo de pais e filhos jogam em duplas, enquanto os demais assistem e podem interagir nas jogadas. O objetivo é que relembrem como

os jovens podem alcançar suas metas e que é papel dos pais auxiliarem os filhos a atingirem suas metas e sonhos. É realizada também uma atividade de *role-play* na qual a família encena uma situação em que o jovem é convidado por amigos a fazer algo perigoso ou que pode trazer consequências negativas, como roubar um tênis, fazer *bullying* com colegas, pichar a escola, entre outros. Os pais agem como se fossem os amigos dos filhos, fazendo o convite enquanto os adolescentes seguem o passo a passo aprendido no encontro de Jovens, que consiste em resistir à pressão dos pares e recusá-lo. Além de reforçar as estratégias aprendidas pelas crianças e adolescentes a lidar com a pressão dos amigos, trabalhadas no encontro 5 e 6 de Jovens, a atividade dá a oportunidade para os pais se aproximarem dos filhos, auxiliando e reconhecendo o seu desenvolvimento, para além do papel de apenas repreender os comportamentos de risco dos filhos. Após essa atividade, mães e pais compartilham com os filhos seus sonhos e expectativas para a vida deles, em um diálogo centrado na expressão de sentimentos positivos e no estabelecimento de limites claros.

O sétimo e último encontro de famílias durante a oferta regular do programa é um momento de reforço e fechamento de conteúdos desenvolvidos anteriormente pela intervenção. Nele, também é realizada uma celebração da finalização do programa, relembrando momentos compartilhados por todos através de registro de fotos e/ou de material produzido pelo grupo, e feita uma cerimônia simples de "formatura", na qual cada família recebe um certificado de participação. O momento do lanche, que acontece também nos encontros anteriores, é reforçado e encorajado que os grupos façam uma versão especial, de modo que o encontro fique mais festivo e informal. Pais/responsáveis e jovens são relembrados dos temas e aprendizados de cada encontro por meio de um roteiro que os facilitadores preparam, de forma a reforçar e enfatizar a importância de cada passo do programa. O sétimo encontro é principalmente um momento de comunicação e interação positiva entre pais/responsáveis e filhos, entre famílias e entre facilitadores e de identificação de recursos comunitários protetivos para as famílias.

Após três ou seis meses do encontro 7, os facilitadores reúnem as famílias que participaram dos encontros regulares e são realizados 4 encontros, nos mesmos moldes dos 7 encontros iniciais, chamados de encontros de acompanhamento (*booster*). Esses, diferentemente dos encontros regulares, podem acontecer semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, de acordo com a logística do

serviço e da possibilidade das famílias. O objetivo é retomarem o que aprenderam, contarem como está sendo a prática em casa e reforçarem a aprendizagem das habilidades. Assim, são retomadas atividades chaves e inseridas novas atividades, mantendo sempre a aprendizagem interativa.

É importante notar que as atividades e conteúdos do programa necessitam de atores chave, que podem ser os próprios facilitadores, que sejam sensíveis e bem preparados para garantir que os familiares desenvolvam as habilidades positivas propostas pela intervenção. Os facilitadores têm o papel fundamental de agirem como mediadores dos conteúdos e do clima emocional do grupo, orientando os participantes, guiando-os no caminho da comunicação positiva, da expressão de sentimentos e da valorização da escuta de todos os presentes. São os facilitadores que promovem um ambiente seguro, confiável e receptivo para mães, pais e adolescentes, de forma a promover as interações, entre os pares e entre familiares, positivas e construtivas de habilidades sociais.

Considerações finais

O ambiente familiar é complexo e pode não reagir bem a fórmulas engessadas. A reunião de histórias e traços de personalidade num mesmo sistema pode gerar atritos que, a depender do tratamento dispensado, aumentam ou reduzem as chances de desfechos desejados. Assim, é importante lembrar que as habilidades sociais são um preparo da estrutura para lidar com os desafios que virão. Não obstante, o treino de habilidades não pretende criar uma bolha onde tudo correrá bem e, sim, trazer ferramentas para as situações que a organicidade da vida traz consigo. Por outro lado, a ausência dessas habilidades, da capacidade de agir de forma producente, pode ser a garantia para que os desafios assumam sua versão mais preocupante sem jamais serem superados. Trabalhar o desenvolvimento de habilidades sociais no contexto familiar é lançar luz sobre comportamentos talvez já encrustados na dinâmica daquele sistema e esperar que, experimentando resultados diferentes, cada um escolha agir da maneira mais propícia aos resultados que almeja.

As situações familiares requerem habilidades sociais específicas e é possível propor desenvolvimento dessas capacidades no contexto familiar que

pode se beneficiar de ações para crianças e adolescentes, além das habilidades parentais. Isso porque o repertório de habilidades sociais é aprendido desde a infância, e não apenas na vida. De forma complementar, faz-se necessário um estudo que aponte também quais são as habilidades sociais que estão sendo exigidas dos adolescentes na contemporaneidade e de que recursos se dispõe para esse desenvolvimento (Del Prette & Del Prette, 2009).

Lições aprendidas

- As habilidades sociais são necessárias também em contexto familiar e não apenas profissional ou de amizade.
- Os temas trabalhados com responsáveis e filhos devem ser coordenados entre si, favorecendo empatia de um grupo para com o outro.
- A sistematização é importante, mas cada contexto e cada família reagirá a seu próprio modo a uma intervenção.
- O impacto para as famílias pode ser gradual, progressivo e isso implica em que o executor da metodologia esteja atento ao processo inteiro, e não apenas aos seus resultados.

Referências

Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accomodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. *Health Education Research, 22*(4), 547-560. doi: 10.1093/her/cyl122

Bolsoni-Silva, A. T. (2008). Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P): categorias e testagens preliminares. In L. N. D. Weber (Ed.). *Família e desenvolvimento humano* (pp. 145- 158). Curitiba: Juruá.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). *Programa Famílias Fortes: manual do facilitador.* Brasília: Ministério da Saúde.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2009). Adolescência e fatores de risco: a importância das habilidades sociais educativas. In V. G. Haase, F. O. Ferreira & F. J. Penna (Orgs.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (pp. 503-521). Belo Horizonte: COOPMED.

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf

Gomide. P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015.* Disponível em https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf

Murta, S. G., Menezes, J. C. L., Pedralho, M. S., Rocha, V. P., Nobre-Sandoval, L. A., & Aló, C. (2018). *Programa Famílias Fortes: da teoria à prática preventiva ao abuso de drogas*. Disponível em http://www.geppsvida.com.br/wp-content/uploads/2020/02/Programa_Familias_Fortes.pdf

Oliveira, E. B. de, Bittencourt, L. P., & Carmo, A. C. do. (2008). A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, *4*(2), 1-16. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/803/80313056002.pdf

Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura - Revista de Educação e Letras, 17*(33). Disponível em http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339

SEÇÃO 3

AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

CAPÍTULO 9

RELAÇÃO ENTRE A ADAPTAÇÃO CULTURAL E A FIDELIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA *ELOS* EM ESCOLAS BRASILEIRAS

Daniela Ribeiro Schneider
Douglas Garcia
Paulo Otávio D'Tôlis

Resumo

Descreve-se o processo da adaptação cultural do norte americano *Good Behavior Games* (GBG) em Programa Elos – Construindo Coletivos, voltado para a realidade das escolas públicas brasileiras, bem como a dimensão da fidelidade de aplicação do programa ao longo de sua implementação e evolução no Brasil. Para analisar o processo de adaptação cultural e sua relação com a fidelidade foi necessário aplicar métodos mistos. A avaliação da adaptação cultural foi feita por meio de um *checklist* construído pelos pesquisadores, o qual indicava se determinados processos foram convergentes com o método de implementação do programa previsto. No que se refere às dimensões que compõem a fidelidade, os multiplicadores do programa preencheram "questionários de fidelidade", traduzidos dos instrumentos originais do GBG, e os dados obtidos foram resumidos, pelos pesquisadores, em um escore geral da qualidade de implementação a partir da média aritmética dos itens avaliados, variando entre baixa, média e alta fidelidade. Este aspecto foi analisado como um possível moderador dos resultados acerca dos comportamentos dos estudantes participantes do Elos. As conclusões do trabalho discutem o necessário balanço entre a fidelidade aos elementos centrais do Programa Elos e as necessidades do contexto cultural em âmbito educacional, com sua infraestrutura e exigências pedagógicas e teóricas, assim como as singularidades do contexto sociocultural do país, ao avaliar se sua implementação conseguiu

alcançar este equilíbrio. Portanto, essas complexidades ganham destaque durante a implementação de um programa preventivo em larga escala, como foi o caso do programa analisado, fazendo com que os implementadores tenham que buscar soluções práticas entre o dilema da fidelidade versus adaptação cultural.

Palavras-chave: Avaliação de Programa, Adaptação Cultural, Fidelidade, Programa Elos, Prevenção Escolar, Crianças

Introdução

Este capítulo trata da discussão sobre a dimensão da fidelidade relacionada à implementação do Programa Elos em seu processo de adaptação cultural para escolas públicas brasileiras. O Programa Elos – Construindo Coletivos é destinado para crianças de 6 a 10 anos, realizado por educadores no 1° ao 5° ano do ensino fundamental. Resultou da adaptação do *Good Behavior Game* (GBG), de origem norte americana, desenvolvido como uma estratégia de gestão da sala de aula, com perspectiva de prevenção em saúde mental infantil. O GBG é um dos programas mais recomendados na atualidade para crianças, por sua evidência demonstrada na diminuição de comportamentos de agressividade, disruptividade e isolamento social (Flower, McKenna, Muething, Bryant, & Bryant, 2014; Leflot, van Lier, Onghena, & Colpin, 2013). Tais efeitos permanecem ao longo da trajetória de desenvolvimento dos sujeitos, com impactos em futuros comportamentos antissociais, como abuso de drogas e comportamentos sexuais de risco, funcionando como um fator de proteção pessoal, evidenciado através de estudos longitudinais (Kellam et al., 2008; Poduska & Kurki, 2014).

No entanto, para que qualquer programa atinja os resultados esperados, é necessário que ele seja implementado conforme preconizado em seu desenho lógico, o que, muitas vezes, traz desafios para sua realização em contextos reais de vida, com a complexidade que lhes envolve, ainda mais quando envolvem ações de políticas públicas, como nos serviços de educação e de saúde. Por isso mesmo, é fundamental refletir sobre a dimensão da fidelidade, que se refere ao grau em que um programa foi implementado em conformidade com o modelo originalmente

proposto (Dane & Schneider, 1998; Hansen, 2014; Kemp, 2016). Em meio à crescente necessidade de adotar práticas baseadas em evidências, a avaliação da fidelidade de programas de saúde torna-se necessária para compreender os resultados produzidos e o processo de adaptação em um contexto diferente do qual as evidências de eficácia e efetividade foram originalmente produzidas (Linnan & Steckler, 2002; Melo & Izbicki, 2015; Sandoval, Correa & Abreu, 2015). Nesse sentido, a fidelidade de implementação tem sido objeto e recurso metodológico de muitos estudos empíricos que visam validar resultados de eficácia e efetividade em programas em saúde (Abry, Hulleman & Rimm-Kaufman, 2015; Burke, Oats, Ringle, Fichtner, & Gaudio, 2011; Garcia, 2018; Haataja et al., 2014; Klimes-Dougan et al., 2009; Reinke, Herman, Stormont, Newcomer, & David, 2013).

Uma das funções mais importantes da avaliação da fidelidade é indicar se realmente ocorreu a implementação do programa, ou mais precisamente o quanto ou quais de seus componentes foram implementados conforme planejado (Hansen, 2014). Assim, com a avaliação de indicadores de fidelidade torna-se possível estabelecer uma relação entre a intervenção e seus efeitos. Do contrário, quando não há garantias de que um programa foi implementado com algum grau de fidelidade, corre-se o risco de cometer o equívoco de atribuir mudanças observadas como efeitos de uma intervenção que só supostamente aconteceu como planejado (Basch, Sliepcevich, Gold, Duncan, & Kolbe, 1985).

Do ponto de vista teórico, o desafio está na multiplicidade de definições e dimensões teóricas que se confundem ou se associam ao conceito de fidelidade (Garcia, 2018; Hansen, 2014). Todavia, conforme assinala Hansen (2014) cinco dimensões usualmente são utilizadas para avaliar a fidelidade de implementação de programas manualizados, a saber:

- Aderência (*adherence*) é a dimensão da fidelidade que se refere ao grau no qual componentes específicos do programa foram implementados conforme previsto no manual.
- Exposição ou dosagem (*exposure*/*dosage*) refere-se a um índice que pode incluir: quantidade de sessões implementadas, a duração de cada sessão e a frequência com a qual as técnicas do programa foram implementadas e, ainda, quantos participantes foram atingidos por estas.

- Qualidade da implementação (*quality delivery*) refere-se à qualidade de aspectos da implementação que não estão relacionados com o conteúdo, mas com as condições de implementação, como o preparo dos implementadores, a infraestrutura disponível, o modo de realização das ações previstas, etc.
- Responsividade (*responsiveness*) dos participantes refere-se ao grau no qual os participantes da intervenção são ativos nas sessões ou demonstram entusiasmo e interesse nas atividades.
- Diferenciação do programa (*program differentiation*) refere-se ao processo de controle de grupos de comparação e experimentais para evitar a ocorrência de contaminação dos resultados, ou seja, que outras ações intervenham nos grupos participantes e alterem o curso dos resultados. Assim, a diferenciação visa garantir que os efeitos da condição experimental estejam relacionados mais estritamente a intervenção implementada propriamente dita e sua fidelidade, distinguindo-se de outros processos que possam, porventura, acontecer nos ambientes experimentais.

Se, por um lado, a fidelidade de implementação apresenta suas características e consequências fundamentais à eficácia e à efetividade de programas, por outro lado, há de se considerar a necessidade de avaliar também o processo de adaptação cultural.

O processo de adaptação cultural pode ser entendido como uma elaboração dinâmica e sistemática acerca de um programa, estratégia ou intervenção que tem o objetivo de direcionar o seu protocolo a uma nova população alvo, em um novo contexto cultural, ação esta que pode configurar mudanças nos padrões de linguagem, nas condições de aplicação, nas ferramentas, etc. Contudo, é importante que esse processo seja realizado de forma a assegurar a manutenção da equivalência entre a versão original, principalmente de seus elementos centrais, e a versão adaptada, em termos de aceitabilidade, adesão e eficácia no novo contexto, dado que no processo de adaptação pode ocorrer uma polarização entre a fidelidade das técnicas empregadas e as demandas do novo contexto (Sandoval et al., 2015; Castro, Barrera & Martinez, 2004; Bernal, Jiménez-Chafey, & Rodríguez, 2009).

Essa polarização resulta em um dilema existente entre dois sistemas: o *top-down*, que implica na primazia da fidelidade ao programa em detrimento das demandas locais, e o *bottom-up*, que enfatiza as demandas e interesses locais, contextuais como elementos centrais do desenvolvimento da intervenção (Castro, Barrera, & Steiker, 2010). Sendo assim, como se pode perceber, caso se opte por seguir à risca a técnica original em uma população diferente da qual o projeto foi construído inicialmente, corre-se o risco de ele não fazer sentido nenhum à população local e, por consequência, ela não ser responsiva às necessidades práticas. Por outro lado, caso se considere as demandas locais e o programa em seu modelo lógico não seja seguido, há a possibilidade de que o projeto executado não tenha nenhuma validade ou relação com o projeto original, implicando na realização de um método que não possui consistência ou validade interna. Essa situação é denominada – dilema adaptação-fidelidade (Castro, et al., 2004). Desta forma, um dos principais desafios no processo de adaptação cultural é encontrar uma harmonia para as tensões existentes entre essas duas variáveis.

As avaliações realizadas com o GBG no Brasil, em seu processo de transformação em Programa Elos

O processo de adaptação cultural do *Good Behavior Game* iniciou em 2013, organizado pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, inicialmente em parceria com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC). Este processo envolveu também estudos de avaliação da implementação e dos resultados realizados através de um projeto interinstitucional entre Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de São Paulo.

Foram realizadas três avaliações do *Elos* ao longo de seu processo de adaptação cultural à realidade das escolas brasileiras:

- Em 2013 foi realizada a avaliação de processo de implementação do GBG original, simplesmente traduzido para o português. O estudo envolveu seis escolas públicas, sendo três no Estado de Santa Catarina e as outras três no de São Paulo, envolvendo 27 professores, nove membros de equipes técnicas, seis multiplicadoras e 603 estudantes. Já no primeiro ano

de implementação, foi escolhido o nome a versão brasileira do programa: *Elos - Construindo Coletivos* (Schneider et al., 2016a).

- Em 2014 foram realizados três estudos interligados: 1) a avaliação do processo de implementação em escolas públicas de ensino fundamental e a fidelidade do, então denominado, Jogo Elos; 2) uma avaliação de resultados, envolvendo um estudo dos efeitos temporais do programa no comportamento das crianças participantes, com delineamento quasi-experimental de grupo único (sem grupo controle); 3) a adaptação e validação do instrumento TOCA-R (*Teacher Observation of Classroom Child Adaptation - Revised*), utilizado para mensurar os comportamentos das crianças pelo GBG. Esses estudos envolveram inicialmente quatro cidades brasileiras, 19 escolas, 68 turmas e seus respectivos professores, com a participação de 1448 estudantes avaliados no pré-teste, 673 no pós-teste e 624 estudantes pareados para a avaliação final (Schneider et al., 2016b).
- Em 2016 foram desenvolvidos dois estudos, sendo um de eficácia e outro do processo de implementação (incluindo a dimensão da fidelidade) do *Programa Elos*, forma como passou a ser denominado pelo Ministério da Saúde a partir de 2015, por incluir outros componentes, para além do Jogo em sala de aula – como é o caso do componente familiar, que prevê três encontros com a família dos estudantes participantes no Elos, planejada entre os profissionais da escola e os da saúde da Unidade Básica de Saúde do seu território. Este estudo quasi-experimental com grupo controle envolveu 16 escolas de São Paulo e São Bernardo do Campo, com a participação de 40 turmas de intervenção e 40 turmas controle. Participaram no pré-teste 2319 estudantes, sendo que destes, 1731 puderam ser pareados na avaliação final (Schneider et al, 2017).
- Outros estudos foram também desenvolvidos por mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como é o caso da dissertação que investigou a percepção das crianças sobre o Jogo Elos (Strelow, 2016), o estudo específico sobre fidelidade da implementação do Programa Elos na implementação

de 2016 (Garcia, 2018) e o estudo sobre o processo de adaptação cultural do GBG em Programa Elos (D'Tôlis, 2018).

Avaliação da adaptação cultural desenvolvida para transformar o GBG em Programa Elos

Foi realizada uma pesquisa específica para analisar o processo de adaptação cultural pela qual passou o *Good Behavior Game* até se tornar o *Programa Elos* (D'Tôlis, 2018), utilizando de um *checklist* para avaliação de adaptações culturais construída pela equipe do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), da UFSC, a partir da revisão da literatura especializada.

A adaptação cultural do GBG foi realizada pela equipe técnica do Ministérios da Saúde, envolvendo coordenadores do programa, multiplicadoras nacionais e alguns assessorias específicas que foram chamadas para esse projeto. Verificou-se que tal transformação ocorreu de forma gradual e sistemática, passando por diferentes etapas e momentos, com estabelecimento de objetivos e metas a serem cumpridas durante o todo o processo (Lorenzo et al., 2018). Desse modo, no que se refere à logística geral do planejamento de implementação e adaptação, os seus gestores estiveram de acordo com os pressupostos formulados por diferentes autores sobre os indicadores de adaptação cultural (Barrera, & Castro, 2006; Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2013; Kumpfer, Pinyuchon, Melo, & Whiteside, 2008; Mckleroy et al., 2006; Wingood, & Diclemente, 2008).

No decorrer do processo foram efetuadas diversas revisões de literatura para verificar adaptações do GBG para outros contextos, o que foi um aspecto facilitador para o planejamento da implementação, que passou a correr menos risco de perder consistência interna. Além disso, essas revisões também propiciaram material para a criação do componente familiar do programa, uma especificidade da versão brasileira, que abrangeu o seu alcance para os familiares e responsáveis pelas crianças (Brasil, 2016c; Lorenzo et al., 2018).

Outro importante fator que fortaleceu o processo de implementação do programa Elos foi o de que ele foi testado sem ser submetido a alterações significativas em seu primeiro ciclo, processo que foi definido como estudo pré-

piloto, em 2013. Esse procedimento permitiu que, a partir dos resultados coletados nessa etapa, fossem planejadas as primeiras adaptações. Seguiu-se o estudo piloto de 2014, que auxiliou na realização das adaptações a partir das demandas do campo prático. Ainda houve modificações desenvolvidas nas implementações de 2015 e a versão final de 2016.

De uma maneira geral, pode-se considerar que as adaptações culturais realizadas foram "superficiais", termo utilizado pela literatura especializada para designar quando os elementos principais do programa são mantidos o mais próximo possível do original, sofrendo mais modificações de linguagem e de procedimentos de implementação que não alteram sua essência (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia, & Butler, 2000). Nesse caso, o Programa Elos manteve toda a estrutura central proposta pelo GBG: a presença de regras explícitas em sala de aula, a formação de equipes heterogêneas, a pontuação da quebra de regras dada ao grupo, para que a implicação do sujeito com o coletivo fosse valorizada, e os reforçadores ofertados às equipes que quebraram menos de quatro regras por jogo.

Entretanto, verifica-se, quando se desce aos detalhes do processo de adaptação, que houveram algumas mudanças entre os elementos centrais, que não alteraram sua função, mas o seu modo de aplicação. O primeiro deles, se refere às combinações das "quatro regras", na medida em que foram ocorrendo transformações em suas definições, entre 2013 e 2016, quando estas passaram a ser consideradas "acordos". Esta mudança implica buscar uma postura de maior participação e autonomia das crianças no processo de realização do Elos. Sendo assim, a definição das regras a serem utilizadas passa a ser combinada com a turma em cada uma das vezes que se joga, tornando-se "acordos" realizados cada vez que se joga. Vejamos os exemplos abaixo.

Uma das regras originais definia, em sua tradução ao português: "Nós trabalharemos silenciosamente". Com as alterações produzidas a partir das avaliações dos professores e multiplicadoras no estudo pré-piloto, essa regra passou a ser definida como: "Seguir o nível de voz combinado". Ou seja, o silêncio passa a ser uma das possibilidades de uso da voz, mas não o único, podendo serem acordados outros níveis, conforme a atividade a ser realizada: cochicho, voz de trabalho em grupo, voz de apresentação, voz de rua. Essa mudança ocorreu em função da cultura escolar brasileira, na medida em que o professor pode utilizar o

Elos com atividades que não exigem, necessariamente, o silêncio, como trabalhos em equipe, atividades de esporte e lazer, entre outras.

A outra regra definia originalmente "Nós seremos educados um com o outro", sendo que em sua última definição passa a ganhar a seguinte definição "Ser gentil", que traz a questão da postura da gentileza como uma perspectiva de relacionamento interpessoal entre pares e na relação professor-aluno, com a lógica de que "gentileza gera gentileza", questão bastante discutida na cultura brasileira.

Já no que se refere a regra definida como "Nós pediremos permissão para sair de nossos lugares", passa a ser redigida como o seguinte acordo: "Seguir combinados de lugares". Sendo assim, a turma define com o professor como será a relação com a mobilidade em sala e isso passa ser uma exigência para a pontuação das equipes, sem que necessariamente seja exigido um pedido de permissão a cada situação. Os combinados de lugares usam a imagem do sinal de trânsito como ícone: vermelho = pare (tem que permanecer sentado); amarelo = atenção (pode levantar e andar conforme o combinado); verde = siga (pode levantar e andar livremente). Esses combinados se adequam melhor a diversidade de atividades didáticas que podem ser utilizadas pelo professor.

A outra regra "Nós seguiremos instruções de atividade" é a única que permanece praticamente inalterada nos acordos: "Seguir as instruções de atividades".

Portanto, ainda que tenha mantido os elementos nucleares do GBG, modificou-se a lógica de implementação, mais direcionadas ao projeto pedagógico das escolas brasileira, de caráter construtivista, quando envolvem mais ativamente a participação das crianças no processo de realização cotidiana do programa.

Foram ainda adicionadas novas ferramentas metodológicas, como os cartões "Oops" e "Elos", bem como o formato da devolutiva a ser dada pelo professor, que passou a ser voltada para a equipe e não focada no indivíduo que quebra a regra. Essa modificação foi introduzida para dar suporte maior ao professor, para que pudesse adotar atitudes mais inclusivas, menos focadas na correção do erro, portanto, menos punitivas. Essa questão apareceu na avaliação de processo na implementação de 2013 e 2014, quando muitos professores usavam o programa para uma atitude de controle da turma, rompendo com os princípios inclusivos do programa.

O Programa Elos passou a ressaltar ações do educador que favoreçam o envolvimento efetivo dos educandos com o coletivo e afetivo com a sua própria

aprendizagem, na medida em que tal envolvimento confere sentido à participação dos estudantes nas atividades acadêmicas e sentimento de pertencimento a um grupo social. Essas ações configuram-se como importantes fatores de proteção para os estudantes, pois fortalecem comportamentos de socialização e ajudam a evitar o isolamento social, a evasão escolar e, futuramente, a fragilidade na relação entre o sujeito, seus pares e instituições sociais. Da mesma forma, o Elos passou a convocar a escola, seus professores e equipes pedagógicas a repensar suas práticas cotidianas de enfoque ao erro, propondo, em seu lugar, um conjunto de condições que auxiliem os educandos no desenvolvimento de interações consonantes com um ambiente positivo de aprendizagem e de sociabilidade (Lorenzo & Schneider, 2017).

Houve também proposta de mudança no sequenciamento de implementação do programa, para atender algumas especificidades da cultura escolar brasileira (Brasil, 2016b), com introdução de alguns elementos diferentes do modelo original proposto pelo desenvolvedor internacional AIR (*American Institute of Research*) e, também, do modelo original proposto por Barrish, Saunders e Wolf (1969). A primeira passa a ser denominada de etapa de Familiarização, seguido da etapa de Consolidação e, por fim, a etapa de Criação. A Familiarização é constituída pelos primeiros procedimentos de capacitação dos professores, avaliação dos comportamentos dos alunos para delimitação de equipes e a execução parcial do Programa, com o objetivo de promover a assimilação da intervenção pelas partes envolvidas, a preparação da intervenção, a fim de permitir a posterior implementação completa. A etapa seguinte é a Consolidação na qual a intervenção já deve ter sido assimilada pelo professor e alunos, com a apropriação das estratégias do programa e passa a ser efetivamente executada. Por último, a etapa de Criação é uma proposta brasileira, para contemplar a exigência do professor brasileiro de uma postura mais proativa, além de estabelecer melhores parâmetros para a exigência de "generalização" do jogo, isto é, quando os comportamentos devem ser levados para outros espaços para além da sala de aula, variando o ambiente e as atividades. Com isso, nessa última etapa, é possível planejar variações do jogo, desde que mantidos os seus elementos centrais.

Durante essas etapas destaca-se a existência de um facilitador intersetorial da saúde e outro da educação, sendo este último denominado de multiplicador local, responsável pelo acompanhamento e monitoramento da implementação

do componente escolar Programa Elos pelos professores (Brasil, 2016a; Brasil, 2016b). Sendo assim, foram definidas novas propostas para a realização do apoio pedagógico dos multiplicadores aos professores, que passaram a ser, de preferência, desenvolvida pelos coordenadores pedagógicos das escolas, que devem priorizar atividades coletivas com os professores implementadores de cada escola e não somente suporte individual, visando a troca de experiência entre colegas.

A versão brasileira criou ainda o componente familiar para o Programa Elos, que reúne adultos de referência dessas crianças em encontros conduzidos por profissionais de saúde e educação do território, com o objetivo de

> fomentar a participação dos responsáveis às crianças que participam do Programa Elos em prol do desenvolvimento, consolidação e expansão dos resultados promovidos pelo Jogo Elos em sala de aula, favorecendo interações afetivas, harmônicas e cooperativas e fortalecimento das redes de proteção contra o uso abusivo de álcool e outras drogas para estas famílias e comunidade (Brasil, 2016c, p. 04).

É interessante ainda destacar que, visando a adaptação do programa ao projeto pedagógico das escolas brasileiras, a base teórica do programa original foi agregada de novos elementos teóricos, para além da base da análise experimental do comportamento que está em sua origem, que sofre de bastante resistência do campo educacional brasileiro. Sendo assim, agregaram-se adaptações de linguagem e novas perspectivas pedagógicas e epistemológicas, mais sustentadas no construcionismo e na perspectiva histórico cultural, para contribuir na formação dos professores que aplicarão o Elos. Por outro lado, esses elementos estabelecem um bom diálogo com uma das teorias que fundamentam o GBG, que é a *Life Course/Social Field Theory*. Essa teoria discute as etapas de desenvolvimento concebidas em termos de ciclo de vida, discutindo como a presença de fatores de risco no desenvolvimento inicial influencia a trajetória psicossocial dessa pessoa ao longo de sua vida, até sua maturidade. Essa teoria traz a questão da capacidade de adaptação da pessoa às situações de vida real, que se relaciona com as condições ofertadas pelo seu contexto social, por um lado e, por outro, com sua capacidade individual de estabelecimento de interações e relacionamentos (Kellam et al., 2011). Também foram agregados aspectos teóricos que elucidam a dimensão da

vulnerabilidade psicossocial dos estudantes brasileiros (Souza, 2009), entre outros diálogos interdisciplinares que ajudam na implementação do programa como uma política pública para a rede escolar nacional.

Portanto, a implementação do programa contou com procedimentos para viabilizar o balanceamento entre sensibilidade cultural e fidelidade, sendo uma constante preocupação da equipe que realizou a adaptação do GBG e implementação do Elos. O levantamento de necessidades e preferências foi uma variável levada em consideração em diferentes momentos das autoavaliações cíclicas que o programa realizava ano a ano e os gestores não só tinham conhecimento e domínio sobre os elementos centrais programa original, considerada a capacitação que receberam da AIR, como também difundiram esse conhecimento para a equipe de implementação (professores e multiplicadores locais) por meio dos treinamentos.

As estratégias para efetuar o balanceamento também puderam ser observadas nos esforços para preservação do modelo original, mas com foco no diálogo com a realidade escolar brasileira, o que resultou na gradativa aceitabilidade do programa (Brasil, 2016a; Schneider et al, 2016a). Além disso, também foi explicitado nos documentos investigados que as adaptações planejadas foram elaboradas com a utilização dos pressupostos do reforçamento positivo, dado que nas implementações iniciais apareciam punições e poucos reforços durante a prática dos professores, o que não é recomendado para o programa (Barrish, Saunders, & Wolf, 1969).

Ainda que a tradução dos materiais não tenha sido submetida ao *back translation* (processo que consiste em retraduzir uma tradução e compará-la com a obra original a fim de identificar o grau de correspondência da tradução), sendo esta uma das limitações deste processo de adaptação, considera-se que a revisão do material, os esforços para ajustes na sua linguagem e sua testagem prévia, ajudam na consideração de que a mesma ocorreu de maneira bastante satisfatória (DePue et al., 2010).

Desse modo, é possível afirmar que a implementação do programa Elos foi bem-sucedida, ao utilizar ferramentas e estratégias condizentes com a ciência da prevenção para planejamento da intervenção, mas considerando de forma bastante atenta a necessária adaptação cultural ao contexto educacional brasileiro, conseguindo encontrar um bom equilíbrio entre as tensões existentes entre as variáveis *top-down* e *bottom-up*.

Avaliação da fidelidade do programa Elos em 2014 e sua relação com os efeitos produzidos ao longo do tempo de implementação

Para a avaliação da fidelidade em 2014, o Elos foi periodicamente analisado em suas várias dimensões de implementação pelos multiplicadores do programa, por meio dos "questionários de fidelidade", traduzidos dos instrumentos originais do GBG, cujo preenchimento era inserido na plataforma FormSUS, base de dados do Ministério da Saúde. As multiplicadoras eram, nessa ocasião, vinculadas ao Ministério e contratadas especificamente para esta função.

As informações da qualidade da implementação foram analisadas em dois momentos: de um a dois meses após o início do programa (Ciclo 1) e de três a quatro meses de implementação (Ciclo 2), que acompanharam, respectivamente, 31 e 32 turmas. Os questionários de fidelidade de cada ciclo avaliavam diversas dimensões importantes da implementação (modo de uso dos acordos, condição do trabalho em equipe, utilização do reconhecimento etc.), sendo mensurados pelas multiplicadoras em sua supervisão com os professores em escala de três níveis: 1 – Pouco Eficaz, 2 – Eficaz e 3 – Muito Eficaz, com a opção de indicar se o critério não foi contemplado no monitoramento, para o que se atribuía nota 0.

Os dados de avaliação da fidelidade foram resumidos, pelos pesquisadores, em um escore geral da qualidade de implementação a partir da média aritmética dos itens avaliativos, variando entre 1 e 3. Os escores foram transformados por meio de classificação em três categorias, de acordo com a divisão dos escores em tercis: os escores dos 33% primeiros foram considerados "Pouco fidedigno", dos 33% intermediários como "Fidedigno" e dos 33% superiores, "Muito fidedigno".

No Ciclo 1, a média geral dos escores de fidelidade foi de 1,27, com desvio-padrão de 0,67. No Ciclo 2, por sua vez, a média geral ficou em 2,0, com desvio-padrão de 0,57. É evidente que houve uma melhoria na qualidade da implementação com o passar do tempo. Dessa forma, o escore geral de fidelidade sugere que a maioria dos professores foi gradativamente ficando mais segura na realização do programa, na medida em que os professores foram conhecendo os meandros do programa e atuando de forma mais fiel aos seus princípios.

Paralelamente, foram avaliados em seu comportamento 624 estudantes do ensino fundamental, que foram pareados entre o pré-teste e o pós-teste,

através da avaliação do instrumento TOCA-R, adaptado pela equipe de avaliação e preenchido pelos seus professores, abordando as interações sociais e comportamentais de cada um de seus educandos.

Esse instrumento passou por uma análise psicométrica e a partir da análise fatorial ali desenvolvida os itens do questionário foram agregados em cinco grandes dimensões, como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1: *Lista dos itens escolhidos para composição das cinco dimensões da escala de acordo com os resultados encontrados por meio da análise fatorial exploratória*.*

Fator 1 (Agressividade)
8. Produz danos ou destrói a propriedade de propósito
9. Inicia brigas
15. Provoca os colegas
21. Grita com os outros
22. Machuca os outros fisicamente
Fator 2 (Disruptividade)
2. Quebra regras
12. Interrompe ou intromete-se na fala dos outros
23. É teimoso
24. Está fora do lugar com frequência
26. Espera a sua vez (item invertido)
Fator 3 (Engajamento)
1. Trabalha bem sozinho(a)
16. Completa as tarefas
18. Concentra-se nas tarefas
19. Presta atenção
33. Esforça-se pouco nas atividades (item invertido)
Fator 4 (Socialização)
3. Outras crianças o/a procuram para brincar e realizar atividades
7. É socialmente isolado(a) (item invertido)
10. Comporta-se timidamente (item invertido)
13. Ajuda aos outros, coopera com pares, compartilha com outros
32. Passa bastante tempo sozinho (item invertido)
Fator 5 (Autocontrole)
4. Mostra empatia e compaixão para sentimentos dos outros
25. Lida bem com desapontamento ou frustração
29. Consegue controlar as emoções
30. Resolve autonomamente problemas com os colegas
31. Está ciente do efeito de suas ações nos outros

Fonte: Schneider et al., 2020.

Esse instrumento foi respondido pelos professores em dois momentos: antes de iniciarem a jogar Elos, em agosto de 2014, e depois de concluir o semestre letivo e encerrar o jogo, em dezembro do mesmo ano. A partir daí, foram utilizadas estatística com base em inferências bayesianas, com uso do Programa R, para estabelecer as diferenças temporais entre o comportamento descrito sobre as crianças nos dois momentos.

Esses resultados das diferenças temporais em relação aos comportamentos ficaram, na verdade, com pouca potência de análise, em função das condições de realização da pesquisa, na medida em que não foi possível incluir grupo controle para estabelecer comparações, o que inviabilizou que se atribuísse ao programa os efeitos avaliados. No entanto, tais resultados, quando submetidos a análises estratificadas pela moderação da fidelidade, que é um elemento associado somente a quem de fato implementa o programa, ajudam a compreender a importância do cuidado com a qualidade da implementação e de sua aplicação conforme o preconizado.

Na Tabela 2, mostramos as diferenças temporais dos comportamentos nas cinco dimensões analisadas pelo TOCA-R, moderadas pela classificação geral dos comportamentos atribuídos pelo professor e pela qualidade da fidelidade em seus quartis (baixa, média e alta fidelidade). O número de respondentes é menor (n=495) do que os estudantes pareados entre o pré e o pós teste, pois nem todos os questionários de fidelidade foram preenchidos pelos professores e multiplicadores. Mas o número obtido já é suficiente estatisticamente para as análises, que nos suscitam reflexões que se desdobram sobre a prática de implementação de programas em saúde.

Tabela 2: *Diferença temporal do Programa Elos nos cinco desfechos mensurados pelo TOCA-R, padronizados como escore-z, moderado pela classificação de comportamento dada pelo professor e pela qualidade da implementação do programa, com desvio-padrão (entre parênteses) e nível de significância (em cores)*.*

Dimensões TOCA-R	Agressivo/Disruptivo (n = 107)			Tímido/Isolado (n = 115)			Cooperativo (n = 273)		
	Baixa Fid. (n=34)	Med Fid. (n=33)	Alta Fid. (n=40)	Baixa Fid. (n=36)	Med Fid. (n=46)	Alta Fid. (n=33)	Baixa Fid. (n=106)	Med Fid. (n=79)	Alta Fid. (n=88)
Agressividade	-.17 (.13)	-.23 (.08)	-.29 (.11)	.11 (.12)	.03 (.09)	-.05 (.13)	.46 (.08)	.28 (.05)	.11 (.08)
Disruptividade	-.30 (.11)	-.46 (.07)	-.61 (.1)	.08 (.11)	.0 (.07)	-.08 (.11)	.06 (.07)	.05 (.04)	.04 (.07)
Engajamento	.21 (.11)	.27 (.08)	.33 (.1)	.08 (.12)	.25 (.07)	.41 (.11)	-.27 (.07)	-.16 (.05)	-.04 (.08)
Socialização	.37 (.12)	.21 (0.08)	.05 (0.11)	.28 (.12)	.35 (.08)	.43 (.12)	-.28 (.07)	-.17 (.05)	-.07 (.08)
Autocontrole	.43 (.13)	.30 (.09)	.19 (.12)	-.04 (.13)	.08 (.09)	.21 (.13)	.01 (.08)	.08 (.06)	.16 (.09)

* p(θ< 0) > 0,05 não significativo	* p(θ< 0) < 0,05	p(θ< 0) < 0,01	p(θ< 0) < 0,001

Fonte: Schneider et al, 2016b.

Os resultados das análises estratificadas de moderação sugerem que a fidelidade teve um impacto importante nos desfechos mensurados. As turmas com menor índice de fidelidade apresentaram diferenças nulas (próximas de zero) para Comportamento Disruptivo, Engajamento e Socialização. No entanto, tiveram um aumento significativo de Agressividade. As turmas com escores de fidelidade intermediários apresentaram resultados parecidos com as turmas de baixa fidelidade, com piora significativa na Agressividade. Entretanto, os alunos pertencentes às turmas com maior fidelidade de implementação, apresentaram resultados mais positivos em quase todas as escalas. Foram significativos a

diminuição dos comportamentos disruptivos, o aumento do engajamento nas atividades e do autocontrole.

De maneira geral, quanto maior a fidelidade de implementação, melhores são os efeitos temporais quando considerados as classificações gerais dos alunos. Entre os alunos agressivos, a aplicação do programa com maior fidelidade implicou numa diminuição mais acentuada da agressividade e de comportamentos disruptivos, e um aumento no engajamento nas atividades, ainda que, paradoxalmente foi inócuo para socialização e autocontrole. Entre os alunos tímidos, uma melhor implementação implicou numa melhoria considerável no engajamento nas atividades, na socialização. Os comportamentos negativos permanecem pouco afetados.

É interessante notar que os alunos inicialmente considerados cooperativos tiveram poucas alterações em seus comportamentos quando a fidelidade foi alta. Mas, nas implementações pouco fidedignas, tiveram a agressividade aumentada com significância. Sendo assim, o efeito negativo observado entre os alunos cooperativos é melhor explicado pelas turmas que tiveram uma implementação pouco fidedigna, pois foram as que mais apresentaram uma piora entre tais alunos.

Dessa forma, foi possível constatar que à medida que a fidelidade foi melhor desenvolvida pelos professores participantes, os resultados foram similares a outras aplicações do GBG (Leflot et al., 2013), sendo que o impacto negativo do programa tendeu a desaparecer.

Esse pode ser considerado o principal resultado deste estudo da avaliação do Programa Elos em 2014, justamente porque a análise de fidelidade é realizada somente entre aqueles que implementam o programa, sendo assim, pertinente as análises aqui realizadas.

Avaliação da fidelidade de implementação do Programa Elos em 2016

A avaliação da fidelidade de implementação do Programa Elos em 2016 foi feita em uma pesquisa de mestrado (Garcia, 2018), sendo realizada com professores, multiplicadores locais e formadores nacionais que participaram do processo de implementação do programa nas 16 escolas participantes.

O estudo avaliativo envolveu a participação de 80 turmas, sendo 40 turmas experimentais e 40 de controle, entre escolas públicas das cidades de São Paulo (11

escolas) e São Bernardo do Campo (05 escolas). Envolveu a participação inicial de 1166 estudantes nas turmas experimentais e 1153 estudantes nas turmas controle, totalizando 2319 estudantes. A alocação das turmas para a condição experimental e condição controle não foi randomizada.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados quantitativos sobre a fidelidade de implementação do Programa Elos foram extraídos de dois questionários propostos pela *American Institutes for Research* (AIR) para controle da fidelidade. A coleta dos dados tanto do questionário um (Q1) como do questionário dois (Q2) foi feita pelos multiplicadores locais. Os instrumentos avaliaram a fidelidade de implementação do Programa Elos pelos professores em etapas diferentes no cronograma de implementação, sendo que o Q1 foi um instrumento que continha oito itens e tinha previsão de ser aplicado três vezes com o objetivo de avaliar a fidelidade na etapa de Familiarização, período no qual os professores e multiplicadores envolvidos na implementação faziam observações que viabilizaram a posterior implementação. Já o segundo instrumento de avaliação da fidelidade (Q2) continha 18 itens e tinha previsão de ser aplicado cinco vezes durante as etapas de Consolidação (momentos nos quais o Programa Elos era implementado conforme previsto no manual original) e na etapa da Criação, condição sugerida pela implementação brasileira.

Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pela equipe de pesquisa da UFSC e da UNIFESP. O roteiro de entrevista abordou outros elementos do processo de implementação, além da fidelidade, como por exemplo, a aceitabilidade do programa pelos professores e alunos, as condições de implementação, entre outros fatores. A coleta de dados com os professores e multiplicadores locais foi feita pela equipe de pesquisa no final do processo de implementação em 2016. Com as formadoras nacionais foi realizada uma entrevista *online* por *webconferência*.

Os dados quantitativos dos questionários foram tratados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais não paramétricas. Inicialmente, foram estimadas medidas de posição e de dispersão (média, mediana e desvio padrão) para identificar tendências dos dados de fidelidade. O teste não paramétrico U de Mann-Whitney também foi utilizado para comparar diferenças entre as medianas de grupos de professores com maior e menor fidelidade de implementação em

função de outros conceitos relacionados à implementação mensurados, como por exemplo, a dosagem, a qualidade no treinamento e no acompanhamento percebida pelos professores (Carroll et al., 2007; Hansen, 2014).

Dentre os respondentes observou-se que a proporção de componentes do programa avaliada pelos multiplicadores locais variou de 83% a 100% de fidelidade. Um coeficiente médio também foi estimado e indicou a prevalência de aproximadamente 87% de fidelidade entre os instrumentos coletados, indicando uma fidelidade de implementação muito boa.

Apesar de indicadores elevados, um dos resultados mais significativos, foi a falta de dados preenchidos sobre fidelidade. Do questionário um (Q1) apenas 24 de 120 questionários previstos foram preenchidos e do questionário dois (Q2) apenas 22 de 200 previstos foram preenchidos. Com isso, apenas 18 dos 40 professores incluídos no estudo avaliativo do Programa Elos em 2016 tiveram indicadores de fidelidade de implementação registrados, o que ocasionou uma perda significativa de dados e tornou inconclusiva a avaliação da fidelidade de implementação entre a própria amostra. Sendo assim, não foi possível realizar a análise de moderação dos resultados, como realizado no ano de 2014.

O principal motivo para a perda de dados se deu pela falta de registro dos multiplicadores locais, que de acordo com o processo de implementação do Programa Elos, eram os responsáveis por observar e registrar estes dados. Os dados qualitativos do estudo demonstraram que os multiplicadores locais não conseguiram realizar essas atividades por conta de outras demandas do contexto escolar que indisponibilizavam tempo para realização dessas observações e registros de dados acerca da fidelidade de implementação. Esse é um dos desafios da implementação dos programas do Ministério da Saúde, aplicados como políticas públicas em larga escala, em que os multiplicadores passaram a ser membros da própria escola, com foco na viabilidade da implementação em nosso país. Por um lado, essa situação traz vantagens por envolver pessoas do *staff* das escolas, que estão no cotidiano do contexto da implementação e tem uma boa interação com professores e estudantes; por outro, traz desafios relacionados a sobrecarga dos profissionais da educação, que podem prejudicar o andamento e a fidelidade dos programas.

Dentre os dados que foram registrados pelos multiplicadores locais acerca da fidelidade de implementação observou-se que, em algumas ocasiões, ocorreu

de componentes importantes do programa não serem executados como deveriam, destacando aqui alguns aspectos que apareceram nos 23% que não cumpriu a fidelidade. Essas reflexões são aqui descritas para que se possa compreender os desafios da implementação, a fim de revertê-los no reforço das ações formativas e de suporte técnico ao programa.

Dentre esses componentes, destacam-se alguns elementos que são nucleares no Programa Elos como os relacionados às recompensas para as equipes por não quebrarem as regras, por exemplo, reconhecer verbalmente o compromisso com os Acordos Elos, entregando um cartão de Devolutivas Elos; reconhecer o cumprimento dos acordos durante e fora do jogo; reconhecer interações positivas dos educandos, de colaboração e respeito aos outros; e realizar reconhecimento surpresa.

Em algumas implementações foram identificados também aspectos da qualidade de implementação não executados por alguns professores, como por exemplo, explicação da atividade pelo professor com clareza e em pequenos passos; orientação dos educandos sobre a atividade extra para quando terminarem a tarefa principal; limitação da interação verbal e não verbal às devolutivas; e revisão do equilíbrio e desenvolvimento das equipes - todos esses componentes previstos para a fidelidade de implementação do Programa Elos.

Também foram observadas adaptações isoladas na forma do uso das Devolutivas Elos, um cartão de reconhecimento do Programa Elos que foi utilizado em algumas ocasiões como uma estratégia de competição entre os grupos, algo que também não é recomendado para a implementação. Quanto ao uso das Devolutivas Elos, o guia do Educador é categórico: "Não chame a atenção para as equipes que perderam, pois isso pode desmotivá-las a continuar tentando" (Brasil, 2016a, p. 39), sendo que em alguns momentos essa recomendação não foi seguida.

Esses são exemplos onde verifica-se que a fidelidade escapa de ser efetivada em função da postura ou lógica de quem realiza o programa, que o utiliza, por exemplo, como estratégia de controle em sala de aula, ferindo os princípios centrados na colaboração e autonomia dos educandos, mesmo que bastante enfatizados nos processos de formação.

Considerações finais

É importante destacar que os resultados do Programa Elos em sua eficácia, mensurada em 2016 (tema não abordado aqui em função dos objetivos deste capítulo) apontaram para a sua eficácia, com resultados muito semelhante a outras avaliações do programa original GBG nos Estados Unidos e outros países, com a diminuição da agressividade e disruptividade em meninos, que normalmente apresentam níveis iniciais desses comportamentos em graus mais elevados do que as meninas (Schneider et al., 2017). No entanto, aqui neste texto, o foco foi a discussão do processo de implementação do programa e seus desafios, a fim de contribuir com a ciência da prevenção que busca se consolidar em nosso país.

Nesse sentido, a relação entre a adaptação cultural e fidelidade de implementação do Programa Elos é um dos fatores que fomentou o constante processo de aprimoramento do desenho lógico do programa e do formato de implementação da intervenção de 2013 até 2016.

Verifica-se que o desafio de estabelecer o balanço entre a fidelidade aos elementos centrais do programa e as necessidades do contexto cultural, em especial o ambiente educacional brasileiro, marcado por exigências pedagógicas e ideológicas muito fortes, foi enfrentado com qualidade no processo de adaptação cultural, conseguindo um bom balanço desses elementos.

Por outro lado, a implementação do programa como política pública em larga escala enfrentou a complexidade advinda de contextos reais de vida, quando o programa, ainda que bem desenhado e adaptado, encontrou vulnerabilidades advindas da fidelidade à sua realização, em função de variáveis contextuais, para vão para além do simples controle de sua implementação. Em 2014, foi possível verificar a relação direta entre a qualidade de realização e fidelidade da implementação e seus resultados obtidos. Em 2016, houve problemas no preenchimento dos formulários da implementação, mas no cruzamento dos dados qualitativos e quantitativos obtidos foi possível verificar, que como em 2014, houve implementações mais fidedignas e outras pouco fidedignas, sendo que, a fim de contribuir para a qualificação dos processos de implementação de programas de saúde, o texto descreveu com detalhes alguns aspectos que sofreram certas distorções nas implementações efetivadas.

Sendo assim, verificamos que a garantia da fidelidade pode ter sido afetada por razões de ordem mais individual de certos professores, mas a questão mais importante são as razões de ordem contextuais, relacionadas ao sistema educacional brasileiro, como por exemplo, as condições de trabalho dos professores envolvidos, com queixas de falta de tempo e dedicação às atividades e aos formulários do programa, devido à sobrecarga de atividades cotidianas. Essa condição relaciona-se, de maneira geral, como se pode verificar na pesquisa do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (Brasil, 2014), como a sobrecarga de trabalho dessa categoria: preparação de aulas, correções, reuniões, sem que necessariamente estejam previstas na carga horária docente. Além disso, esta pesquisa apontou que entre os 24 países pesquisados, o Brasil é aquele em que os professores passam mais tempo em sala de aula tentando manter a ordem e a disciplina, além de ser o país que tem a maior média de tempo na exigência de tarefas administrativas, como registro de frequência, distribuição de informativos e outros formulários da escola.

Outra questão que também pode ter interferido na perda da fidelidade parece ter sido condicionada pelos saberes prévios dos envolvidos, na medida em que outras pesquisas aparece o dado de que os professores não utilizam somente o conhecimento científico em sua atuação em sala de aula, mas também, saberes advindos do senso comum ou de experiências de sua prática empírica (Zibetti & Souza, 2007). Esse aspecto parece ter estado presente para alguns professores que foram resistentes ao modelo lógico do Programa Elos, pois, demonstraram em seus depoimentos e observações das formadoras nacionais, que não estavam abertos a mudanças em suas práticas pedagógicas. Em depoimentos colhidos aparece a forma como concepções sobre educação, manejo de classe e comportamento infantil anteriores interferem na forma como alguns professores se engajam no programa, por exemplo, na organização das equipes, ou no uso do jogo mais para controle do comportamento do que para inclusão da diferença.

Da mesma forma, é importante refletir sobre o processo de formação oferecido justamente pelas formadoras nacionais. No processo de avaliação de 2016, os professores questionaram, de forma geral, sua eficácia, por não se sentirem habilitados a iniciar a implementação, assim como, questionaram a habilitação dos multiplicadores locais em seu suporte técnico, sobretudo, nas primeiras

vezes em que o Programa foi implementado. Ainda que o processo de formação dos professores e multiplicadores do Elos seja uma preocupação constante do Ministério da Saúde e a equipe de coordenação tenha realizado muitas mudanças para sua melhoria, ela ainda se coloca como um desafio a ser enfrentado.

São essas complexidades que se destacam para a implementação de um programa preventivo em larga escala, como política pública, fazendo com que os implementadores tenham que buscar soluções práticas entre o dilema da fidelidade *versus* adaptação cultural e tenham que estar atentos ao conjunto de variáveis que influenciam a implementação e interferem nos resultados alcançados.

Lições aprendidas

- Estabelecer o balanço entre a fidelidade aos elementos centrais do programa e as necessidades de adaptação ao contexto cultural educacional é crucial e se relaciona com as exigências pedagógicas, teóricas e estruturais do ambiente escolar e com a realidade sociocultural do país.
- A fidelidade é um aspecto complexo, multideterminado, mas é fundamental ser acompanhado e avaliado por quem implementa e avalia o programa preventivo, pois nele está parte da garantia de melhores resultados almejados pelas atividades desenvolvidas. Nesse sentido, em implementações em larga escala, como política pública, esse aspecto se coloca como um dos grandes desafios.
- O processo de formação dos implementadores, multiplicadores e demais envolvidos durante a implantação de um programa adaptado culturalmente deve ser cuidadoso e uma constante ao longo de todo o processo.
- O desenho da avaliação deve ser culturalmente sensível e planejado de modo que leve em consideração as especificidades e possibilidades do contexto sociocultural da implementação.

Referências

Abry, T., Hulleman, C. S., & Rimm-Kaufman, S. E. (2015). Using indices of fidelity to intervention core components to identify program active ingredients. *American*

Journal of Evaluation, 36(3), 320–338. doi: 10.1177/1098214014557009

Basch, C. E., Sliepcevich, E. M., Gold, R. S., Duncan, D. F. & Kolbe, L. J. (1985). Avoiding Type III Errors in Health Education Program Evaluations: A Case Study. *Health Education Quarterly, 12*(4), 315–331. doi: 10.1177/109019818501200311

Barrera, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(4), 311-316. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x

Barrera, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural Adaptations of Behavioral Health Interventions: A Progress Report. *Journal of Consulting, 81*(2), 196–205. doi: 10.1037/a0027085

Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good Behavior Game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *2*(2), 119-124. doi: 10.1901/jaba.1969.2-119

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(4), 361-368. doi: 10.1037/a0016401

Burke, R. V., Oats, R. G., Ringle, J. L., Fichtner, L. O., & Del Gaudio, M. B. (2011). Implementation of a classroom management program with urban elementary schools in low-income neighborhoods: Does program fidelity affect student behavior and academic outcomes? *Journal of Education for Students Placed at Risk, 16*(3), 201–218. doi: 10.1080/10824669.2011.585944

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. INEP. (2014). *TALIS - Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem*. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado de: http://download.inep.gov.br/acoes_internacionais/pesquisa_talis/2013/talis2013_relatorio_brasil.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2016a). *Programa Elos: construindo coletivos: guia do(a) educador.* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2016b). *Programa Elos: construindo coletivos: guia do componente escolar*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2016c). *Guia do Componente Familiar do Programa Elos Construindo Coletivos*. Brasília: Ministério da Saúde.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, *40*(2). doi: 10.1186/1748-5908-2-40

Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science, 5*(1), 41-45. doi: 10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd

Castro, F. G., Barrera Jr, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 213-239. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032

D'Tolis, P. O. A. O. (2018). *Avaliação da adaptação cultural do Programa Elos - Construindo Coletivos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://pergamum.ufsc.br/pergamum/biblioteca/index.php

Dane, A., & Schneider, B. H. (1998). Integrity in primary prevention programs: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, *18*, 23–45. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00043-3

DePue, J. D., Rosen, R. K., Batts- Turner, M., Bereolos, N., House, M., Held, R. F., Nu'usolia, O., Tuitele, J., Goldstein, M. G., & McGarvey, S. T. (2010). Cultural Translations of Interventions: Diabetes Care in American Samoa. *American Journal of Public Health, 100*(1), 2085-2093. doi: 10.2105/AJPH.2009.170134

Flower, A., McKenna, J., Muething, C. S., Bryant, D. P., & Bryant, B. R. (2014). Effects of the good behavior game on classwide off-task behavior in a high school basic algebra resource classroom. *Behavior Modification*, *38*(1), 45-68. doi: 10.1177/0145445513507574

Garcia, D. (2018). *Avaliação da fidelidade de implementação de um programa preventivo em saúde mental infantil baseado na escola*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://pergamum.ufsc.br/pergamum/biblioteca/index.php

Haataja, A., Voeten, M., Boulton, A. J., Ahtola, A., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2014). The KiVa antibullying curriculum and outcome: Does fidelity matter? *Journal of School Psychology*, *52*(5), 479–493. doi: 10.1016/j.jsp.2014.07.001

Hansen, W. B. (2014). Measuring Fidelity. In: Z. Sloboda, & H. Petras (Orgs.). *Defining*

Prevention Science, Advances in Prevention Science (pp. 335-359). Nova York: Springer Science and Business Media.

Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., & Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 95*(1), S5-S28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004

Kellam, S. G., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*(1), 73-84. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/

Kemp, L. (2016). Adaptation and fidelity: a recipe analogy for achieving both in population scale implementation. *Prevention Science*, *17*(4), 429-438. doi:10.1007/s11121-016-0642-7

Klimes-Dougan, B., August, G. J., Steven Lee, C. Y., Realmuto, G. M., Bloomquist, M. L., Horowitz, J. L., & Eisenberg, T. L. (2009). Practitioner and site characteristics that relate to fidelity of implementation: The early risers prevention program in a going-to-scale intervention trial. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(5), 467–475. doi: 10.1037/a0014623

Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & The Health Professions*, *31*(2), 226-239. doi: 10.1177/0163278708315926

Leflot G., van Lier P. A. C., Onghena P., & Colpin H. (2013). The role of children's on-task behavior in the prevention of aggressive behavior development and peer rejection: A randomized controlled study of the Good Behavior Game in Belgian elementary classrooms. *Journal of School Psychology*, *51*, 187–199. doi: 10.1016/j.jsp.2012.12.006

Linnan, L., & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: An overview. In: A. Steckler, & L. Linnan. *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco: Jossey-Bass.

Lorenzo, F., & Schneider, D. R. (2017). *Programa Elos - Construindo Coletivos: Bases para sua aplicação*. In: SENAD. Aberta: Portal de formação à distância em álcool e outras drogas. Disponível em www.aberta.senad.gov.br.

Lorenzo, F. M., Aveiro, A. G., Vieira, A. G., Ferreira, D. C., Araújo, L. A. S., Tibúrcio, R. R. R., & Gehm, T. P. (2018). Do Good Behavior Game ao Programa Elos: a adaptação transcultural de um programa de prevenção infantil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção ao uso de droga: implantação e avaliação de programas no Brasil* (pp. 151-179). Ministério da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde.

Mckleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummins, B., Jones, P. Harshbarger, C., Collins, C., Gelaude, D., Carey, J. W., & Adapt Team. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. A*IDS Education and Prevention*, *18*, 59-73. doi: 10.1521/aeap.2006.18.supp.59

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. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 230-248). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Poduska, J. M., & Kurki, A. (2014). Guided by theory, informed by practice: Training and support for the good behavior game, a classroom-based behavior management strategy. *Journal of emotional and behavioral disorders, 22*(2), 83-94. doi: 10.1177/1063426614522692

Reinke, W. M., Herman, K. C., Stormont, M., Newcomer, L., & David, K. (2013). Illustrating the multiple facets and levels of fidelity of implementation to a teacher classroom management intervention. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *40*(6), 494–506. doi: 10.1007/s10488-013-0496-2

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 271-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

Sandoval, L. A. N., Corrêa, A. O. & Abreu, S. (2015). Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. 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. 249-262). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Schneider, D. R., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Strelow, M., Chan, G., Kurki, A., & Sanchez, Z. M. (2016a). Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *36*(3), 508-519. doi: 10.1590/1982-3703000592016.

Schneider, D. R., Kaszubowski, E., Langaro, F., Cruz, R. M., Strelow, M., Ávila, M., & Sanchez, Z. M. (2016b). *Relatório final da avaliação da implementação do Programa Preventivo Jogo Elos em escolas brasileiras em 2014*. Florianópolis/São Paulo: UFSC/UNIFESP.

Schneider, D. R., Kaszubowski, E., Koyama, M., Langaro, F., Garcia, D., D'Tôlis, P. O., & Sanchez, Z. (2017). *Relatório do Estudo de Eficácia do Programa Elos: Implementação em escolas brasileiras em 2016*. Florianópolis: UFSC.

Schneider, D. R., Kaszubowski, E., Garcia, D., Scaff, L. A., Cruz, R. M., & Sanchez, Z. M. (2020). Psychometric Properties of a Brazilian Adaptation of the Teacher Observation of Classroom Adaptation-Revised Scale for Children's Behavior. *Acta Colombiana de Psicología, 23*(1): 320-332. doi: 10.14718/ACP.2020.23.1.15

Strelow, M. (2016). *Avaliação da implementação de programa preventivo em saúde mental através da aceitabilidade de crianças participantes* (Dissertação de Mestrado). Disponível em http://tede.ufsc.br/teses/PPSI0715-D.pdf

Souza, J. (2009). *Ralé brasileira: quem é e como vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG. Disponível em http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1143.pdf

Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT MODEL: A novel Method of Adapting Evidence-Based HIV Interventions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 47*(1), 40-46. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181605df1

Zibetti, M.L.T., & Souza, M.P.R (2007). Apropriação e mobilização de saberes na prática pedagógica: contribuição para a formação de professores. *Educação e Pesquisa*, *33*(2), 247-262. doi: 10.1590/S1517-97022007000200005

CAPÍTULO 10

MONITORAMENTO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO DE PREVENÇÃO ESCOLAR AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (2014 A 2016)

Raquel Turci Pedroso
Edgar Merchan Hamann

Resumo

O monitoramento de ações de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas deve atender à complexidade dos sistemas nos quais ocorrem as interações entre os fatores de risco e de proteção, que favorecem ou minimizam as vulnerabilidades sociais. Essa pesquisa caracteriza-se como um estudo observacional do tipo longitudinal, descritivo e retrospectivo, do monitoramento do programa #Tamojunto nos anos de 2014 a 2016. Foram analisados 433 Formulários – Web FORMSUS (Ministério da Saúde) preenchidos pelos professores dos estados de São Paulo, Santa Catarina e Paraná, para estudo da capacidade do instrumento de responder aos objetivos de monitoramento de processo e para análise de resultados da implantação. Foi utilizada a análise estatística descritiva para comparação dos dados entre anos através do software *Oracle Crystal Ball Enterprise Performance Management* Versão 11.1.2.4.600 (64 bits). Conclui-se que o método de análise de dados desenvolvido no estudo demonstrou potencial analítico para contribuir com necessidades de ajustes verificadas nos Formulários - FORMSUS. Verificou-se a probabilidade de que aspectos do fluxo de implantação e de adequação do programa em relação ao tempo de planejamento; tempo de realização das aulas; formação do professor para manejar uma metodologia interativa; apoio das gestões de saúde e educação; integração ao currículo escolar; e padrões de relações interpessoais entre educandos e entre esses e o professor, podem estar afetando os efeitos potenciais do programa.

Palavras chave: promoção da saúde, prevenção primária, avaliação de processos.

Introdução

As ações para prevenção e promoção da saúde, que buscam mudanças políticas, sociais e culturais, não são facilmente estandardizáveis pois são parte de um sistema complexo, em transformação. O monitoramento e avaliação precisam identificar qual é a natureza da ação, seu alcance, as mudanças pretendidas, os indicadores de mudança, os elementos essenciais da intervenção indutores dessas mudanças e em que contextos favoráveis (Salazar, 2009).

A prevenção ao uso problemático de drogas não deve ser focada em mudanças individuais, mas ser tratada como um sistema, preferencialmente uma política pública intersetorial, atuando nas vulnerabilidades sociais que reproduzem desigualdades (Buchele, Coelho, & Lindner, 2009; Buss & Pellegrini-Filho, 2007). O modelo de prevenção proposto por Weisz, Sandler, Durlak, & Anton (2005), que inclui os determinantes sociais e as variabilidades das interações entre fatores de risco e proteção, propõe a promoção da saúde como horizonte da prevenção.

A prevenção de referenciais ecológicos, deve ir além de explicações de causalidades típicas da produção de conhecimento baseada em modelos lineares. A complexidade e sua influência na avaliação e monitoramento de intervenções em saúde indica que cada problema, em cada contexto, requer uma resposta social específica aos determinantes sociais de saúde (Salazar, 2009; Shiell, Hawe, & Gold, 2008).

Os contextos de vulnerabilidades requerem atenção no Brasil, onde atualmente de cada 100 pessoas assassinadas, 71 são negras. Os negros possuem chances 23,5% maiores de serem assassinados em relação a brasileiros de outras raças e onde, enquanto a mortalidade de não-negras (brancas, amarelas e indígenas) caiu 7,4% entre 2005 e 2015, entre as mulheres negras o índice subiu 22% (Cerqueira et al., 2017).

Ainda que o desenvolvimento de estratégias de prevenção com base em evidências esteja sendo propagado (Becoña-Iglesias, 2002; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2014; World Health Organization [WHO], 2007), para que a "boa técnica" se torne uma boa prática se faz necessário compreender os significados sociais e culturais de comportamentos individuais e coletivos que

podem interferir na sustentabilidade das ações e da política (Campos, Onoko-Campos, & Del Barrio, 2013).

Pensar uma prevenção que promove a saúde é não a reduzir a modelos lógicos desprovidos de atores e contextos sociais e históricos. Deve-se cuidar do estabelecimento de generalizações causais estabelecidas a partir de um ponto de evolução de uma intervenção, que pode levar à criação de categorias que tornam homogêneos contextos que são diversos e precisam ser considerados em suas diferenças. A natureza da intervenção no mundo real é a consideração dessas diferenças (Potvin, 2006).

Salazar (2009) propõe que a avaliação da efetividade de intervenções complexas deve se constituir em um processo sistemático, de sucessivas aproximações. A avaliação deve ir além do levantamento de resultados e impactos, chegando às hipóteses dedutivas da interpretação do processo. O monitoramento, além de redirecionar, se torna o insumo mais importante para entender e explicar um determinado efeito e seus mecanismos.

Deve-se considerar melhor investir recursos na implementação com avaliação do que em um número maior de ações sem avaliação (Melo, Rodrigues, & Conceição, 2015). Tófoli (2013) destaca ainda uma importante tendência no Brasil, em especial nas políticas sobre drogas, de que a "política baseada em evidências" se confunde com "evidências baseadas em políticas". Há a necessidade da institucionalização da avaliação de políticas públicas e intervenções em álcool e outras drogas que impactem nas tomadas de decisão (Ronzani & Costa, 2015).

As respostas a problemas sociais necessitam que os indivíduos, comunidades e serviços tenham acesso às informações adequadas e habilidades para tal, porém os contextos políticos fazem com que se passe muito rapidamente por essa fase exploratória que amplia a prontidão dos territórios (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011; Falicov, 2009).

O campo de formulações de políticas, definido por diversos autores a partir do modelo do *policy cycle*, consiste em cinco estágios: *agenda-setting*, formulação da política, tomada de decisão (*decision making*), implementação e avaliação (Hill, 2013; Howlett & Ramesh, 1995).

Melo et al. (2015) apresentam tipologias de avaliação para cada estágio do *policy cycle*, que devem responder à eficiência, eficácia e efetividade da

política pública. Na eficiência leva-se em conta a racionalidade das ações e seus custos-benefícios; na eficácia os impactos no problema em determinado grupo em comparação com outras possibilidades ou comparado a nenhuma ação; e na efetividade deve-se responder à viabilidade em contextos reais e sua sustentabilidade no tempo (Ronzani & Costa, 2015; Roquayrol & Almeida-Filho, 2003).

A sustentabilidade é definida pela continuidade das ações pelos serviços e, por isso, é também apresentada como um resultado de efetividade (Damschroder et al., 2009). Há uma escassez de estudos, em especial no campo de prevenção ao uso de drogas, sobre fatores de adaptação aos contextos que podem ou não favorecer a sustentabilidade das ações (Reese & Vera, 2007).

Na replicação em novos contextos ou difusão em larga escala, os programas testados são raramente implementados como originalmente manualizados: as adaptações pelos profissionais implementadores são mais regra do que exceção (Ozer, Wanis, & Bazell, 2010). No caso de programas escolares de prevenção, os professores modificam os currículos, não realizam ou substituem algumas atividades, mudam a metodologia indicada. Essas adaptações podem ser relacionadas com as dificuldades de manejo de tempo, indisciplina na sala de aula, fatores externos como greves, adoecimento e sobrecarga dos profissionais, ou com as suas crenças e normas em desacordo com o paradigma do próprio programa (Durlak & Dupre, 2008; Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015).

No Brasil, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) investiu entre os anos de 2013 a 2016 na adaptação, implantação e avaliação de programas de prevenção do uso de drogas. Fez parte desse processo o programa *Unplugged,* que no Brasil passou a se chamar, a partir de 2014, de #Tamojunto (Brasil, 2018; Medeiros, Cruz, Schneider, Sanudo, & Sanchez, 2016; Pedroso et al., 2015; Pedroso & Hamann, 2019; Sanchez et al., 2016).

O programa de prevenção escolar *Unplugged* foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores europeus - Eu-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial), vinculados a Universidades de 7 países distintos (European Drug Addition Prevention Trial, 2013; Faggiano et al., 2010). O programa no Brasil é organizado em 12 aulas conduzidas por professores em escolas do Ensino Público Fundamental. Cada aula tem duração prevista de 60 minutos. Há também

três Oficinas para Pais e Responsáveis a serem realizadas por profissionais de saúde da Atenção Básica e da educação. O programa foi implantado junto a educandos de 11 a 14 anos em 2013, e 13 e 14 anos a partir de 2014. Sua linha teórica baseia-se no modelo *Comprehensive Social Influence Model*, que se define pelo seguinte tripé: (1) promoção de habilidades de vida; (2) informações sobre drogas; e (3) pensamento crítico frente às crenças normativas (Pedroso et al., 2015; Pedroso & Hamann, 2019; Vadrucci et al., 2016).

Em 2014, em uma primeira versão adaptada ao território nacional, o programa foi implementado pelo Ministério da Saúde em nove municípios: Cruzeiro do Sul/AC, Rio Branco/AC, Rodrigues Alves/AC, Fortaleza/CE, Distrito Federal, João Pessoa/PB, Curitiba/PR, Florianópolis/SC, Tubarão/SC, São Paulo/SP, Taboão da Serra/SP. Em 2015, o programa foi implementado nos mesmos municípios nas regiões Sul e Sudeste, enquanto no Nordeste houve a entrada de nove novos municípios do Ceará: Aracati/CE, Barbalha/CE Camocim/CE, Caucaia/CE, Crateús/CE, Iguatu/CE, Quixeramobim/CE, Sobral/CE e Tianguá/CE. Em 2016, o programa foi implementado nos municípios Cruzeiro do Sul/AC, Rio Branco/AC, João Pessoa/PB, Curitiba/PR, Florianópolis/SC, Tubarão/SC, São Bernardo do Campo/SP, São Paulo/SP e Taboão da Serra/SP. Desde 2015 o Ministério da Justiça passa a implementar o programa em outros municípios do país (Brasil, 2017, 2018; Ministério da Saúde, 2015).

Para o monitoramento das ações do #Tamojunto, foram desenvolvidos, pela equipe de gestão do projeto, instrumentos com o objetivo de mapeamento da fidelidade e qualidade na implementação, identificação das potencialidades e lacunas no material didático e melhorias na capacitação dos profissionais implementadores.

Em 2013, foi realizado o piloto de implantação do programa, com um instrumento de monitoramento denominado "Diário Cartográfico", com o objetivo de descrever a implantação visando a adequação à realidade brasileira (Pedroso et al., 2015; Pedroso & Hamann, 2019). A partir do ano de 2014, foi criado um Formulário - WEB, integrado à plataforma FORMSUS (Ministério da Saúde), para levantamento sistemático das percepções e avaliações das experiências, boas práticas e desafios. Entre 2014 e 2017 os questionários foram aprimorados anualmente quanto à sua forma, conteúdo e fluxo de preenchimento (Brasil, 2017; Ministério da Saúde, 2015).

O presente estudo tem dois objetivos: (1) avaliar o instrumento em relação à sua capacidade de responder aos objetivos de monitoramento de processo; e (2) avaliar os resultados do monitoramento a partir do "Formulário de monitoramento – Professor" – FORMSUS (2014 a 2016).

O instrumento de monitoramento de processo do programa #Tamojunto (*Unplugged*)

Essa pesquisa caracteriza-se como um estudo observacional do tipo longitudinal, descritivo e retrospectivo, do monitoramento do programa #Tamojunto nos anos de 2014 a 2016. Foi utilizada a análise estatística descritiva para comparação dos dados entre anos.

Os dados foram extraídos do "Formulário de monitoramento – Professor" - FORMSUS (2014 a 2016). Os questionários foram preenchidos presencialmente pelos professores, em frequência variável ao longo dos anos, pois o preenchimento estava relacionado com a visita do multiplicador à escola. Os multiplicadores tinham a função de realizar a supervisão do professor na perspectiva da educação continuada, e a frequência de visitas variaram no ano e entre os anos por instrução de fluxo de implementação e por especificidades locais. Os multiplicadores também eram responsáveis pela digitação dos dados do formulário na plataforma (Pedroso et al., 2015).

Há uma limitação no cálculo dos *missings* de questionários, sendo que estes podem ter variado por ausência do multiplicador como referência, não acompanhamento sistemático e presencial à escola, não entrega do formulário ao multiplicador ou não digitação de dados, entre outros. A amostra foi composta por todos os formulários preenchidos pelos professores durante os anos de 2014 a 2016, dos estados brasileiros que estiveram presentes nos três anos de implantação: São Paulo, Santa Catarina e Paraná. Trata-se, portanto, da análise documental de material institucional, que não foi criado e nem coletado pelos pesquisadores. A Tabela 1 descreve a amostra de formulários:

Tabela 1: *Síntese do número de escolas, professores e formulários "FORMSUS" preenchidos por ano, por estado.*

Estado	Ano	Nº de Escolas	Nº Professores	Nº Formulários preenchidos
São Paulo	2014	51	125	123
	2015	81	185	61
	2016	107	162	118
Santa Catarina	2014	16	37	28
	2015	20	40	20
	2016	16	34	04
Paraná	2014	12	22	25
	2015	11	28	31
	2016	11	22	23

Fonte: Pedroso, 2017.

O primeiro objetivo deste estudo é analisar o próprio instrumento de monitoramento, a fim de responder sobre aspectos estruturais e de conteúdo que podem torná-lo uma ferramenta adequada às suas finalidades.

Berkel, Mauricio, & Schoenfelder (2011) propõem um modelo teórico da relação entre as dimensões da implantação e os resultados dos programas, assumindo que ainda que um programa tenha resultados efetivos em um contexto controlado, sempre haverá especificidades da implantação em contextos reais que influenciará na manutenção dos mesmos resultados, ou novos ou até a retração de resultados esperados.

O modelo (Berkel et al., 2011) foca em quatro dimensões da implantação: "fidelidade", "qualidade", "adaptabilidade" e "responsividade". Por essas compreende-se: (1) fidelidade é a medida da adesão ao currículo proposto no programa; (2) a qualidade se refere à habilidade com que os facilitadores realizam as atividades desde seu planejamento, e como interagem com os participantes; (3) a adaptabilidade como sendo as alterações feitas no programa para atender às especificidades locais; e (4) a responsividade como o nível de satisfação e participação (Berkel et al., 2011; Durlak & Dupre, 2008).

Diante da variação dos dados do "Formulário de monitoramento – Professor" no mesmo ano e entre os anos, incluindo as diferentes escalas disponíveis para as respostas, foi adotada a análise multivariada para aferição do

efeito de dados agrupados como seções (fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade) (Pereira, 1999).

Foram realizados os seguintes procedimentos iniciais para análise: (1) classificação das perguntas dos formulários, em todos os anos, por seções; (2) definição de um intervalo de ponderação das respostas (escore), que variou de .0 a 1.0 pontos; (3) resolução de gabarito de cada resposta a partir dos referenciais teóricos das seções (Berkel et al., 2011); (4) atribuição de pontuações para as respostas; e (5) cálculo das médias das seções por pergunta, por ano, por estado e agrupados.

Para a avaliação dos dados levantados foi utilizado o software *Oracle Crystal Ball Enterprise Performance Management* Versão 11.1.2.4.600 (64 bits).

Foram adequados os dados de cada seção para uma curva de distribuição contínua. Em nenhuma das tentativas de adequações foi encontrado um grau satisfatório, seja pelo critério de *Anderson-Darling, Kolmogorov-Smirnof ou Qui-quadrado* e, portanto, considerando a grande quantidade de pontos, optou-se por trabalhar com uma adequação à curva "Normal", com exceção dos dados de responsividade do ano de 2014 que se utilizou uma curva "Binomial" devido às respostas variarem apenas em dois pontos (.0 e 1.0). Foi assumido na análise que as médias iguais ou maiores que .7 são considerados bons níveis. O histograma foi o gráfico eleito para visualização e cálculo de probabilidades (Pedroso, 2017).

Utilizando o *software Crystal Ball* foram executados os seguintes passos: (1) adequação de uma curva normal aos dados disponíveis gerando um histograma de todos os possíveis valores para o intervalo de .0 a 1.0; (2) em cada histograma gerado foi identificada a média e a probabilidade dos valores avaliados ficarem iguais acima de .7; (3) e por último foi gerado um gráfico de Tendência da Evolução das seções avaliadas para verificar a variação nos anos.

A decisão metodológica pela organização dos dados em seções visou propor uma forma de aprimoramento do sistema de monitoramento e, ao mesmo tempo, testar o potencial de gerar informações desse método. Dentre as limitações dessa pesquisa, está o fato de que esses formulários não foram validados. A literatura sugere que a validação de constructo aumenta o poder de comparabilidade e, potencialmente, de adesão à ferramenta (Bowling, 1997). A Figura 1 apresenta um quadro descritivo das características das seções dos formulários "Formulário de monitoramento – Professor" (2014 a 2016).

Figura 1: *Síntese descritiva dos formulários de monitoramento dos professores #Tamojunto (2014 a 2016).*

Seção Fidelidade	2014	2015	2016
"N" de perguntas	1	3	3
Conteúdo	Manejo da sala de aula pelo professor.	Procedimentos de seguimento dos materiais pedagógicos (Guia)	Procedimentos de seguimento dos materiais pedagógicos (Guia)
Escalas	Alternativas múltiplas.	Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)	Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)
Seção Qualidade	**2014**	**2015**	**2016**
"N" de perguntas	9	20	6
Conteúdo	Apoio da gestão escolar; Aquisição de novas habilidades; Interação com demais implementadores; Ação interesetorial entre saúde e educação; e Satisfação	Apoio da gestão escolar; Aquisição de novas habilidades; Interação com demais implementadores; Satisfação; Reprodução de habilidades desejadas de planejamento e condução em sala de aula; e Influência da função do multiplicador	Apoio da gestão escolar; Aquisição de novas habilidades; e Reprodução de habilidades desejadas de planejamento e condução em sala de aula
Escalas	Multipla escolha; Afirmativa/negativa (Sim, Não, Não se aplica); Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca); e Escala de Conforto (Muito confortável, Confortável, Pouco Confortável, e Desconfortável)	Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)	Alternativas múltiplas; Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)
Seção Adaptabilidade	**2014**	**2015**	**2016**
"N" de perguntas	5	17	6
Conteúdo	Tempo de planejamento; Arranjos curriculares; Melhorias no material e método; Relevância da função do multiplicador	Tempo de planejamento; Arranjos curriculares; Melhorias no material e método; e Tempo das aulas;	Tempo de planejamento; Arranjos curriculares; Melhorias no material e método; e Mapeamento de adpatações realizadas
Escalas	Alternativas múltiplas; Afirmativa/negativa (Sim, Não, Não se aplica); e Escala de Relevância (Muito relevante, Relevantel, Pouco Relevante, e Indiferente)	Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)	Alternativas múltiplas; Escala de Grupo (Em todas as turmas; Em mais da metade das turmas; Em metade das turmas; Em menos da metade das turmas; e Em nenhuma turma)
Seção Responsividade	**2014**	**2015**	**2016**
"N" de perguntas	2	13	1
Conteúdo	Interação com o professor e demais alunos.	Interação com o professor e demais alunos; e Adesão às atividades do programa.	Interação com o professor e demais alunos; e Adesão às atividades do programa.
Escalas	Afirmativa/negativa (Sim, Não, Não se aplica)	Escala de Frequência (Sempre, Frequentemente, Raramente e Nunca)	Alternativas múltiplas

Fonte: Pedroso, 2017.

Os dados demonstram uma variação do número de perguntas na relação seção/ano, com um aumento de perguntas no ano de 2014 para 2015 (de 17 para 53) e um decréscimo no ano de 2016 (16). Há uma tendência de priorização para a seção "qualidade" em contraposição à seção "responsividade". A seção "fidelidade" teve menor variação no número de perguntas ao longo dos anos.

Embora o conteúdo das perguntas tenha se mantido em boa parte das seções ao longo dos anos, a forma de perguntar e as escalas de respostas se modificaram. O ano de 2015 priorizou somente um tipo de escala: a de Frequência, que variava em "Sempre", "Frequentemente", "Raramente" e "Nunca". Já no ano de 2016, houve sobreposições de variáveis em uma mesma resposta como, por exemplo, a exploração de diferentes aspectos dos educandos como cumprimento de combinados, respeito entre si, demonstração de interesse por atividade entre outros. Abaixo isso será melhor descrito para compreensão dos resultados e suas limitações.

O monitoramento de processo se dá pelo desenvolvimento de mapas de implementação, que inclui mensagens enviadas, aulas realizadas, habilidades adquiridas, num modelo capaz de revelar, por exemplo, a diluição de efeitos potenciais se um número suficiente de participantes não passar por pontos necessários (Bowling, 1997). Avaliar tais intervenções requer modelagem causal e o desafio está, justamente, nos efeitos não esperados de combinações de variáveis de pessoa-tempo-contexto. Quanto mais elas estiverem sobrepostas em perguntas, como no caso de 2016, menores são as chances de compreensão das interações que levam a resultados potenciais ou de diluição.

Um dos focos do monitoramento ao longo dos três anos foi o levantamento de habilidades e atitudes de professores e de educandos. No caso dos professores, por exemplo, elogiar atitudes positivas dos educandos foi um comportamento monitorado em todas as três versões do formulário. As intervenções devem ser vistas como formas de criar novos papéis, como no caso da transformação na interação professor-aluno quando ele incorpora o elogio em sua prática, ao que os autores Tseng & Seidman (2007) denominam de mudança no nível de configuração.

No campo do uso de drogas é possível assumir que o contexto da implantação é que vai ser capaz de garantir, ou não, resultados de prevenção (Albertani & Sodelli, 2014). Há, porém, nos formulários, em todos os anos, um foco na investigação de características do programa em si.

Salazar (2009) aponta que a identificação das interações entre as redes de serviços do território, as redes de relações entre os atores do sistema, e os níveis de tomada de decisão a partir de processos participativos de reconhecimento das necessidades comunitárias são relevantes nas intervenções complexas. Dentre esses aspectos, não é possível pelos formulários identificar: (1) níveis de

prontidão institucional para interação com a rede de serviços; (2) modos de trocas participativas para gestão da implantação; (3) recursos utilizados pelo professor no manejo da disciplina em sala de aula e; (4) perspectivas do fortalecimento de vínculos comunitários.

Sobre a variação das pontuações por pergunta ao longo dos anos, na seção "fidelidade" não houve uma tendência indicada de maior ou menor fragilidade na implantação nos anos. Já na seção "qualidade" as perguntas que menor pontuaram se referiam ao baixo apoio da gestão escolar na implantação do programa e baixa parceria com o setor saúde.

A "adaptabilidade" foi trabalhada na perspectiva de que, quanto mais adaptado, menores as necessidades de adequação e, portanto, maior a pontuação. Dentre a variação aquelas que menos pontuaram nos anos se referiam ao tempo de duração das aulas, indicando uma tendência de necessidade de mais de uma/hora aula para realização; tempo na rotina para planejamento das aulas; e a realização de uma aula por semana indicando prováveis prejuízos no currículo escolar. A seção "responsividade" foi a menos explorada ao longo dos anos e aquela que menor pontuou nessa seção nos anos se referia ao aumento do respeito entre os educandos.

Os formulários do programa #Tamojunto analisados retratam aspectos procedimentais e de gestão, mas tem baixo potencial explicativo. A falta de variáveis de investigação da determinação social, com potencial de gerar hipóteses, restringe o aprimoramento da intervenção. Pela análise dos dados é possível verificar se o professor realizou ou não determinados procedimentos e com que frequência, mas não é possível levantar hipóteses dos facilitadores e dificultadores.

Diante das outras variáveis dos formulários e dos resultados de pesquisas da fase piloto de implantação no ano de 2013 (Medeiros et al., 2016; Pedroso et al., 2015), sugere-se que sejam explorados determinantes do contexto tais como: a influência dos mobiliários e espaço físico; a disciplina em sala de aula; normas institucionais explícitas e implícitas; percepção do professor em relação à importância dos procedimentos, entre outros.

Considerando as etapas de lições aprendidas em gestão de projetos, que inclui coleta – análise – implantação (Gouveia, Montalvão, & Brito, 2010), é importante destacar que em um ciclo de 12 aulas, de um programa que está inserido num contexto das políticas públicas, é um desafio garantir que as

informações geradas pelo informante sejam devolvidas enquanto resultados e propostas no mesmo ciclo. Ainda assim, indica-se um levantamento de dados no meio do ciclo e ao final, para que se possa ampliar o poder de análise temporal.

Além da perspectiva analítico-descritiva dos instrumentos, esse estudo organizou um método de análise dos dados, considerando as características instrumentais adotadas pela gestão da implantação do programa #Tamojunto: questionário de auto-preenchimento com aferição em escalas.

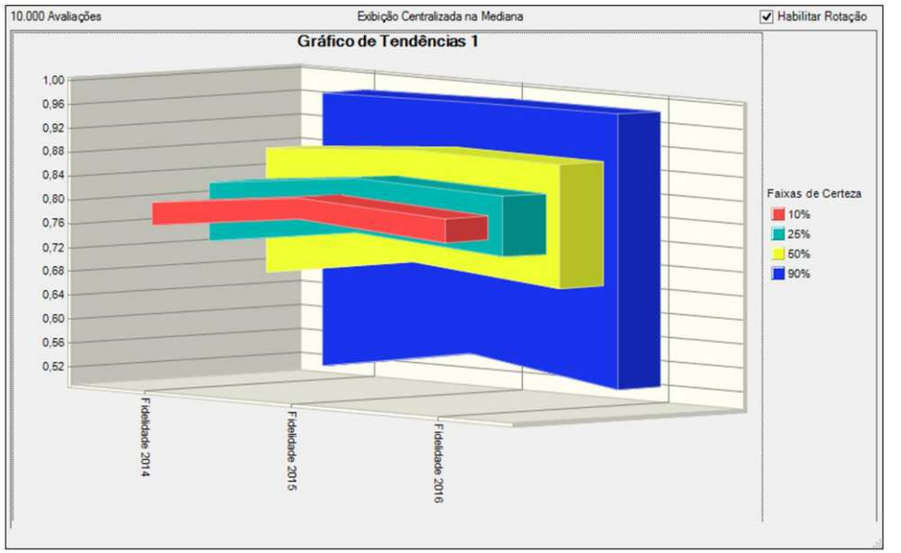
Dentre a variação de mínimo e máximo de 0 a 1.0 ponto para as respostas, para cada variável foi definido como seriam as pontuações. Pela forma como as variáveis eram exploradas, nem sempre uma resposta pontuava da mesma maneira: o "Sim" poderia significar 0 ou 1.0 pontos a depender da pergunta. Para as perguntas que tinham quatro escalas de respostas como, "Sempre"; "Frequentemente"; "Raramente"; e "Nunca" dividiu-se o valor atribuindo 1.0; .66; .33; e 0 respectivamente. Para as perguntas com escala binária, atribuiu-se 1.0 e 0, respectivamente.

Nas questões que apresentavam múltiplas escolhas, podendo o respondente escolher mais de uma opção, foram criados escores que considerassem todas as possibilidades combinatórias, quais elas: (1) maior pontuação para a escolha da resposta adequada sobre os procedimentos, quando não associada a outras alternativas; (2) seguida das pontuações em que a resposta mais adequada estava associada a uma ou mais outras alternativas, diminuindo a pontuação para quanto mais alternativas fossem escolhidas ao mesmo tempo; (3) e um terceiro grupo em que a resposta mais adequada não foi escolhida, diminuindo a pontuação para quanto mais alternativas fossem marcadas ao mesmo tempo.

Analisadas as seções como variáveis independentes, os histogramas e gráficos de tendências revelam os seguintes resultados, considerando o corte de pontuação de .7 para cálculo de probabilidades em todos os anos:

A) Fidelidade: tendência de aumento da fidelidade entre os anos de 2014 e 2015, com uma indicação de estabilização no ano de 2016. Os histogramas demonstraram que a probabilidade de implantação com fidelidade variou de 70.4% no ano de 2014, para 77.7% em 2015 e 73.9% em 2016. Ver Figura 2.

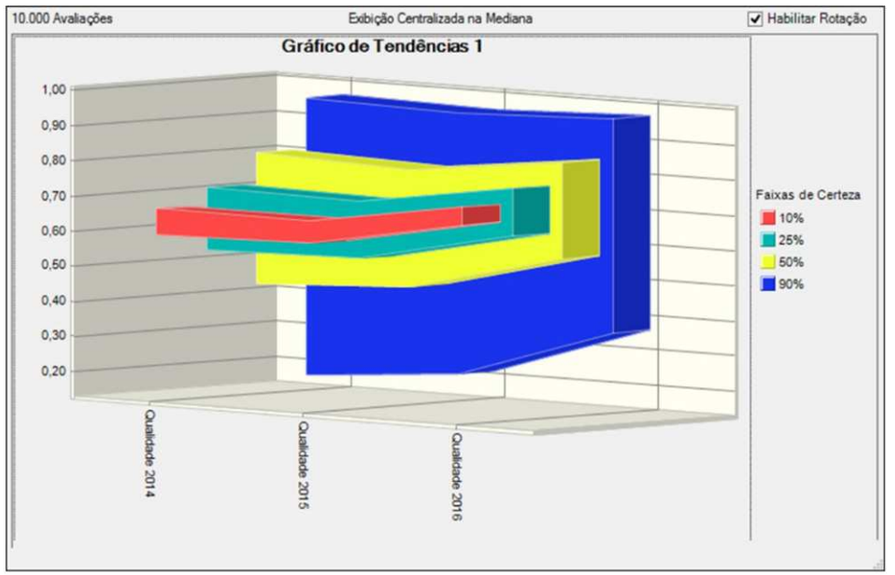
Figura 2: *Gráfico de tendências da seção "Fidelidade" – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.*



Fonte: Pedroso, 2017.

B) Qualidade: tendência de baixa qualidade nos anos de 2014 e 2015, com uma indicação de aumento no ano de 2016. Os histogramas demonstraram que a probabilidade de implantação com qualidade, variou de 42% no ano de 2014, para 41.6% em 2015, ficando em 2016 com 56.2%. Ver Figura 3.

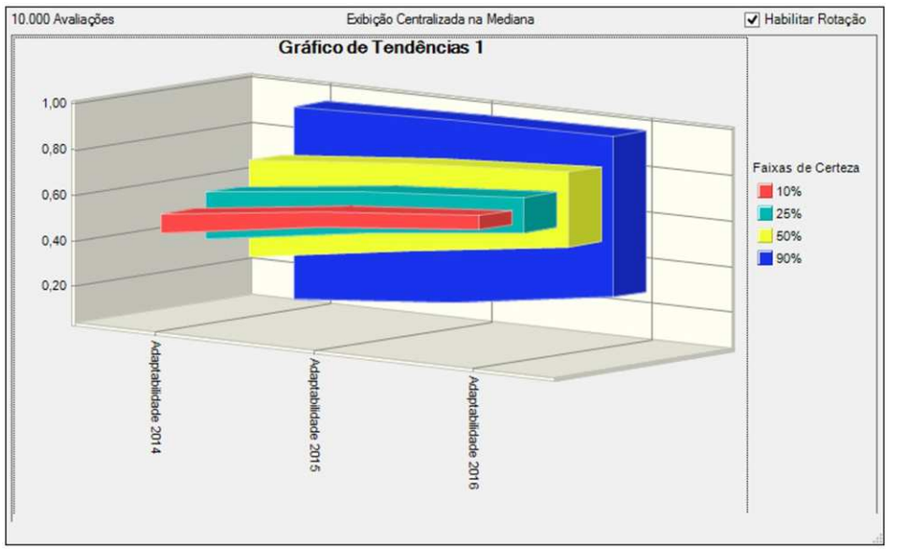
Figura 3: *Gráfico de tendências da seção "Qualidade" – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.*



Fonte: Pedroso, 2017.

C) Adaptabilidade: tendência a baixa adaptabilidade em todos os anos, com uma indicação de aumento gradual entre 2014 e 2016 ficando, porém, abaixo da média de 0.7. Os histogramas demonstraram que a probabilidade variou de 28% no ano de 2014, para 38% em 2015 e 47.8% em 2016. Ver Figura 4.

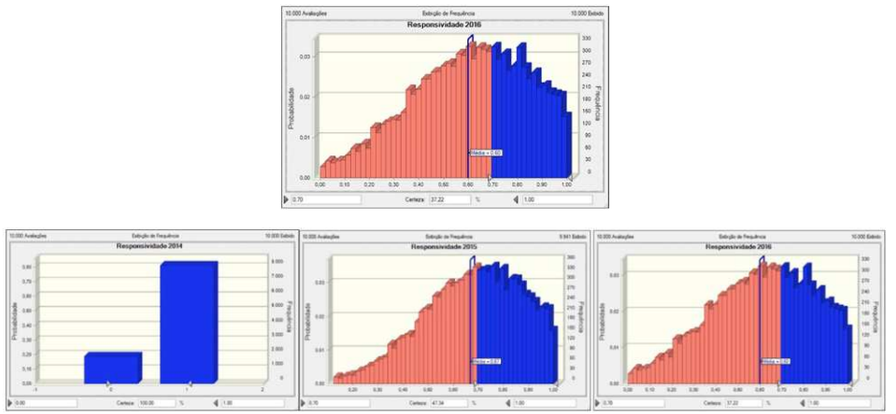
Figura 4: *Gráfico de tendências da seção "Adaptabilidade" – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.*



Fonte: Pedroso, 2017.

C) Responsividade: tendência a alta responsividade em 2014, diminuindo em 2015 a 2016. O gráfico binário de 2014 e os histogramas de 2015 e 2016 demonstraram que a probabilidade variou de 80% no ano de 2014, para 47.4% em 2015 e 37.3% em 2016. Ver Figura 5.

Figura 5: *Gráfico binário e Histogramas das tendências de pontos da seção "responsividade" nos anos de 2014 a 2016.*



Fonte: Pedroso, 2017.

Considerações sobre o monitoramento de processo em prevenção

Intervenções incidem sobre as redes de interação pessoa-tempo-lugar e geram o deslocamento de atividades existentes, redistribuição e transformação de recursos, cabendo ao monitoramento não somente os aspectos da fidelidade (Hawe et al., 2009). A localização da escola, a influência do tráfico de drogas no território, as condições sociais e econômicas das famílias, os direitos humanos garantidos e violados na comunidade, a infra-estrutura escolar, as garantias dos professores-trabalhadores incluindo a remuneração, a qualidade do ensino, a violência no ambiente escolar, experiências anteriores de prevenção ao uso de drogas, esses e outros fatores são essenciais de serem monitorados (Tseng & Seidman, 2007).

É importante destacar que nessa avaliação de processo, as menores pontuações não devem ser tomadas como erros, mas como lições a serem aprendidas. O importante numa política pública é consolidar processos que sejam capazes de gerar informações generalizáveis para tomadas de decisões na política (nacionais) e pontuais para tomadas de decisão na gestão (locais) (Gouveia, Montalvão, & Brito, 2010; Ronzani & Costa, 2015).

O programa *Unplugged* apresentou resultados efetivos em seis países europeus e foi adaptado em outros países da África e Ásia (Faggiano et al., 2010; Vigna-Taglianti et al., 2014). Entre os principais resultados internacionais destacam-se: a redução de 30% na probabilidade de os educandos fumarem cigarros diariamente; redução de 28% na probabilidade de experimentarem um episódio de intoxicação alcoólica – embriaguez; redução de 23% na probabilidade de fumarem maconha no mês anterior ao da aplicação dos instrumentos de avaliação e; adiamento do primeiro uso de substâncias e na transição de uso eventual para o uso frequente (Caria, Faggiano, Bellocco, Galanti, & EU-Dap Study Group, 2011).

Os resultados dos estudos brasileiros até o presente concentram-se na implantação do programa *Unplugged* / #Tamojunto nos anos de 2013 e 2014, com exceção do estudo de Sanchez et al (2017) que apresenta resultados dos efeitos do programa em 2014 e 2015 (Horr, 2015; Lopes, 2016; Medeiros, 2016; Medeiros et al., 2016; Pedroso et al., 2015; Pedroso & Hamann, 2019; Peres, 2014; Peres, Grigilo, & Schneider, 2016; Sanchez et al., 2016, 2017).

A pesquisa de Medeiros (2016) aponta que no ano de 2013 pouco mais da metade das aulas (57%) foram realizadas conforme previstas no manual. Esse dado parece ter permanecido como tendência nos anos subsequentes, e pode ser verificado em dois aspectos do presente estudo: na tendência à baixa adaptabilidade, demonstrando que os professores criaram arranjos para cumprir as atividades; e, dentre as variáveis da "adaptabilidade", destaca-se a necessidade de mais de uma/hora aula para realização, a falta de tempo para planejamento e a dificuldade de realização de uma aula por semana. Outros estudos demonstram as mesmas tendências acima indicadas (Lopes, 2016; Pedroso & Hamann, 2019).

Lopes (2016) aponta em seu estudo que a maioria dos professores não tinha formação ou experiência com práticas preventivas, que houve a predominância do discurso proibicionista sobre uso de drogas, e que houve dificuldades na condução das dinâmicas grupais. A pesquisa de Pedroso & Hamann (2019) também demonstra a necessidade de mudança paradigmática da abordagem de drogas pelos profissionais e maior adesão a metodologias interativas.

Sobre a tendência do baixo apoio da gestão escolar, outros estudos indicam déficits, especialmente para realização das ações intersetoriais entre saúde e educação (Medeiros et al., 2016; Pedroso et al., 2015; Pedroso & Hamman, 2019;

Peres, 2014; Peres et al., 2016. Peres (2014) destaca como hipóteses a demanda de trabalho excessiva dos profissionais de ambos os setores, a falta de profissionais, falta de receptividade de um setor para o outro, diferenças na organização e tempo de cada setor, falta de colaboração da gestão e dificuldade na comunicação.

As pesquisas da implantação de 2013 do programa indicam uma alta responsividade dos educandos (Horr, 2015; Lopes, 2016; Medeiros, 2016; Medeiros et al., 2016; Pedroso & Hamann, 2019; Peres, 2014; Peres et al., 2016). Essa responsividade se manteve alta enquanto tendência desse estudo em 2014 (80%), porém há uma queda da mesma nos anos subsequentes, especialmente na variável do aumento do respeito entre os educandos. Estudos que demostraram a satisfação dos educandos tiveram descobertas significativas nas mudanças nos padrões relacionais entre eles e com o professor (Horr, 2015; Medeiros et al., 2016; Pedroso & Hamann, 2019; Sanchez et al., 2016).

O ensaio clínico do programa (2014 e 2015) (Sanchez et al., 2017) revelou um aumento da experimentação alcóolica entre educandos do grupo experimental quando comparado ao grupo controle. Efeito inverso foi percebido para uso inicial de inalantes. Os dados de monitoramento desses anos revelam uma tendência à boa fidelidade, baixa qualidade de implantação, baixa adaptabilidade e queda na responsividade.

O presente estudo, embora tenha empregado testes estatísticos para verificar tendências e validações causais, tem limitações no estabelecimento de relações conclusivas. Isso se dá pois: (1) não houve um padrão de frequência de preenchimento pelo professor ao longo dos anos; (2) os formulários não passaram por uma validade de construto; (3) as escalas dos formulários para uma mesma categoria variavam entre os anos; (4) haviam variáveis sobrepostas numa mesma pergunta; e (5) não foi possível inferir os *missings* e o índice de erros de digitação.

Embora haja limitações já explicitadas, o estudo revela resultados que coincidem com outras pesquisas. Isso demonstra que há um potencial analítico no método desenvolvido, ficando assim como recomendações para as possibilidades de aprimoramento do sistema de monitoramento de processo do programa: (1) organização de seções no formulário, considerando os quatro aspectos – fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade, para análise multivariada; (2) equilíbrio do número de perguntas entre os anos e entre as seções; (3) construção de escore de pontuação para as variáveis, com validação de construto

do instrumento e; (4) inclusão de hipóteses explicativas no formulário a partir do contexto, de pesquisas e da literatura.

Shiell et al. (2008) indicam que uma intervenção complexa tem duas conotações: a primeira relacionada às propriedades da intervenção e a segunda relacionada ao sistema no qual a intervenção é realizada. A complexidade é caracterizada na medida em que os componentes de uma intervenção interagem tanto de forma independente quanto interdependente, o que torna um desafio a identificação dos principais elementos que "ativam" as mudanças individuais, coletivas e ambientais. Quanto maior o desafio de se identificar os componentes que ativam e suas circunstâncias, maiores são as chances de se estar diante de uma intervenção complexa. Nesse caso, estamos diante de uma intervenção complexa.

Abraçar a abordagem da complexidade exige uma reconceituação da noção de intervenção. As intervenções precisam ser percebidas como eventos em sistemas, que deixam uma marca duradoura ou passageira, dependendo de quão bem as propriedades dinâmicas do sistema são aproveitadas. Se as propriedades do sistema não forem reconhecidas desde o início, a tendência do mesmo para a auto-organização irá muitas vezes negar os melhores esforços (Hawe et al., 2009).

Diante das análises dos dados, conclui-se que é possível que aspectos do fluxo de implantação e de adequação do programa em relação ao tempo de planejamento; tempo de realização das aulas; formação do professor para manejar uma metodologia interativa; apoio das gestões de saúde e educação; integração ao currículo escolar; e padrões de relações interpessoais entre educandos e entre esses e o professor, podem estar afetando os efeitos potenciais do programa.

Lições aprendidas

- Um programa de prevenção, para ser efetivo, deve estar baseado nas necessidades reais e ser relevante no contexto do grupo de crianças e adolescentes participantes da intervenção e para os aplicadores das metodologias, para se tornar interessante e ter sentido.
- Os ajustes e adaptações culturais na implementação de intervenções preventivas são inevitáveis e devem ser monitorados na perspectiva da melhoria permanente da qualidade da implementação de programas,

desde o planejamento e durante toda a intervenção visando às especificidades de cada grupo.

- As variáveis que atuam nos fatores de risco e proteção devem ser incluídas no monitoramento de processo de intervenções em prevenção pois permitem identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto e suas prováveis barreiras.
- A articulação entre conhecimento, política e ação é um desafio que coloca o monitoramento e a avaliação num patamar rigoroso. É preciso definir perguntas relevantes não somente para conhecer a intervenção, mas também para se ter um profundo conhecimento sobre o contexto e os ciclos de vida da intervenção, incluindo os graus de aceitação dos diferentes interessados (gestores, implementadores e beneficiários), as legislações e contextos políticos e sociais que influenciam na sustentabilidade das intervenções.
- Abraçar a abordagem da complexidade exige uma reconceituação da noção de intervenção. As intervenções precisam ser percebidas como eventos em sistemas, que deixam uma marca duradoura ou passageira, dependendo de quão bem as propriedades dinâmicas do sistema são aproveitadas.

Referências

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7

Albertani, H. M., & Sodelli, M. (2014). Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível). In T. M. Ronzani, & Silveira, P. S. da (Orgs.). *Prevenção do uso de álcool e outras drogas no contexto escolar* (pp. 133-155). Juiz de Fora: Editora UFJF.

Becoña-Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

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. doi: 10.1007/s11121-010-0186-1

Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales.* Philadelphia: Open University.

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil*. Brasília: Ministérios da Saúde. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4958325/mod_resource/content/1/prevencao_uso_drogas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Programa de prevenção do uso de álcool e outras drogas por adolescentes #Tamojunto 2013-2016: Documento devolutivo sobre o processo de avaliação elaborado pela equipe técnica do programa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Büchele, F., Coelho, E. B. S., & Lindner, S. R. (2009). A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 267-273. Disponível em https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/267-273/pt/

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 17*, 77-93. Disponível em https://www.scielosp.org/article/physis/2007.v17n1/77-93/

Campos, G. W. D. S., Onocko-Campos, R. T., & Del Barrio, L. R. (2013). Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*, 2797-2805. Disponível em https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n10/2797-2805/pt/

Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., Galanti, M. R., & EU-Dap Study Group. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 48*(2), 182-188. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.003

Cerqueira, D., Lima, R. S. D., Bueno, S., Valencia, L. I., Hanashiro, O., Machado, P. H. G., & Lima, A. D. S. (2017). *Atlas da Violência 2017-IPEA e FBSP*. Disponível em https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/2/2017

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 1-15. doi: 10.1186/1748-5908-4-50

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on

the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes [UNODC] (2014). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Disponível em https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf

European Drug Addition Prevention Trial [EU-Dap]. (2013). *Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools*. Disponível em: http://www.eudap.net/GUIDE/Guide%20(ENGLISH)%20DESIGN.zip

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., ... & EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 108*(1-2), 56-64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018

Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family Process, 48*(2), 292-309. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01282.x

Gouveia, F. F, Montalvão, J. B., & Brito, M. S. (2010). *Gerenciamento de lições aprendidas: estudo de caso de projeto de integração laboratorial.* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.

Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology, 43*(3-4), 267-276. doi: 10.1007/s10464-009-9229-9

Hill, M. (2013). *The Public Policy Process*. Harlow, England: Pearson Educational.

Horr, J. F. (2015). *Avaliação da satisfação do processo de implantação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos* (Dissertação Mestrado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/160640

Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Oxford: Oxford University Press.

Lopes, J. M. (2016). *Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes* (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167905

Medeiros, P. F. P. (2016). *Avaliação do processo de implantação do Programa Unplugged de prevenção ao uso de drogas em escolas em São Paulo e Santa Catarina* (Tese de Doutorado). Disponível em http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41877;jsessionid=92388DB46688FD1ACAFB429E1594A2CC

Medeiros, P. F., Cruz, J. I., Schneider, D. R., Sanudo, A., & Sanchez, Z. M. (2016). Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 11*(1), 1-11. doi: doi.org/10.1186/s13011-015-0047-9

Melo, M. H. S, Rodrigues, D. R. S. R., & Conceição, M. I. G. (2015). Avaliação de programas de prevenção e promoção em saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. dos Santos, & L. Polejack (Orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 212-229). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Ministério da Saúde (2015). Saúde Mental em Dados. Disponível em https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Ozer, E. J., Wanis, M. G., & Bazell, N. (2010). Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. *Prevention Science, 11*(1), 42-55. doi: 10.1007/s11121-009-0148-7

Pedroso, L. H. T. R. (2017). *Gerenciamento de riscos em projetos: uma visão prática*. São Paulo: Amazon.

Pedroso, R. T. (2017). *Evidências em prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto de políticas públicas de saúde e educação.* (Tese Doutorado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/32088

Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura-Revista de Educação e Letras, 17*(33). Disponível em http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339

Pedroso, R. T., & Hamann, E. M. (2019). Adequações do piloto do programa Unplugged# Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, 371-381. doi: 10.1590/1413-81232018242.32932016

Pereira, J. C. R. (1999). *Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as*

ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Peres, G. M. (2014). *Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial.* (Dissertação Mestrado) https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128743

Peres, G. M., Grigolo, T. M., & Schneider, D. R. (2015). Programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas para o desenvolvimento de habilidades de vida. Saúde & Transformação Social, 6(1), 111-123. Disponível em http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3686

Potvin, L. (2006). "Should we worry about the enthusiasm toward evidence-based health promotion practices?." Promotion & Education, XIII(4), 228–229. Disponível em https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823060130030101? casa_token=2w6G43Klcd4AAAAA:30saqDS3ts5otcVBOZfftjJ65tkD9ZP2Ij3Z D0bNmu0g NGi7Q0xb4PnxhcUGPps5AshnNfxdGnXjBA

Reese, L. R. E., & Vera, E. M. (2007). Culturally relevant prevention: The scientific and practical considerations of community-based programs. *The Counseling Psychologist, 35*(6), 763-778. doi: 10.1177/0011000007304588

Ronzani, T. M, & Costa, P. H. A. (2015). Desafios para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: Quais evidências procuramos? In O. F. R. L. Fernandez, M. M. Andrade, & A. Nery-Filho. (Orgs.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos* (pp. 155-163). Salvador: EDUFBA; Brasilía: ABRAMD.

Roquayrol, M. Z., & Almeida-Filho, N. (2003). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Salazar. L. (2009). *Efectividad em promoción de la salud y salud pública: reflexiones sobre la práctica em América Latina y propuestas de cambio*. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle.

Sanchez, Z. M., Sanudo, A., Andreoni, S., Schneider, D., Pereira, A. P. D., & Faggiano, F. (2016). Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health, 16*(1), 1-9. doi: 10.1186/s12889-016-3877-0

Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Sanudo, A., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Schneider, D., & Andreoni, S. (2017). The# Tamojunto drug prevention program in Brazilian schools: a randomized controlled trial. *Prevention Science, 18*(7), 772-782. doi: 10.1007/s11121-017-0770-8

Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ, 336*(7656), 1281-1283. doi: 10.1136/bmj.39569.510521.AD

Tófoli, L. F. (2017). Evidências soterradas pelo projeto de lei sobre drogas. *Carta Capital*. Disponível em http://www.cartacapital.com.br/saude/evidencias-soterradas-pelo-projeto-de-lei-sobre-drogas

Tseng, V., & Seidman, E. (2007). A systems framework for understanding social settings. *American Journal of Community Psychology, 39*(3-4), 217-228. doi: 10.1007/s10464-007-9101-8

Vadrucci, S., Vigna-Taglianti, F. D., van der Kreeft, P., Vassara, M., Scatigna, M., Faggiano, F., ... & EU-Dap Study Group. (2016). The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion, 23*(4), 49-58. doi: 10.1177/1757975915579800

Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucci, S., & Faggiano, F. (2014). "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. *New Directions for Youth Development, 2014*(141), 67-82. doi: 10.1002/yd.20087

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*(6), 628. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.628

World Health Organization [WHO] (2007). *Outcome Evaluation Summary Report: WHO/UNODC Global Initiative (1999-2003) on Primary Prevention of Substance Abuse*. Geneva: WHO.

CAPÍTULO 11

GRUPO DE TRABALHO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO: DIÁLOGOS ENTRE A GESTÃO, A ACADEMIA E OS PROFESSORES

Samia Abreu
Jordana Calil Lopes de Menezes
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Adriana Assaman Simonsen

Resumo

Este capítulo apresenta o resultado do Grupo de Trabalho (GT) do #Tamojunto criado a partir da necessidade de identificar e construir estratégias no processo de implementação do programa de mesmo nome. Este texto contempla os seguintes temas: contexto histórico e motivações para a organização do grupo de trabalho; método do grupo de trabalho; descrição e resultados de cada encontro; e as lições aprendidas. Destaca-se a participação dos diferentes atores: pesquisadores, professores e implementadores dos programas. O grupo reuniu-se durante seis meses discutindo temas a partir das experiências locais do processo de implantação e também de questões do próprio grupo para garantir um melhor foco e construção de consensos a partir das evidências disponíveis. O GT analisou documentos produzidos pela gestão do Programa, pelas universidades e publicações sobre programas de prevenção disponíveis nas bases de dados nacional e internacional, que foram importantes para ampliar o escopo de análise, os desafios e possibilidades diante dos contextos locais. O resultado do estudo reforçou a importância de realizar-se novas adaptações e garantir o investimento na formação e qualificação permanente para os gestores e os professores, considerando que são eles os executores do programa. O trabalho do GT permitiu analisar as estratégias de implementação e de adaptação do Programa #Tamojunto. As informações contribuíram também para decisões qualificadas sobre o desenvolvimento do programa. Sendo assim, a consolidação do #Tamojunto não se deu apenas pelo conjunto de portarias e normas técnicas, mas também pela construção da reflexão coletiva com a participação entre as equipes dos serviços, gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, executores e comunidade científica.

Palavras chave: #Tamojunto, prevenção, abuso de drogas; adolescentes, educação, saúde, política pública.

Contexto histórico e motivações para a organização do grupo de trabalho

O programa #Tamojunto vem sendo implementado e avaliado no Brasil desde 2013 (Brasil, 2015a). Em seu primeiro ano, o programa manteve características semelhantes ao programa original, *Unplugged*, embora tenha passado pelas primeiras adaptações superficiais (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000), tais como adaptações relacionadas às mudanças no nome de personagens e tentativas pontuais de aproximar os contextos narrados no programa à realidade brasileira. Ainda em 2013, pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizaram um estudo *quasi*-experimental sobre a eficácia do programa na prevenção do uso de álcool e outras drogas (Sanchez et al., 2016). Participaram do estudo 2.185 educandos de 16 escolas públicas de três cidades brasileiras. Os resultados do estudo indicaram menor padrão de uso de algumas substâncias, como álcool, maconha e inalantes, pelos educandos que passaram pelo programa quando comparado aos que não passaram pelo programa (Sanchez et al., 2016). Outro estudo de avaliação de processo sobre a experiência de implementação do programa em 2013, com 36 professores, 11 gestores escolares, 6 multiplicadores do programa e 1267 educandos em oito escolas, indicou mudanças positivas em indicadores da relação entre professor-educando, educando-educando e desenvolvimento de algumas habilidades de vida para os educandos que participaram do programa (Medeiros, Cruz, Scheneider, Sanudo, & Sanchez, 2016).

Tais resultados motivaram a expansão do programa para outras cidades brasileiras e destacaram a necessidade de se realizarem outros estudos. Assim, em 2014, iniciou-se o *Randomized Controlled Trial* (RCT) [Ensaio Controlado Randomizado (ECR)] do programa. Paralelamente ao estudo, o programa passava por novas adaptações culturais, algumas mais profundas referentes a adaptações em formas e conteúdo, outras mais superficiais como a identidade visual e didática de apresentação das atividades previstas para as doze aulas. Destaca-se que as adaptações realizadas no programa, mesmo mantendo suas bases (12 aulas e os temas das aulas), resultaram, ao longo dos anos, em versões diferentes do programa. Em 2015 e 2016, o programa já nomeado #Tamojunto, passou por adaptações mais significativas na lógica de implementação, respondendo ao desafio do ganho de escala para disseminação. A descrição das adaptações pode ser encontrada no Capítulo 06 deste livro.

O ano de 2014 foi marcado pela expansão para outros estados brasileiros. O programa, iniciado em 2013 em 3 cidades com alcance de 2.161 educandos, em 2014 alcançou 12 cidades e 13.589 educandos (Brasil, 2015a). Em acréscimo, com vistas a testar a possibilidade de disseminação em larga escala, o movimento da gestão técnica-política foi de iniciar uma transição do modelo vigente em 2013: de maior suporte da equipe federal do Ministério da Saúde (MS) aos profissionais que estavam implementando o programa. Por exemplo, com encontros regulares com professores implementadores para uma lógica de transferência de tecnologia, iniciada em 2014. Na nova lógica de implementação, gestores locais foram capacitados para atuar como profissionais de referência, sendo responsáveis pela formação e suporte aos profissionais da saúde e educação que seriam os implementadores (2015 e 2016).

Em meio a todas essas mudanças, o RCT como estudo de avaliação de eficácia do programa para a prevenção escolar entre adolescentes seguia suas etapas. Em 2014, o estudo iniciou com o pré-teste em 6 cidades brasileiras, quando foi levantada a linha de base de padrão de uso de álcool e outras drogas do grupo experimental, que participaria do #Tamojunto, e do grupo controle, que não receberia o programa. No final de 2014 foi realizado o pós-teste, após a finalização do programa, em ambos os grupos. Em 2015, um estudo sequencial, *follow-up*, foi realizado a fim de buscar informações sobre a permanência ou não dos resultados ao longo do tempo. Os

resultados do RCT não corroboraram os resultados encontrados pelos estudo *quasi*-experimental de 2013 (Sanchez et al., 2017).

O RCT não indicou diferença significativa entre o padrão de uso de educandos que passaram pelo programa (grupo experimental) e educandos que não passaram (grupo controle) e encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos para início do uso de álcool. O programa pareceu aumentar o risco para o primeiro uso de álcool: os estudantes do grupo experimental tiveram um aumento de 30% no risco de iniciar o uso de álcool durante o *follow-up* de nove meses comparado ao grupo controle. O oposto foi encontrado para o primeiro uso de inalantes: o risco de usar inalantes pela primeira vez após o início do programa foi menor no grupo experimental do que o grupo controle (Sanchez et al., 2017). Utilizando a mesma amostra do estudo anterior, uma pesquisa sobre os efeitos do programa #Tamojunto em *bullying* e violência em escola demonstrou que os educandos que participaram do programa tinham menor probabilidade de se envolverem em situações de *bullying*, particularmente no estrato de meninas entre 13 e 15 anos, no período de follow-up de 9 meses (Gusmões, Sanudo, Valente, & Sanchez, 2017).

Os resultados das pesquisas aproximaram-se das inquietações oriundas das experiências empíricas da equipe do governo federal responsável pela implementação do programa. Formadores federais e supervisoras do #Tamojunto, contratados pelos Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, que tinham contato próximo com professores e outros profissionais implementadores do programa, narravam em diferentes contextos de discussão os riscos de uma implementação com baixa fidelidade. Suas inquietações destacavam: (1) a inclusão de atividades não previstas nos roteiros das doze aulas; (2) substituição de atividades previstas por outras com características contrárias às preconizadas pelo paradigma de uso de drogas (alinhado à diretriz do governo federal), como os não indicados vídeos aterrorizantes sobre o consumo de drogas ou estigmatização de usuários e; (3) retirada de atividades ou aulas por ausência de tempo ou insegurança em conduzir a atividade como proposta. Em acréscimo, essas inquietações eram ampliadas pelo sentimento de ausência de resposta objetiva sobre o que os professores poderiam retirar, substituir ou incluir quando necessário, uma vez que os elementos essenciais do programa permaneciam desconhecidos.

Assim, resultados do RCT, percepções e experiências da equipe implementadora sobre adaptações discrepantes da proposta do programa, discussões recorrentes sobre os limites entre fidelidade e adaptação cultural e questionamentos sobre o que se busca alcançar com o programa, para além da prevenção do uso de álcool e outras drogas, motivaram a criação de um Grupo de Trabalho (GT).

Método do Grupo de Trabalho

O Grupo de Trabalho - GT do #Tamojunto foi uma experiência de abordagem qualitativa. Buscou-se registrar o percurso desenvolvido pelos participantes durante os encontros, evidenciando aspectos práticos e relevantes na implementação do Programa pelo Governo Federal em conjunto com os estados e municípios.

O processo de construção do GT do #Tamojunto seguiu as seguintes etapas: definição de uma questão norteadora para os encontros; definição da periodicidade de encontros distribuídos ao longo de um semestre; identificação dos participantes; seleção de temas essenciais para o GT; e produção de relatório sobre as lições aprendidas para compartilhar com os diretamente envolvidos na implementação da intervenção do programa. Nessa perspectiva, o GT considerou como questão norteadora: *"Em que medida os resultados de estudos nacionais e internacionais na área de prevenção ao uso de drogas têm aproximação com as demandas do cotidiano dos implementadores do programa #Tamojunto?"*.

A coleta de dados foi realizada durante cinco encontros do grupo no ano de 2016. No primeiro encontro, foi definida a condução de quatro encontros até dezembro de 2016, mensalmente, sendo que cada um contaria com um tema específico e com a duração total de um dia (entre 6 e 8 horas totais). Foram convidados para participar: representantes da coordenação dos programas de prevenção do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, supervisores e formadores #Tamojunto de ambos ministérios, pesquisadores das três universidades que acompanham a avaliação dos programas de prevenção (UNIFESP, UFSC e Universidade de Brasília - UnB) e representantes da Fiocruz Rio de Janeiro e Brasília. Os temas que guiaram o conteúdo do GT podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1: *Conteúdos e perspectivas de cada encontro do GT #Tamojunto.*

Encontro	Conteúdo	Perspectiva
1º	Revisões de literatura sobre evidências de programas de prevenção em escolas para adolescentes	Achados e controversas sobre os programas escolares de prevenção ao uso indevido de drogas
2º	Resultados de pesquisas e estudos sobre o Unplugged (#Tamojunto)	Potencialidades do programa e achados positivos, achados nulos e resultados iatrogênicos
3º	Fidelidade e capacitação	Discutir o que é fidelidade e como a concepção do professor de que ele deve "salvar" o aluno, o faz mudar o programa
4º	Fala aí, professor!	Perspectiva do professor, em que eles compartilharam quais os desafios de quem implementa, limitação de tempo, desconfiança dos educandos, influência do tráfico
5º	Lições aprendidas	Alinhamento final, avaliação do grupo de trabalho e perspectivas futuras

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Os primeiros encontros foram caracterizados por apresentações, seguidas de questionamentos. Ao final do primeiro encontro, 13 artigos e dois capítulos de livro foram apresentados e discutidos e, no segundo encontro, duas dissertações de mestrado, uma tese de doutorado e os resultados do RCT3 foram apresentados e seguidos de questionamentos e discussões. Nesse momento, os participantes destacaram a necessidade de que nos encontros posteriores houvesse mais espaço para comentários, reflexões e questionamentos. Assim, para o encontro três apenas duas apresentações de pesquisas ocorreram, uma pela manhã e outra pela tarde, seguidas de maior tempo para discussão e dúvidas.

Do terceiro para o quarto encontro, percebeu-se a necessidade de estender o convite de participação aos professores que estavam implementando o programa. O objetivo foi ampliar a percepção do programa #Tamojunto para além dos achados científicos, incluindo experiências cotidianas. Essa mudança resultou na revisão do formato, visto que se encarou o desafio de dinamizar um encontro à distância com participantes distribuídos em oito salas de DATASUS, em diferentes cidades das cinco regiões do Brasil. O uso de metodologia participativa para discussão dos

conteúdos relacionados ao cotidiano da implementação do #Tamojunto incluiu um aspecto inovador que catalisou para um processo interativo e dialógico entre os profissionais na construção e consenso sobre a implementação do programa. Ressalta-se que o objetivo de GT do #Tamojunto não foi esgotar qualquer dos temas expostos durante os encontros, mas apresentar reflexões e consensos dos sujeitos envolvidos na implementação do Programa.

Descrição dos encontros e resultados

1º Encontro: Revisões de literatura sobre a avaliação de programas de prevenção em escolas para adolescentes

O encontro 1 foi marcado por importantes discussões a respeito do que a literatura nacional e internacional apontam como aspectos dos programas de prevenção escolares ao uso prejudicial de álcool e outras drogas com adolescentes: o que funciona, o que não funciona e, ainda, o que é inconclusivo. Todos os participantes escolheram artigos de revisões sistemáticas e outras publicações importantes que foram arquivados em pasta compartilhada no *Google Drive*. Cada participante teve entre 15 e 30 minutos para apresentar o artigo de acordo com o seguinte roteiro:

1. Nome do(s) documento(s) analisado(s)
2. Indicadores de eficácia (o que funciona)
3. Indicadores de baixa eficácia (o que não funciona)
4. Indicadores inconclusivos (funciona em alguns casos)
5. Discussão entre os participantes

Foram lidos e discutidos 13 artigos, dois capítulos de um livro sobre programas de prevenção em escolas para adolescestes. Em detalhe, foram:

- sete revisões sistemáticas da literatura (Colby et al., 2013; Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Emmers, Bekkering & Hannes, 2015; Faggiano et al., 2009; Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi, 2014; Leea, Camerona, Battams, & Rochea, 2016; Strøm, Adolfsen, Fossum, Kaiser, & Martinussen, 2014);
- duas avaliações de processo de implementação de programas e avaliação de fidelidade (Hanley et al., 2009; Miller-Day et al., 2013);
- um estudo sobre mediadores de resultados (Giannotta, Vigna-Taglianti, Galanti, Scatigna, & Faggiano, 2014);
- uma avaliação da influência de fatores socioeconômicos nos resultados de RCT de programas de prevenção ao uso de drogas (Caria, Faggiano, Bellocco, & Galanti, 2011);
- uma avaliação de efetividade de programa preventivo escolar entre adolescentes (Isensee, Hansen, Maruska & Hanewinkel, 2014) e;
- dois capítulos de um livro (Ronzani & Silveira, 2014) e um artigo (Griffin & Botvin, 2010) específicos sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar.

Solicitou-se também que se destacassem: (1) o conceito de eficácia utilizado pelos autores, (2) o método de pesquisa empregado e (3) o contexto de aplicação dos programas citados. Segue o resumo dos principais achados do grupo.

Indicadores de eficácia dos programas de prevenção escolar para adolescentes

Conforme a literatura analisada, algumas características comuns de programas com eficácia avaliada puderam ser elencadas e organizadas (Tabela 2). Destacam-se: a interatividade e afetividade como métodos de aprendizagem; o incentivo à reflexão dos alunos em relação às normas sociais vigentes; e a criação de um ambiente seguro de compartilhamento.

Tabela 2: *Indicadores de eficácia de programas escolares com adolescentes de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.*

Características do conteúdo	Características da condução dos programas em sala de aula	Características da entrega do programa no contexto educacional
Conter uma base teórica ou didática "afetiva", contemplando conteúdo e técnicas de desenvolvimento interpessoal, estratégias de enfrentamento ao estresse, tomada de decisão e treino de habilidades de vida	Proporcionar um ambiente seguro para aprendizagem em que os participantes se sintam à vontade para compartilhar suas experiências	Criar formações de professores que incluam métodos didáticos e interativos e momentos de discussão sobre os conceitos de prevenção
Ser sensível (em conteúdo e forma) às questões de gênero	Possibilitar atividades de mediação pelos pares	Poder fazer uso de recursos virtuais

Desafiar os alunos a questionar a norma social de que "todos usam drogas"	Adotar formato interativo	Envolver professores muito bem qualificados
Não estimular o medo	Incluir metas acordadas para serem alcançadas até a próxima aula	Manter frequência regular e continuidade (aulas booster, por exemplo)
Apresentar base teórica sólida	Ter métodos cognitivo-comportamentais (ensaio comportamental, feedback)	Garantir o equilíbrio entre as demandas e os objetivos (avaliação de necessidades)
Apresentar formato reflexivo multidimensional em que a escola é vista como espaço social; bem como com a ruptura da visão negativa sobre os jovens e explicações uni-causais (ou superficiais) sobre o uso de drogas	Ser conduzido por pessoas de confiança do público-alvo	Incluir estudo longitudinal de resultados
Ser sistematizado e manualizado	Manter direito à confidencialidade e respeito entre professor e educando	Ter interseção com currículo regular da escola ou turma
Desenvolver habilidades de contra argumentação	Treinar habilidades de resistência, para posicionamento em relação à pressão para o consumo	Perceber se os recursos são apropriados para o público-alvo e informações precisas e relevantes
Incluir informações normativas para ajudar o uso de estratégias e resistência	Aumentar as habilidades de recusa	Vincular o programa às ações de enfrentamento ao crime já presentes na comunidade
Reforçar as normas sociais positivas e não estimular comportamentos de risco	Construir expectativas do programa com o professor	Avaliar a fidelidade na implantação do programa
Ter objetivos de aprendizagem bem claros para alcançar resultados bem definidos	Possibilitar atividades de mediação pelos pares	Compreender locais e contextos de interesse dos participantes (mídia, família e amigos)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020) a partir do 1º encontro do Grupo de Trabalho (2016).

Ao longo do encontro 1, três programas internacionais se destacaram por apresentarem evidências positivas em prevenção do uso indevido de álcool em diferentes estudos. São eles: *Climate* da Austrália (https://www.climateschools.com.au/), *Project Alert* (https://www.projectalert.com/) e *All Stars* (http://www.allstarsprevention.com/), ambos dos EUA. O *Climate* é composto por dois conjuntos de 6 lições de 40 minutos, utiliza desenhos animados com enredos para adolescente em situações da vida real. O

ProjectAlert é baseado no modelo de influência social global, no formato interativo, por meio de 11 lições realizadas ao longo de dois 2 anos, focadas na prevenção ao tabagismo e uso indevido de álcool. O programa *All Stars* é composto por três sub-programas: o *All Stars Core* que é direcionado para jovens entre 11 e 14 anos de idade; o *All Stars Booster* criado para ser entregue um ano após o programa *All Stars Core* e; o *All Stars Plus* que se baseia em sessões complementares. Os três programas são fundamentados no princípio de aprendizagem social com situações de vida real e componentes sociais, interativos e com atividades para casa.

Indicadores com efeito nulo ou negativo em relação aos programas de prevenção escolares para adolescentes

O efeito reduzido ou nulo de programas escolares de prevenção ao uso indevido de drogas com adolescentes está relacionado principalmente às características de geração de medo nos participantes, reforço a julgamentos morais, utilização de uma lógica coercitiva com mensagens explícitas de não uso a drogas sem considerar o contexto social. Em muitos casos, culpabilizando o indivíduo pelo uso do álcool e outras drogas. Essas e outras características estão elencadas na Tabela 3.

Tabela 3: *Indicadores com efeito nulo ou negativos.*

Características do conteúdo	Características da condução dos programas em sala de aula
Basear a intervenção em apelos morais ("certo e errado", "permitido e proibido", "bonito e feio", "esperado e condenado")	Usar métodos não interativos, como formato principal do programa
Focar exclusivamente no desenvolvimento de questões afetivas como, por exemplo, promoção de autoestima, tomada de decisão responsável e crescimento interpessoal	Usar policiais como facilitadores/implementadores
Oferecer informações descontextualizadas	Não estar inserido no currículo escolar
Discussões sem estruturas ou objetivos claros	Utilizar formação por pares com baixa supervisão e suporte
Utilizar informação alarmista e/ou pedagogia do terror	Focar na tomada de decisão baseada somente em valores, éticas e moral do implementador/facilitador

Ser baseado em concepção unidimensional sobre drogas, ou seja, responsabilização do indivíduo pelo uso sem levar em consideração seu contexto social	Utilizar depoimentos de ex-usuários
Ter o foco específico na prevenção do uso de álcool	Utilizar palestras e leitura de texto
Focar na disseminação de informação	Ofertar supervisão insuficiente para a continuidade do programa (com menos suporte)
Oferecer sessões/encontros/aulas sem estrutura mínima sistematizada	Usar grupo de teatro ou enfermeiros

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Indicadores inconclusivos

Alguns indicadores ainda apresentaram efeitos inconclusivos nos programas escolares de prevenção ao uso indevido de drogas, ora apontando efeitos de eficácia, e em outros momentos sugerindo efeitos nulos ou reduzidos. Destacam-se: o conhecimento sobre drogas; encenações que parecem ser mais indicadoras para adolescentes já expostos a situações de risco; educação por pares; o perfil do facilitador, com o questionamento se os programas devem ser conduzidos por professores, pelos pares, ou especialistas; e idade mínima dos participantes para receberem o programa.

2º Encontro: Pesquisas nacionais sobre o Unplugged / #Tamojunto

Foram convidados pesquisadores que conduziram estudos sobre o *Unplugged* / #Tamojunto no Brasil para apresentar seus resultados. Ao todo, foi prevista a apresentação de duas pesquisas de mestrado (Horr, 2015; Peres, 2014), três pesquisas de doutorado (Lopes, 2016; Medeiros, 2016; Pedroso, 2017) e os resultados do RCT (Gusmões et al., 2017; Sanchez et al., 2017). Ao final, decidiu-se por adiar duas apresentações de pesquisas de doutorado (Lopes, 2016; Pedroso, 2017) para o encontro seguinte, quando focaria o tema "Fidelidade e Capacitação", entendendo que esses dois estudos poderiam contribuir com este recorte.

As pesquisas de mestrado e doutorado referiam-se à avaliação do programa em 2013 e o RCT apresentou resultados da implementação em 2014. Conhecidas as adaptações realizadas ao longo de 2014, 2015 e 2016 pelas equipes implementadoras do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, os resultados indicaram pontos já adaptados e avançados na implementação do programa e pontos que permanecem demandando revisões.

Destacam-se os seguintes resultados:

Potencialidades do programa e achados positivos. Diferentes atores do processo de implementação indicaram melhoria nas relações. Citaram melhor vínculo e relações de confiança na interação professor-educando, educando-educando, profissionais de saúde-profissionais de educação, pais-escola. Alguns profissionais relataram que esse vínculo extrapolou o momento do programa, sendo também percebido em outras atividades escolares ou comunitárias. Nas oficinas de pais, destaca-se o papel do multiplicador, bem como o formato como indutor de encontros e estreitamento de vínculos entre profissionais da saúde e da educação, sendo percebidos como instrumentos potentes de qualificação, promoção ou fortalecimento da intersetorialidade. Sobre formas institucionais de aproximar governo federal e governo local, as pesquisas indicaram que práticas simples, como envios regulares de e-mail, bem como o investimento em pactuações coletivas pelos formadores (antes nomeados multiplicadores) aos gestores da saúde e educação.

As pesquisas apresentam um resultado comum com destaque ao caráter interativo do programa avaliado de forma satisfatória pelo implementadores, sejam eles professores, educandos, profissionais de saúde ou gestores locais. O RCT encontrou, entre seus desfechos secundários, efeitos do programa para a prevenção de inalantes.

Desafios. Dentre os desafios da viabilidade para a oficina de pais, os profissionais indicaram: relações mais pessoalizadas em contraste com relações mais institucionais, ou seja, o programa sendo sustentado por profissionais e menos pela instituição, o que coloca em risco a sustentabilidade e manutenção da rede intersetorial. Como complicadores adicionais, foram indicados: recurso

humano escasso, em que as atividades propostas entram em conflito com agendas de trabalho intensas; baixo suporte institucional de gestores e lideranças para garantir as agendas de planejamento e execução das oficinas; dificuldades de comunicação, oriundas de uma sistema diferente de hierarquias, horas de trabalho e organização da rotina de atividades entre saúde e educação; e insegurança dos profissionais na condução de técnicas e manejo de grupo durante as oficinas.

O maior desafio na condução das 12 aulas, exaustivamente repetido, é o tempo. Professores indicam a escassez do tempo de preparação, de organização dos alunos em roda e de condução das atividades na duração prevista. Destacam a inviabilidade de realizar o proposto pelo Guia do Professor no tempo regular da aula (50 minutos).

Institucionalmente, para professores e gestores, o programa precisa ser inserido no projeto político pedagógico da escola. Os estudos de mestrado e doutorado já apontavam, por meio da fala de profissionais, a possibilidade de queda de qualidade no acompanhamento quando o multiplicador federal (posteriormente denominado formador federal) foi substituído pelo multiplicador local.

Sobre os resultados do RCT, destacam-se resultados que apresentaram efeitos nulos ou indicadores de efeitos iatrogênicos. Reproduzindo descrição dos resultados encontrados, destacam-se indicadores de efeito nulo para prevenção de drogas e indicação de efeitos iatrogênicos para idade de início de uso.

Os achados do RCT retomaram a discussão sobre o que seria eficácia para um programa que vem sendo desenvolvido para ser uma política pública e quais são as melhores metodologias para responder diferentes perguntas de pesquisa. A definição regular de eficácia de prevenção como resultados de pesquisa quantitativa de padrão de uso e início de uso foi questionada pela reflexão sobre outros pontos de investigação, como promoção de pensamento crítico, comportamentos de menor exposição a situações de risco para diferentes desfechos sociais, incluindo abuso de substâncias, efeitos em impacto social e perspectiva de futuro. Além de interesse em métodos multimodais e/ou qualitativos.

3º Encontro: Fidelidade e capacitação

Com o tema "Fidelidade e Capacitação", deu-se seguimento às apresentações dos resultados das pesquisas sobre o *Unplugged* / #Tamojunto

em duas teses de doutorado. A primeira abordava a avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes (Lopes, 2016). A segunda tratava da adequação do programa ao contexto brasileiro para a promoção da saúde e prevenção do uso de drogas (Pedroso, 2017).

Indicações sobre a formação e ampliação da fidelidade. O encontro 3 ofereceu terreno para discussões mais profundas sobre o papel da formação dos professores na condução do programa. Alguns participantes defenderam que o processo de formação é a etapa mais valiosa para se alcançar uma implementação fiel do programa, ressaltando a relevância do professor nesse processo. Destaca-se que o *Unplugged*, em sua origem, não apresenta essa defesa, ele destaca a relevância da formação como momento de aprendizagem das técnicas, mas não necessariamente o professor como o agente responsável por entender e criticamente conduzir o processo preventivo.

Nessa direção, a discussão seguiu para o questionamento sobre a interferência da crença dos professores em relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas na implementação do programa. Destacou-se que o paradigma de prevenção preconizado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Brasil, 2015b) não é discutido, ou sequer comentado, na formação de profissionais cujo foco tem sido nos pilares do programa (crenças normativas, habilidades de vida e pensamento crítico frente a informação sobre drogas), mas sem tocar em como esses pontos se aproximam do paradigma de prevenção preconizado. Assim, o que se observa é um aceite dos pilares do programa, sem questionamento profundo de que prevenção o programa está falando.

Outros dois aspectos destacados foram a identidade do professor como responsável por (1) "salvar" os alunos do uso de drogas associada (2) a fragilidades e lacunas de sua formação no uso de técnicas interativas e dinâmicas nas quais a expectativa é de que ele seja um mediador, facilitador de trocas e não detentor do saber. Esses dois pontos se expressam em demandas dos professores por informações sobre drogas e busca destas informações em materiais pedagógicos externos ao guia, assim como em pedidos explícitos de professores de diferentes cidades brasileiras para que fossem incluídos momentos de ensino

e compartilhamento de técnicas de manejo de grupo durante a formação inicial. Parece haver uma indicação de que atividades absolutamente relevantes ao programa, como a organização das cadeiras em círculo ou o trabalho em pequenos grupos, por exemplo, se apresentam como desafios para a condução fiel do programa pelo professor.

Foram reproduzidas também falas de professores sobre escassez de formação teórica. Professores indicam uma busca do sentido em relação às atividades e aos objetivos das aulas, sentem-se inseguros ao terem que decidir o que podem retirar, se necessário, ou substituir. Indicam que a clareza teórica seria útil para guiá-los na tomada de decisão de adaptações que em muitos momentos se faz real. Discutiu-se a possibilidade da inclusão de um dia teórico, semanas antes da formação regular, como etapa de sensibilização.

Sobre o formato da formação houve a indicação, a partir dos resultados das pesquisas apresentadas, de que a empolgação inicial com o programa, comumente observada ao final do segundo dia de formação, vai perdendo sua força à medida que o professor implementa o programa. Com os desafios do sistema educacional (salas pequenas, muitos alunos, ambiente inadequado para atividades interativas, sobrecarga, pouco apoio da gestão escolar, etc.), o professor vai perdendo o "fôlego" para continuar com os desafios do programa, e o multiplicador local, também com seus desafios institucionais, não parece ser suficiente para manter a implementação com maior fidelidade.

Nesse sentido, os professores indicam que ter um profissional parceiro para a realização da atividade é fundamental, tanto para o planejamento e organização dos materiais como para a condução das aulas. A discussão desse ponto durante o encontro levantou algumas possibilidades, como a aplicação do programa em dupla de professores ou a inclusão do coordenador pedagógico como uma dupla para o professor implementador.

Sobre o multiplicador local. O reconhecimento de sobrecarga dos professores levantou também a discussão sobre as múltiplas tarefas que têm sido atribuídas ao multiplicador local, figura inserida no programa em 2014, mas com maior participação autônoma em 2015 e 2016. O modelo inicial de transferência de tecnologia levou a criação desse novo papel e atribuição à essa figura de tarefas

que eram desenvolvidas pelo multiplicador nacional, vinculado ao governo federal. Nessa inclusão, ao multiplicador local foi atribuída a responsabilidade de oferecer suporte teórico, técnico, logístico e institucional aos professores e profissionais de saúde implementadores, bem como algumas negociações políticas com gestores locais, sem receber em troca nenhum suporte financeiro ou redução da carga-horária ou diminuição de tarefas desenvolvidas anteriormente. Por fim, o que se observa é que o modelo utilizado para se conseguir autonomia local na verdade denuncia a insustentabilidade desse modelo complexo, solitário e multitarefa em larga escala.

A partir da discussão sobre formação e fidelidade, o grupo envolvido no GT reconheceu a necessidade de ouvir diretamente os professores. Os participantes perceberam que narravam histórias ou repetiam comentários dos professores, mas que não havia nenhum professor presente. Assim, decidiu-se que o tema do próximo encontro seria "*Fala aí, professor*!", para ouvir quais eram as demandas reais desses profissionais. Paralelamente, a equipe do MS criaria um roteiro de observação de aulas e um roteiro de entrevista com professores que estão implementando o programa ao redor do país. A aplicação dessas observações e entrevistas aconteceu em paralelo ao GT nos meses de outubro e novembro de 2016 e seus resultados são apresentados com detalhes no próximo capítulo 12 do presente livro.

4º Encontro: Fala aí, Professor!

Como já introduzido acima, o foco do encontro foi ouvir os professores. Para tanto, foram convidados professores que já implementaram o programa ou estavam implementando o programa em cidades de diferentes regiões do Brasil. Estiveram presentes professores dos estados do Acre, Ceará, Rio Grande do Norte e São Paulo, além dos profissionais dos ministérios e pesquisadores.

A escolha dos professores participantes foi aleatória. Contemplando sugestões de formadores federais, gestores locais e disponibilidade de agenda dos próprios professores. Sobre o perfil dos profissionais, constatou-se algo diversificado quanto a experiência com o #Tamojunto e quanto à disciplina que ministravam. Participaram professores que aplicam o programa há três anos, outros há dois anos e alguns tendo a sua primeira experiência em 2016. As disciplinas variaram bastante, por exemplo, história, matemática e ensino religioso.

Relação do #Tamojunto com outras atividades/conteúdos. Os professores de disciplinas de humanas, como história, comentaram a possibilidade de incluir os conteúdos do #Tamojunto em seus conteúdos de história moderna, por exemplo. Entretanto, o que ficou nítido em suas falas foi que as aulas do #Tamojunto ainda são aulas específicas e desarticuladas dos conteúdos regulares da escola. Em resumo, todos os professores veem o potencial benefício do #Tamojunto ser inserido de forma mais interdisciplinar, relacionando-o aos demais conteúdos regulares, mas não veem espaço e forma de fazê-lo. Em outra direção, foi quase unânime a fala de professores afirmando que utilizam os energizadores em outras aulas.

Primeira aplicação e replicação do programa. O primeiro e comum ponto destacado pelos professores que estão em sua primeira experiência com o programa é a limitação do tempo. Limitação essa relacionada a (1) impossibilidade de realizar todas as atividades propostas pelo guia do professor e (2) a limitação do número de aulas da sua disciplina. A não condução de todas as atividades propostas para as aulas fazia com que os professores sentissem que estavam aplicando parcialmente o programa, segundo suas falas.

Em geral, os professores afirmam achar a reaplicação mais fácil, que se sentiram mais seguros para fazer adaptações e que "perdem o nervosismo". Citaram diferenças entre as aulas, dizendo que o início é sempre um desafio e que as aulas finais são mais interessantes. A opinião geral é que a descrição do passo-a-passo das atividades é ótima, o problema é o tempo de execução.

Adaptações no conteúdo e forma e condução das aulas. Unanimemente, todos os professores dizem que fazem adaptações. O principal motivo: o tempo das aulas que é inviável para realizar todas as atividades propostas. Os professores percebem a relevância de manter o passo-a-passo das atividades. Entretanto, se dividem quando alguns dizem se sentir à vontade para fazer as modificações enquanto outros dizem que gostariam de ter algo mais claro sobre as adaptações, preferencialmente uma diretriz coletiva e menos do desejo do professor.

Outros pontos motivadores das adaptações são o número de alunos por turma e as condições das salas de aula. Para os professores, conduzir as aulas com

25-30 alunos é possível, entretanto as turmas têm, em média, 40 alunos. Professores narram também desafios estruturais da escola e comunidade. Em relação a estrutura, vivem cotidianamente a dificuldade em mover as cadeiras que "são pesadas" e, com isso, gasta-se muito tempo organizando a sala em círculos. Dificuldades comunitárias estiveram mais relacionadas à influência do tráfico de drogas.

Os professores sentem-se provocados ao terem que decidir entre dar conta do conteúdo regular ou oferecer algo para os educandos que atenda a demanda de temas da vida real. Há também as impossibilidades e desejo de conduzir todas as atividades propostas no Guia do Professor, mas que são substituídas por atividades já conhecidas dos professores ou que eles sabem que os alunos gostam. Notou-se, ainda, contradições na forma como se relacionam com os energizados, pois ao mesmo tempo em que utilizam energizadores em outras aulas e reconhecem que os educandos adoram os energizadores, esses são os primeiros a serem suprimidos pela ausência de tempo.

Apoio da gestão escolar. Pelas falas dos professores parece que a inclusão do #Tamojunto na rotina escolar e no espaço institucional ainda é um desafio, pois o programa tende a ser visto como "o programa do professor" e não da escola. Todos destacam o papel da gestão como fundamental para fomentar o contato com os outros professores e validar o programa como sendo da comunidade escolar. Em uma escola, o #Tamojunto era uma das pautas fixas nas reuniões institucionais conduzidas pelo diretor ou pelo coordenador da escola, o que foi avaliado como positivo. Algo emblemático na fala dos professores é o quanto eles se sentem sozinhos na condução do programa na escola. Indicam que um possível motivo é o fato do programa ficar restrito aos 8º anos e com isso não se torna um projeto de toda escola.

Formação dos professores. Os professores comentaram que o convite para a formação é um ponto sensível do programa. Em geral, os professores só descobriram sobre o que era a formação ou como era o programa quando já estavam participando da formação de profissionais. A escolha dos professores é outro ponto sensível. Em sua maioria, os gestores escolheram os professores que acreditam ter relação aberta com os alunos, mas sem saber do interesse desse profissional em trabalhar com o tema ou o interesse de outros professores.

Entretanto, quando estão na formação, essa é vista como um dos pontos altos do programa. Professores afirmam que poder passar pelas aulas antes de aplicar e receber *feedback* sobre sua condução são etapas fundamentais para aplicarem as aulas. Destacam enfaticamente que só receber o guia não seria suficiente.

Professores destacaram a relevância da formação de atualização, como espaço rico de receber e dar feedback e pelas trocas com outros professores. Algumas escolas, principalmente em cidades do Ceará realizaram autonomamente uma formação complementar, incluindo conteúdo de direitos humanos.

Oficinas de pais e responsáveis. Embora esse não tenha sido um ponto de discussão originalmente proposto, as oficinas de pais foram um tema constante na fala dos professores. Parece que a oficina ocupa um lugar de cuidado dos profissionais como pais e lugar de se repensar a relação da escola com a família. Como esperado, comentaram as dificuldades de adesão, com número reduzido de pais participantes, mas com um "poder transformador" incrível.

Professores sugeriram que as oficinas de pais fossem oferecidas para toda a escola com as seguintes sugestões para melhor adesão: ligar para os pais para convidar para oficina; certificar os pais que participam das oficinas de pai; dar pontos extras aos alunos que convidarem os pais; possibilidade de contar com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde para convidar os pais; e convidar os alunos para participarem das oficinas de pais, inclusive realizando encenações durante as oficinas.

5º Encontro: Alinhamento final e avaliação

O encontro de encerramento foi realizado sem textos, apresentações ou convidados externos. Foi um encontro interno, uma vez que o foco era a avaliação do produzido até então e o alinhamento dos achados. O resumo dos encontros anteriores retomou a discussão sobre fidelidade. Retomou-se a fragilidade do autorrelato dos professores nas pesquisas que, em sua extensa maioria, afirmaram ter concluído as 12 aulas, mas sem uma medida sensível que informe quais atividades realizadas, quais atividades excluídas e quais foram alteradas pelos professores durante a aplicação das aulas.

Recomendações e indicações a partir dos resultados dos encontros

Os encontros apontaram um conjunto de necessidades relativas à revisão do processo de implementação, institucionalização e estratégia de adesão, formação inicial, acompanhamento, qualificação da equipe responsável pela gestão-política e pesquisa. As necessidades identificadas em cada um destes eixos seguem descritas a seguir.

Revisão do processo de implementação. Criar uma lógica de formação continuada em que os professores façam a própria supervisão técnica, algo baseado na abordagem *peer-to-peer*. Essas poderiam acontecer pela substituição das visitas no território do multiplicador local por visitas do professor a outra escola ou a um centro de educação que receba professores de várias escolas. Seria necessária a criação de um roteiro ou uma tarefa específica a concluir, algo semelhante ao processo de aprendizagem por projeto (utilizado em algumas universidades). Outros possíveis espaços seriam fóruns presenciais, grupos nas redes sociais e encontros de avaliação de processo, por exemplo.

Rever a necessidade de dois dias inteiros e sequenciais de formação. É desejável que esses dois dias sejam divididos entre um dia inteiro antes de iniciar o programa e o segundo dia um mês após o início do programa, a fim de que se tenha dados reais da implementação e permita a troca de experiências e fortalecimento da rede de implementadores. Ou que a formação seja de três dias, com a inclusão de um dia anterior ao da formação inicial em que se discutam pontos já apontados (paradigma de prevenção, pedagogias participativas etc.), como um dia de alinhamento. Em acréscimo, incluir no modelo de implementação, momento(s) de retorno de informações e "afetos" aos gestores locais e tomadores de decisão, como, por exemplo, eventos de encerramento, feiras de exposição de alcances, produções gráficas (livros/relatórios com fotos e depoimentos), encontros de *feedbacks* de resultados estatísticos locais.

Revisar o papel e atribuições do multiplicador local. Em curto prazo, garantir que ele não ocupe o lugar de multitarefas, decidindo uma tarefa única que será de sua responsabilidade, as demais deverão ser distribuídas entre os atores relevantes do processo de implementação. Repensar também qual seria

o profissional indicado para ser o multiplicador (gestor municipal, gestor do território, coordenador pedagógico, alguém indicado pelo território após a adesão etc.). Outra possibilidade seria formar o multiplicador local para que seja o articulador das Diretorias Regionais de Ensino e as Supervisões de Saúde, por exemplo. Em suas atribuições seria um articulador que garante as reuniões e institucionalmente o programa, deixando para outros espaços como troca de experiências guiadas e à EaD, a supervisão técnica dos professores.

Investir tempo e recursos no desenvolvimento de uma plataforma EaD. Em médio e longo prazo garantir que: (a) haja um espaço virtual, divertido e com exemplos reais para a formação técnica de professores; (b) haja um espaço virtual de formação técnica para o multiplicador local acompanhar e fazer a gestão de seus territórios; (c) lançar um "prêmio" ou "certificado de reconhecimento" de inovações para o #Tamojunto, anualmente, e convidar atores chaves das gestões que se quer agregar ao processo como jurados.

Institucionalização e estratégias de adesão. Constatou-se a centralidade de identificar (ou desenvolver) estratégias para garantir a institucionalização do programa como escolar e comunitário e não do professor ou do profissional de saúde. Destaca-se que as estratégias precisam ser multimodais, ou seja, ter diferentes formatos e, preferencialmente, atingir o número mais diverso de atores relevantes ao ambiente escolar e comunitário. As sugestões, apresentadas ao longo dos encontros, resumidamente, foram:

- apresentar o programa a todos os professores e todos os profissionais do equipamento de saúde de referência
- voltar a enviar e-mails como rotina de trabalho (formadores federais para gestores municipais e estaduais e multiplicadores locais para gestores locais e profissionais implementadores)
- garantir uma reunião, breve, com diretores/coordenadores pedagógicos e chefes de serviços de saúde, como etapa de adesão ao programa e convite para que participem ou não da formação e liberem e ofereçam suporte aos professores e profissionais da educação
- incluir momento de familiarização antes da implementação das aulas em um modelo inspirado na "etapa de familiarização" do Programa Elos, por exemplo, com a perspectiva da construção de uma nova cultura escolar
- em escolas que já implementaram o programa, incluir um momento em que os educandos que já passaram pelo programa possam convidar os educandos que irão passar e compartilhar experiências vividas. Incluir professores que não participaram do programa para assistir esses convites
- incluir espaços de cuidado e escuta aos professores em que se reconheçam seus esforços e o cansaço da rotina
- garantir um agente externo no acompanhamento do processo de implementação. Esse ponto esteve presente em todos os relatos de pesquisa. Entretanto, sugere-se que se reveja quem é essa figura na nova lógica de implementação do programa
- investir nas oficinas de pais como importante meio de sensibilização afetiva para professores e gestores locais

É recomendável, ainda, desenvolver um instrumento objetivo de mapeamento de todos os atores e as variações regionais, incluindo a identificação de experiências anteriores de prevenção do território. O formato das redes de matriciamento do SUS pode ser uma fonte interessante de inspiração.

Formação inicial. Avaliar as vantagens e desvantagens de incluir na formação a discussão sobre o paradigma de prevenção preconizado pelo Ministério da Saúde e as características de "competência cultural" (Nobre-Sandoval, Côrrea, & Abreu, 2015) dos professores. Assim, a formação visaria garantir que os professores tenham maior conhecimento do programa e dos princípios da prevenção ao escolherem por adaptações que mantenham o que é essencial no programa; bem como as habilidade de manejo de grupos, escuta e *feedback* empático, com pedagogias mais participativas e de menor interferência ativa do professor; e a "inteligência" lógica por trás das atividades do programa (o motivo da ordem das atividades, o motivo da repetição de alguns conteúdos, a relevância do energizadores e do trabalho em pequenos grupos, a razão para estarem em círculo, a relevância das encenações, etc.).

Avaliar a possibilidade de incluir um instrumento de avaliação pós-formação para checar o que foi absorvido pelo professor. No modelo de um *checklist*, esse instrumento

simples poderia balizar o conteúdo e as necessidades de formação continuada desse grupo após a formação. E, ainda, convidar professores que já aplicaram o #Tamojunto e dedicar um momento da formação para que esses profissionais compartilhem suas experiências com os professores que estão em formação.

Acompanhamento do processo de implantação nas escolas. Identificar professores ou multiplicadores locais "sênior" do #Tamojunto e criar um sistema horizontal de *feedback* professor-professor. Para tanto, poderia ser oferecida uma formação breve e substancial a esses profissionais, seguida de convite para que façam visitas de acompanhamento em outros territórios. Sugere-se, ainda, fazer intercâmbios entre os profissionais para garantir que os territórios que disponibilizam profissionais sejam assistidos por profissionais de outros territórios e que o ponto chave identificado pelas pesquisas e falas dos professores, como o "agente externo", sejam garantidos. Outra indicação seria avaliar a possibilidade de manutenção das observações em sala de aula como etapa de avaliação de processo e monitoramento contínuo.

Qualificação da equipe responsável pela gestão e implementação da política. Investir tempo e recursos na aproximação com outros países que estão realizando o programa, por meio do EU-DAP, do UNODC Viena e Brasil, a fim de fazer parte de uma rede internacional de implementadores do *Unplugged*. Propor intercâmbios internacionais entre implementadores de outros países e implementadores nacionais.

Identificar dentro da equipe #Tamojunto habilidades e conhecimentos dos profissionais que possam ser compartilhados com outros profissionais da equipe. Garantir espaços de trocas entre profissionais da equipe #Tamojunto e de outros programas preventivos do governo federal.

Pesquisa sobre a implantação do Programa de Prevenção. Estimular a realização de outras pesquisas, sem a necessidade de demanda e recurso do Ministério da Saúde. A indução pode ocorrer pela identificação de grupos de pesquisas na Plataforma *Lattes* com um chamamento oficial do Ministério da Saúde de disponibilidade de campo de pesquisa para pesquisadores interessados;

convite para que participem de reuniões de gestão com temas de interesse para pesquisadores; e por meio de Editais Diretos com os CRRs da SENAD/Ministério da Justiça. Garantir que os grupos de pesquisas convidados sejam de diferentes abordagens e campos do saber, como, por exemplo, saúde pública, promoção da saúde, assistência social, educação continuada, psicologia, educação em saúde e de diferentes organizações, como universidades, fundações, iniciativa privada, entidades filantrópicas e associações de pesquisa.

Contratar ou convidar, por meio de edital, um grupo de especialistas para criar o Modelo Lógico ou Teoria da Ação do programa, a fim alcançar indícios mais específicos sobre quais são os elementos essenciais do programa. Assim como solicitar informações sobre os elementos centrais do programa *Unplugged* aos desenvolvedores e pesquisadores internacionais.

Identificar parceiros em universidades ou centros de pesquisa que poderiam desenvolver avaliações diversas, como, por exemplo: avaliação qualitativa da qualidade da relação professor-aluno; avaliação de fidelidade da implementação epidemiologicamente; avaliação minuciosa aula a aula para identificar os desafios reais de aplicação e possíveis heterogeneidades entre as aulas, incluindo a identificação de fragilidades de compreensão, recursos e suporte para implementação do programa com alta fidelidade; identificação de quais são os princípios que guiam as intervenções preventivas - #Tamojunto, Elos, Programa Famílias Fortes (algo semelhante aos princípios da reforma psiquiátrica); identificação dos impactos sociais de implementação do programa, para além de dados sobre a frequência do uso de álcool e outras drogas.

Disponibilizar dados gerados espontaneamente pela equipe prevenção para análise de pesquisadores interessados, como: cartazes e fotos de formações e encontros de atualização; dados dos formulários do DATADUS (FORMSUS), bem como convidar pesquisadores para contribuírem na revisão dos formulários do FORMSUS para que se torne uma fonte confiável de dados sobre a implementação.

Considerações finais

Os pontos trazidos pela equipe de especialistas, pesquisas científicas e a fala dos professores oferecem pistas sobre o motivo de tantas adaptações

serem feitas pelos professores na condução do programa. Suscintamente, o GT identificou que: o professor desconhece ou não se identifica com o paradigma de prevenção preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015b); tem dificuldades na condução de atividades interativas pela baixa exposição a esse tipo de atividade durante a sua formação como docente; sente-se responsável por passar informações sobre o uso de drogas e seus riscos; ou não compreende o sentido teórico que sustenta a atividade. Todos esses fatores associados à reconhecida impossibilidade de realizar todas as atividades no tempo proposto do Guia do Professor, fazem com que se torne previsível e compreensível o fato do professor realizar adaptações ao longo da condução das aulas.

Ainda há muito a entender sobre o processo de implementação do Programa #Tamojunto e o Grupo de Trabalho (GT) não abarcou toda essa complexidade. Uma das limitações do GT foi a decisão de focar nas 12 aulas, com amplo destaque para o papel do professor como implementador das aulas e responsável por garantir a fidelidade. De qualquer forma, sugere-se que a continuidade do GT faça novos recortes de análise e busque mecanismos para garantir a relação dos resultados discutidos em profundidade no GT com questões macro da implementação do #Tamojunto na perspectiva de política pública. Por agora, a questão central é o tempo.

A necessidade de revisão do tempo de aula é, indiscutivelmente, a revisão mais urgente do programa. Entretanto, o como revisar o tempo das aulas permanece sem resposta e contará com decisão da equipe implementadora do #Tamojunto. Diversas sugestões e questões surgiram ao longo dos encontros, tais como: será que a decisão seria ampliar a duração da aula? Retirar atividades? Fazer aulas em dupla de professores? Fazer aulas juntas, como por exemplo 1 e 2 e aumentar a frequência entre as aulas? Retirar algumas aulas, como a do álcool?

Como visto, as questões se mantêm pela ausência da resposta à pergunta sobre quais são os elementos centrais do programa #Tamojunto. Os alcances do GT permitiram uma análise mais macro dos resultados da literatura nacional e internacional, mas não garantiram resposta precisa à pergunta. Alguns questionamentos que seguem: essa é, de fato, a pergunta que guiará as adaptações? E se essa resposta é algo possível de conseguir em um intervalo curto de tempo? E, se tomada a decisão de buscar essa resposta, qual seria o formato de pesquisa e perfil de profissionais habilitados para alcançar a resposta?

Por fim, a relação entre a realidade e os resultados das pesquisas aqueceram e perpassaram todos os encontros, fomentando a discussão sobre o que são resultados de eficácia em prevenção. Um legado desse GT foi a ampliação do que se quer alcançar com a prevenção. Nesse Grupo de Trabalho, as intervenções preventivas foram vistas como agentes de mudanças sociais, para além dos resultados em padrões de uso de álcool e outras drogas. Essa ampliação de perspectiva e entendimento da prevenção se sustenta em estudos e achados sobre perfis de desigualdades sociais no Brasil (Souza, 2009), perfil do usuário de drogas (Bastos & Bertoni, 2014; Souza, 2016) e a própria discussão sobre os paradigmas em relação ao uso e problemas relacionados ao uso de drogas (Brasil, 2015b, Canoletti & Soares, 2005). Assim, a pauta prevenção álcool e outras drogas é também parte da pauta sobre justiça social e redução das desigualdades.

Lições aprendidas

- A importância da participação de diferentes atores, integrando ensino, serviço e gestão na construção de diagnóstico e criação de estratégias de treinamento e implementação.
- A troca de saberes e práticas a partir dos contextos e arranjos locais, para identificação de barreiras e possibilidade na implementação.
- A busca das evidências disponíveis para apoiar a tomada de decisão, considerando os desafios e diagnósticos da equipe de gestão e serviço.
- A construção de consensos acerca do que foi apresentado em cada encontro apontando os aspectos convergentes e divergentes.
- O reforço da educação permanente para quem desenvolve o #Tamojunto nos territórios.
- A criação de uma cultura de avaliação com a participação social de vários atores para o reforço dos aspectos satisfatórios e para construção de respostas aos desafios apresentados nos processos de implementação dos Programas de Prevenção, especificamente no #Tamojunto.

Referências

Bastos, F. P. M., & Bertoni, N. (Org.). (2014). P*esquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Fiocruz - ICICT.

Brasil (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados: Prevenção do uso de álcool e outras drogas em escolas e comunidades (2013-2015).* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília: Ministério da Saúde.

Canoletti, B., & Soares C. B. (2005). Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9*(16), 115-129. doi: 10.1590/S1414-32832005000100010

Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., Galanti, M. R. (2011). The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health, 11*(1), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-11-312

Colby, M, Hecht, M. L., Miller-Day, M., Krieger, J. L., Syvertsen, A. K, Graham, J. W., & Pettigrew, J. (2013). Adapting school-based substance use prevention curriculum through cultural grounding: a review and exemplar of adaptation processes for rural schools. *American Journal of Community Psychology, 51*(1-2), 190-205. doi: 10.1007/s10464-012-9524-8

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, H. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237

Emmers, E., Bekkering, G. E., & Hannes, K. (2015). Prevention of alcohol and drug misuse in adolescents: an overview of systematic reviews. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 32*(2), 183-198. doi: 10.1515/nsad-2015-0019

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2009). School-based prevention for illicit drugs' use: a systematic review. *Prevention Medicine, 46*(5), 385-396. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.11.012

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Systematic Review, 12*. doi: 10.1002/14651858.CD003020.pub3

Giannotta, F., Vigna-Taglianti, F., Galanti, M. R., Scatigna, M. & Faggiano, F. (2014). Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *Journal of Adolescent Health, 54*(5), 565-573. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.10.009

Griffin, K. W., & Botvin, G. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 505-526. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.005

Gusmões, J. D. S. P., Sanudo, A., Valente, J. Y., & Sanchez, Z. M. (2017). Violence in Brazilian schools: Analysis of the effect of the #Tamojunto prevention program for bullying and physical violence. *Journal of Adolescence, 63*, 107-117. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.12.003

Hanley, S., Ringwalt, C., Vincus, A. A., Ennett, S. T., Bowling, J. M., Haws, S. W, Rohrbach, L. A. (2009). Implementing evidence-based substance use prevention curricula with fidelity: the role of teacher training. *Journal of Drug Education*, 39(1), 39-58. doi: 10.2190/DE.39.1.c

Horr, J. F. (2015). *Avaliação da satisfação do processo de implementação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/160640

Isensee, B., Hansen, J., Maruska, K., & Hanewinkel, R. (2014). Effects of a school-based prevention programme on smoking in early adolescence: a 6-month follow-up of the 'Eigenständig werden' cluster randomised trial. *BMJ Open, 4*(1). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004422

Leea, N. K., Camerona, J., Battams, S., & Rochea, A. (2016). What works in school-based alcohol education: a systematic review. *Health Education Journal, 75*(7), 780-798. doi: 10.1177/0017896915612227

Lopes, J. M. (2016). *Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes* (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167905

Medeiros, P. F. P., Cruz, J. I., Schneider, D. R., Sanudo, A. & Sanchez, Z. M. (2016). Process evaluation of the implementation of the *Unplugged* Program for drug use prevention

in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 11*(1), 1-11. doi: 10.1186/s13011-015-0047-9

Medeiros, P. F. M. (2016). *Avaliação do processo de implantação do programa Unplugged de Prevenção ao Uso de Drogas em escolas de São Paulo e Santa Catarina* (Tese de Doutorado). Disponível em http://repositorio.unifesp.br/e/11600/41877;jsessionid=92388DB46688FD1ACAFB429E1594A2CC

Miller-Day, M., Pettigrew, J., Hecht, M. L., Shin Y., Graham, J., & Krieger, J. (2013). How prevention curricula are taught under real-world conditions: types of and reasons for teacher curriculum adaptations. *Health and Education (London), 113*(4), 324-344. doi: 10.1108/09654281311329259

Nobre-Sandoval, L. N., Corrêa, A. O. & Abreu, S. (2015). Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Pedroso, R. T. (2017). *Evidências em prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto de políticas públicas de saúde e educação* (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/32088

Peres, G. M. (2014). *O processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128743

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 271-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

Ronzani, T. M., & Silveira, P. S. S. (2014). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. Juiz de Fora: Ed. UFJF.

Sanchez, Z. M., Sanudo, A., Andreoni, S., Scheneider, D., Pereira, A. P. D., & Faggiano, F. (2016). Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health, 16*(1) 1-9. doi: 10.1186/s12889-016-3877-0

Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Sanudo, A., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Schneider, & Andreoni, S. (2017). The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science, 18*(7), 772-782. doi: 10.1007/s11121-017-0770-8

Souza, J. (2009). *Ralé brasileira: quem é e como vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG.

Souza, J. (2016). *Crack e exclusão social.* Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Disponível em https://cepad.ufes.br/sites/cepad.ufes.br/files/field/anexo/Livro%20Crack%20e%20exclus%C3%A3o%20social_Digital_WEB.pdf

Strøm, H. K., Adolfsen, F., Fossum, S., Kaiser, S., & Martinussen, M. (2014). Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 9*(1), 1-11. doi: 10.1186/1747-597X-9-48

CAPÍTULO 12

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DE AULAS DO #TAMOJUNTO: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR A AVALIAÇÃO DE FIDELIDADE AO MODELO

Adriana Assmann Simonsen
Jane Moraes Lopes
Rebeca Chabar Kapitansky
Marina Ramos da Rocha Paes
Nathan Luz de Beltrand

Resumo

O conhecimento detalhado da experiência de implementação de um programa preventivo é considerado essencial para tomadas de decisão em relação ao projeto, podendo contribuir para seu aprimoramento, adaptação cultural e processos formativos de profissionais envolvidos. Este capítulo apresenta um Instrumento de Observação Sistemática em sala de aula como estratégia para qualificar a avaliação de fidelidade ao modelo do Programa #Tamojunto, desenvolvido pela equipe responsável pela adaptação cultural, implementação e monitoramento dessa metodologia preventiva no período de 2013-2018. Durante o acompanhamento da implementação do #Tamojunto, embora os relatos sobre atividades realizadas frequentemente reproduzissem discursos alinhados às propostas do Programa, pareceu necessário verificar objetivamente a qualidade da intervenção executada. Mais que registrar a realização ou não das atividades previstas para cada aula, conforme modelo original de avaliação, o instrumento de observação configurou-se como um protocolo de avaliação baseado em indicadores definidos a partir do modelo teórico e metodologia do #Tamojunto. Assim, a observação sistemática por um avaliador externo proporcionaria informações sobre "como" as atividades estavam sendo conduzidas pelo professor(a) facilitador(a), identificando a presença ou não dos elementos

centrais do Programa, a ocorrência de eventuais adaptações individuais realizadas pelo professor durante as aulas, impactos relacionados à formação e experiência prévias dos(as) implementadores(as). Considera-se que a observação sistemática possa qualificar a coleta de dados de monitoramento, recurso formativo, havendo possibilidade do retorno do conhecimento gerado para o constante aprimoramento do #Tamojunto, processos formativos e implementação do Programa.

Palavras-chave: prevenção, programa #Tamojunto, avaliação de fidelidade, instrumento de observação, implementação.

Contextualizando o surgimento da proposta de elaboração de um roteiro de observação

No processo de adaptação cultural, como já aprofundado no capítulo 6 deste livro, estão envolvidos tanto os aspectos mais superficiais (ajuste na forma, linguagem, música, imagens, cores, layout), quanto os mais estruturais, abarcando desenho e modelo de implementação, concepções conceituais e o trabalho de adequá-las ao novo contexto histórico e social de implementação (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000). É nesse contexto (implementação do Programa #Tamojunto no Brasil no ano de 2016), e como um dos braços do trabalho de adaptação cultural, que se estrutura a proposta do Instrumento de Observação em sala de aula, tema central deste capítulo.

Conforme modelo de avaliação do *Unplugged,* Programa que deu origem ao #Tamojunto, facilitadores deveriam preencher o "Formulário aula a aula" (Lopes, 2016) após cada aula realizada, no qual registravam a ocorrência ou não das atividades programadas para o encontro: abertura, energizador, atividade principal (incluindo a subdivisão em etapas quando havia mais de uma), encerramento e palavras finais. Desse modo, informações sobre a quantidade de atividades realizadas a cada aula eram coletadas na perspectiva do(a) professor(a), no registro binário do "feito" e "não feito".

Ao acompanhar e avaliar o processo de implementação e adaptação do Programa #Tamojunto no Brasil, observou-se que esse instrumento parecia não

responder a uma importante questão: "Afinal, *como* as atividades estavam sendo realizadas?" Ainda que os dados referentes à quantidade de atividades e aulas realizadas estivessem disponíveis, não havia nenhuma notícia de processo: "como, de fato, determinada atividade tinha transcorrido?"; "os elementos centrais do Programa haviam sido observados?"; "qual a profundidade (objetivos, sentido, consequências, alcance) de possíveis adaptações individuais realizadas pelo(a) professor(a) em decorrência da situação real de implementação em sala de aula e que relação haveria entre essas adaptações e o perfil e bagagem de formação e experiência do(a) educador(a)?". Além disso, considerava-se a possibilidade da ocorrência de um viés pelo fato do(a) observador(a) ser também o objeto de sua observação: naquele caso era o(a) próprio(a) professor(a) quem preenchia o instrumento descritivo da sua aula.

Como previamente mencionado, a coleta de informações em contexto de visitas de acompanhamento de processo, seja por meio do "Formulário aula a aula", seja através de relatos sobre a prática, apresenta o limite de que o relato da prática nem sempre coincide com a prática em si: por vezes, professores(as) reproduziam discursos que se aproximavam do paradigma e formato do #Tamojunto, mas que não se confirmavam em sua prática cotidiana de condução do Programa. Em ocasiões específicas, nas quais observadores(as) externos puderam ter contato direto com a facilitação[22] das aulas, adaptações realizadas pelo(a) implementador(a) e desafios percebidos pareciam passar ao largo do que aparecia no relato dos(as) professores(as). Nesse sentido, conhecer - sob novos olhares - o que acontecia em sala de aula despontava como necessidade essencial para futuras tomadas de decisão em relação à implementação do Programa.

Desse modo, por meio de reflexões sobre as potências e as limitações do instrumento original de avaliação da quantidade de atividades/aulas realizadas, somada à emergente demanda por dados sobre a fidelidade ao modelo que permitissem verificar em que medida as intervenções realizadas correspondiam à proposta do Programa, a equipe técnica responsável pela implementação desenvolveu um Instrumento de Observação em sala de aula que indicasse *como* as atividades estavam sendo realizadas. Sua aplicação seria feita de forma

22 O termo "facilitação", utilizado ao longo deste capítulo, se refere à condução das atividades desde uma perspectiva de circulação da palavra entre os participantes, propondo realização das atividades de forma interativa e dinâmica e oportunizando o protagonismo entre os jovens. O facilitador é responsável pela mediação durante momentos de discussão e construção de um ambiente de grupo acolhedor.

complementar às entrevistas individuais com educadores(as) responsáveis pela condução das aulas.

Às questões anteriores, acrescenta-se a importância do Instrumento de Observação em sala de aula como uma potencial ferramenta de formação continuada, objetivando qualificação permanente dos(as) professores(as) implementadores(as), inclusive a partir da avaliação de sua experiência com o #Tamojunto. Hipotetiza-se que a presença de um terceiro, ainda que no papel de observador(a), possa incidir na dinâmica do grupo e interferir na qualidade da interação - no caso, o(a) observador(a) externo seria considerado(a) um elemento interveniente na relação dinâmica entre professor(a) facilitador(a) e sua turma de educandos(as). Um desfecho possível para essa interferência poderia ser, por exemplo, professores(as) passando a se preparar mais para a condução da aula, uma vez que soubessem que estariam sob observação de alguém. A situação de estar sendo observado(a) pode, também, produzir inseguranças, desconfortos e incidir na espontaneidade com que se maneja determinada situação. Quanto ao(a) observador(a), existe o desafio de conseguir destacar, entre os diversos movimentos que acontecem a cada segundo em sala de aula, o que é digno de nota, de registro e ignorar o que não passa de estilo pessoal. Além disso, como um possível efeito positivo destaca-se que ao observar o manejo do outro, o(a) próprio(a) observador(a) está em processo de formação, se transformando, aprofundando seus conhecimentos em relação ao seu objeto de observação e, por decorrência, melhorando sua prática.

Ao considerar a alternativa do uso das informações obtidas pelo Instrumento de Observação em sala de aula de forma dialogada com o(a) facilitador(a), inclui-se a possibilidade do retorno do conhecimento gerado para a qualificação do trabalho do(a) próprio(a) professor(a) observado(a), alçando esta ferramenta à condição de recurso formativo concomitante ao seu fim de monitoramento e coleta/geração de dados. Dessa forma, o conhecimento emergente a partir das observações de aula funciona exponencialmente no processo de qualificação do desenho e tomadas de decisão sobre processo de implementação do Programa, e no aprimoramento dinâmico dos responsáveis por sua execução junto aos(as) adolescentes.

Ampliando a compreensão sobre fidelidade ao modelo: identificação dos elementos centrais

Para a criação de um instrumento com objetivo de avaliar fidelidade ao modelo, é necessário definir o que se quer mapear e quais aspectos merecem destaque no que tange à "como foi facilitada a aula". Considera-se que o "modelo" seja o Programa #Tamojunto, com pressupostos, metodologia e atividades sugeridas, apresentado aos(as) facilitadores(as) por meio da formação de profissionais. Portanto, não bastaria realizar as atividades propostas conforme a sequência indicada no Guia do Professor[23] para que o trabalho realizado fosse considerado fiel ao modelo, sendo necessário identificar a presença dos elementos centrais, sem os quais a intervenção não seria o #Tamojunto. Daí, emergiu a necessidade de reconhecer e mapear esses elementos, posto que a equipe técnica responsável pelo Programa em sua versão brasileira não encontrou na bibliografia de referência.

Considerados componentes essenciais do Programa, os elementos centrais garantem a realização de práticas de forma lúdica e interativa, voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais, resiliência e fortalecimento de fatores de proteção ao uso de drogas, numa proposta de ação intersetorial coerente com os novos paradigmas de prevenção e promoção de saúde. Partindo-se do pressuposto da responsabilidade intersetorial pela prevenção dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas por adolescentes, de aspectos da dinâmica da metodologia e do relacionamento entre os(as) participantes, destacam-se abaixo os elementos centrais do Programa:

- Intersetorialidade: articulação e fortalecimento das redes de proteção intersetorial nos territórios implementadores do programa, trabalho conjunto entre profissionais e equipamentos da saúde e educação, podendo envolver outros setores parceiros.
- Convite aos participantes: modo como se propõe a participação dos diversos atores nas atividades de formação, aulas e oficinas, reservando a possibilidade de escolher participar ou não, reconhecer habilidades para determinada tarefa entre outros aspectos.

23 O Guia do Professor é parte do kit de materiais de apoio do #Tamojunto. A sessão "Instruções para as aulas" apresenta a sequência de atividades sugeridas para cada aula e explica, detalhadamente, o passo a passo de cada atividade a ser realizada durante as aulas do Programa.

- Atuação do(a) professor(a) como facilitador(a): o(a) professor(a) não assume uma posição de protagonista do processo, como aquele(a) que domina um saber. Seu papel é de facilitar as trocas entres os(as) adolescentes, a partir das ferramentas disponíveis pela metodologia, fomentando um clima de horizontalidade e protagonismo juvenil.
- Horizontalidade: disposição dos(as) participantes em roda favorecendo interação entre todos(as); respeito aos diferentes saberes e posturas entre os(as) participantes; comunicação priorizando as falas entre os participantes em detrimento das falas do(a) facilitador(a).
- Combinados: construção de contrato pelo/para o grupo, o qual é retomado ao longo do processo de forma a criar autonomia e autogestão em relação à interação e convivência entre os(as) participantes durante o tempo da formação. Já os combinados essenciais são falar por si, possibilidade de passar a vez, escuta quando o outro fala, respeito a diferentes opiniões e fala do(a) educando(a) e pais, sigilo, clima de confiança, pontualidade.
- Energizadores: recurso lúdico utilizado para divisão dos(as) participantes em pequenos grupos, descontração, restabelecimento do foco, fortalecimento de vínculos e proximidade entre os(as) participantes.
- Trabalho em pequenos grupos: recurso facilitador da heterogeneidade na composição dos grupos, oportunidade de expressão para todos(as) e interação entre participantes; favorecimento da formação de grupos com diferentes configurações ao longo das aulas.
- Grau de exposição: as atividades promovem, gradativamente, maior exposição dos(as) participantes; o(a) participante pode decidir se preservar quanto à exposição.
- Processamento das atividades: discussão e momentos de reflexão para elaboração/integração das vivências e aprendizagem às situações e desafios da vida real. Individual, no pequeno grupo, com ou sem a interferência do(a) facilitador(a); e no grande grupo.
- Informação: pensamento crítico a respeito das fontes e interesses envolvidos na divulgação de notícias e informações disponíveis.

- Habilidades de vida: atividades focadas no desenvolvimento de habilidades de vida, tais como autoconhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com as emoções e com o estresse, assertividade, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisões, resolução de conflitos/problemas.
- Crenças normativas: questionamento, discussão e oportunidade de revisão de crenças normativas (o que se pensa, reflete a realidade?).
- Sequência das aulas: realização das aulas conforme indicado no Guia do(a) Professor(a).
- Uso dos guias e materiais para planejamento e execução das atividades e registros por parte dos(as) educandos(as).

Desenvolvimento do instrumento

Historicamente, no modelo inicial de implementação do #Tamojunto, a ação dos(as) facilitadores era acompanhada diretamente pelos(as) multiplicadores do Programa: parecia possível verificar como as ações eram realizadas, retomando os principais objetivos e pressupostos nos momentos de supervisão, buscando-se assim a preservação da identidade da metodologia em coerência com as evidências disponíveis à época. Contudo, à medida em que se consolidou a expansão do projeto, deparou-se com o desafio de garantir a continuidade do mesmo sem que houvesse perda da fidelidade ao modelo proposto e da qualidade da intervenção preventiva oferecida, bem como a manutenção de uma prática pautada em novos paradigmas de prevenção[24].

Nessa direção, surgiu a proposta de sistematização de um roteiro de observação que pudesse direcionar o olhar de um(a) observador(a) externo, enfatizando aspectos considerados essenciais para a preservação da fidelidade ao modelo proposto. Uma vez que se tratava de uma iniciativa intersetorial, existia a necessidade de identificar quais eram os reais protagonistas da ação, mapeando os diferentes membros das equipes de educação e saúde que efetivamente se

24 Com o uso do termo "novos paradigmas de prevenção" faz-se referência ao pensamento que compreende a ação em prevenção próxima a uma visão holística e socioambiental do processo saúde-doença, colocando-se como uma prática emancipatória e implicada no reconhecimento das causas dos processos e seus determinantes sociais (Westphal, 2013).

envolveram com a implementação. Qual era o alcance do Programa nesse sentido? Até onde ele fazia parte da rotina de trabalho dos(as) profissionais?

Considerando o investimento público para oferta de materiais, também pareceu importante coletar dados a respeito de como indicações e ofertas se transformam em práticas cotidianas ou não. Daí a sugestão de se verificar se os(as) participantes receberam os materiais que compõem o *kit* do programa e, uma vez tendo recebido, se eles(as) estavam sendo utilizados conforme preconizado ou não, pois, em caso negativo, era importante sabê-lo para avaliar a pertinência da difusão ou oferecer orientações no sentido de discutir e/ou retomar as indicações propostas. Também pareceu necessário saber em que medida e como as aulas e oficinas propostas estavam sendo realizadas, em que sequência, com que duração e de que forma as atividades estavam sendo conduzidas.

Na sistematização do Instrumento de Observação, elencou-se eixos norteadores a partir das demandas identificadas ao longo da experiência de formação de facilitadores(as) e acompanhamento da implementação. Foram considerados prioritários a avaliação de:

- manejo de grupo pelo(a) facilitador(a): habilidade para promover a coesão de grupo, organização da turma para a condução dos energizadores;
- postura do(a) facilitador(a) em relação à atitude de escuta: espaço da aula ocupado pelo discurso/fala do(a) professor(a) e espaço para manifestações e protagonismo do(a) aluno(a);
- paradigma de prevenção presente nas falas do(a) facilitador(a) durante a condução da aula;
- utilização dos materiais pelos(as) facilitadores(as) (quando/onde/como);
- compreensão dos(as) facilitadores(as) em relação às atividades: objetivos, conteúdo, dinâmica de condução;
- relação do Programa com a escola: estaria sendo implementado como uma proposta da escola e parte das atividades curriculares propostas ou seria uma proposição individual do(a) professor(a)/facilitador(a)?.

A observação de aulas do #Tamojunto ofereceria, potencialmente, a possibilidade de avaliar fidelidade da implementação em relação ao modelo do Programa, a verificação dos paradigmas de promoção de saúde e prevenção

presentes durante realização da intervenção e a coincidência ou não desses paradigmas com o preconizado pelo programa, e as adaptações realizadas pelos(as) implementadores(as). Chama-se a atenção para o pressuposto de que, a despeito de um modelo proposto, cada facilitador(a) faria adaptações a sua realidade de trabalho, conforme condições próprias e institucionais para realização das atividades do Programa.

Inicialmente, foi realizado um levantamento de necessidades relativas ao processo de construção do instrumento, reconhecendo dados já coletados através de outros instrumentos de monitoramento existentes e dados a serem produzidos a partir das observações de aulas, de modo a evitar duplicação de informações.

A composição do material de apoio para observação levou em conta a necessidade de oferta de roteiros/formulários de fácil utilização e replicáveis em diferentes contextos de implementação do Programa. Assim, um roteiro de observação foi elaborado com base nos eixos norteadores levantados, seguido de uma primeira testagem do instrumento em diferentes contextos de implementação do Programa: professores(as) com/sem experiência anterior com o Programa; presença ou não de apoio institucional; escolas municipais/estaduais; educandos(as) colaboradores/turmas de difícil manejo. Conforme proposta inicial, seriam utilizados três instrumentos:

- Instrumento 1. Contextualização, que localiza quem é o(a) informante, instituição de origem e sua experiência com o programa; inserção do programa no planejamento anual da escola e presença/ausência de outras ações preventivas na unidade (Apêndice 1).
- Instrumento 2. Roteiro de observação da aplicação do #Tamojunto em sala, que avalia fidelidade ao modelo, tempo previsto/duração da aula, tempo de fala do(a) professor(a), número de participantes presentes, número dos que participam/recusam atividades, local da aula, materiais utilizados, modelo de prevenção utilizado, escuta, circulação da palavra, interatividade, condução da aula (domínio de técnicas, uso de material), clima de confiança (combinados, direito de passar a vez, direito à recusa, sigilo), avaliação das aulas, realização de atividades previstas (duração, adaptações), atividades retiradas/substituídas/incluídas (Apêndice 2);

- Instrumento 3. Roteiro de entrevista com o(a) professor(a), que identifica formação, área de atuação, experiência como educador(a), experiência com o Programa, avaliação sobre relevância do Programa, realização de planejamento de aulas, utilização de métodos alternativos de ensino/aprendizagem, apoio da gestão escolar à implementação; inclui questões sobre aceitabilidade, por que aceitou implementar o Programa, conhecimento sobre outros Programas de prevenção, aulas consideradas mais e menos interessantes, facilitadores e dificultadores da implementação, comunicação com colegas, compartilhamento de experiências, recomendaria ou não o Programa, intenção de aplicar novamente (Apêndice 3).

Reflexões a partir da experiência das observações das aulas e entrevista com os professores: contribuições dos instrumentos

De modo geral, a atitude dos(as) facilitadores que receberam o(a) observador(a) em suas aulas foi positiva e de abertura, parecendo que a situação chegou a motivá-los(as) a se envolverem mais com a implementação inclusive na busca de *feedback* imediato após as aulas observadas. Na experiência de acompanhamento do processo de implementação do Programa, não raro, responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento do processo de implementação do #Tamojunto são convidados a participar das aulas, e os(as) facilitadores(as), satisfeitos com suas experiências, parecem desejar mostrar o resultado de sua dedicação e buscar o testemunho e validação pelo olhar de um(a) parceiro(a) de trabalho.

Um dos efeitos da experiência de realizar observações norteadas pelos roteiros sugeridos foi a aproximação da equipe técnica do Ministério da Saúde em relação aos entraves e potencialidades da rotina da escola. Desafios apontados recorrentemente por professores(as), tais como conseguir realizar as aulas conforme tempo previsto no Guia do Professor, preparação de materiais e organização do espaço físico para o encontro, ganharam concretude. A partir disso, adaptações sugeridas pelos(as) profissionais implementadores(as), desde

anos anteriores, puderam ser melhor consideradas pela equipe técnica do Programa, contribuindo para o aperfeiçoamento do processo de implementação do Programa e, consequentemente, para o aprimoramento do projeto de prevenção aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, em que o #Tamojunto foi um dos programas propostos. Logo, parece fundamental que políticas e ações idealizadas no âmbito da gestão, seja ela federal, estadual ou municipal, dialoguem com a realidade material dos(as) implementadores(as) e sua interação com as propostas.

As informações levantadas pela equipe técnica do Programa, por meio das observações, puderam subsidiar o planejamento dos processos formativos e de acompanhamento, com vistas à qualificação do processo de implementação. Em alguns casos, por exemplo, no contato com o(a) facilitador(a), identificou-se o distanciamento dos parceiros da área da saúde no preparo e acompanhamento das atividades do Programa: dimensão diretamente conectada à intersetorialidade. Desse modo, produziram-se analisadores para o trabalho com o território, sendo que, em situações como essas, a gestão local de saúde, representada por um(a) articulador(a), era acionada para recuperar a parceria intersetorial prevista à implementação.

Adicionalmente, destacam-se contribuições da observação para o aprimoramento técnico do(a) observador(a), pois para a sua consecução foi necessário que o(a) formador(a) do Programa #Tamojunto exercitasse uma série de habilidades e funções, tais como: articulação com representantes das diretorias de ensino/escolares responsáveis pelo território no qual se encontra a escola para aceite e agendamento do encontro, apropriação dos instrumentos de observação (compreensão e preenchimento), estudo da aula que seria desenvolvida, planejamento e organização para estar entre educandos(as) e facilitadores(as) de modo não invasivo.

Por meio das observações, foi possível verificar a presença ou não dos elementos centrais do #Tamojunto e, portanto, a fidelidade ao modelo. Mais que verificar se estavam presentes, a observação ofereceu pistas sobre qual seriam os entendimentos e leituras dos(as) professores(as) sobre os princípios que regem o Programa e como essas compreensões se traduzem em prática. Um dos maiores desafios percebidos diz respeito à interatividade proposta pelo Programa, que

produz movimentação e trocas entre os(as) participantes e entra em tensão com a ideia de que uma sala de aula bem organizada é silenciosa e concentrada. Contraditoriamente, em algumas aulas, os(as) mesmos(as) professores(as) que propuseram trabalho em grupo pediram silêncio para o grupo enquanto falavam muito, o bastante para parecer que ocupavam a maior parte do espaço disponível com a própria fala. Certamente, a proposta de divisão dos(as) participantes em pequenos grupos e a realização de energizadores é menos difícil que a questão relacional inerente ao Programa.

Entre as observações, levantam-se dados sobre a continuidade da implementação do Programa pelos(as) mesmos(as) professores(as) ao longo do tempo. Essa informação é relevante uma vez que existe uma hipótese de que, à medida em que acumula experiência prática com o #Tamojunto, o(a) facilitador(a) torna-se mais seguro e conhecedor(a) das atividades propostas e aprimora, assim, suas habilidades para o trabalho dinâmico, lúdico e interativo. Em alguns contextos, fatores externos impedem que o(a) educador(a) dê continuidade ao trabalho com implementação do Programa em anos seguintes. A contratação temporária dos(as) profissionais, por exemplo, prática comumente realizada como alternativa para resolução do problema de carência de recursos humanos no setor do ensino em diferentes estados do Brasil, gera um cenário em que não há qualquer garantia de permanência do(a) educador(a) no quadro funcional das escolas no ano letivo seguinte, gerando significativa rotatividade nas equipes de trabalho. Por outro lado, a rotatividade pode provocar a distribuição aleatória de professores(as) já formados no #Tamojunto entre as diferentes escolas de uma rede, nas quais poderiam seguir como parceiros(as) do projeto, multiplicando a experiência e atuando como fomentadores(as) do Programa numa nova unidade.

Por meio do instrumento, pode-se conhecer como a prevenção se insere no contexto institucional, como o #Tamojunto faz parte ou não do currículo oferecido e em que medida está incluso no planejamento de atividades da instituição. A Prevenção é um tema transversal a todas as disciplinas e requer comprometimento da equipe escolar como um todo para o planejamento e execução das atividades e oficinas. Quando, numa escola, um projeto de trabalho não é institucionalmente reconhecido, ele passa a estar a cargo deste(a) ou daquele(a) professor(a) sem um planejamento pedagógico de ação coletiva com efeitos e aproveitamento

sincronizados e potencializados entre si, fragilizando também o encadeamento intersetorial dentro da própria unidade, entre os diferentes setores, professores(as) e disciplinas, e fora dela entre os serviços de saúde e seus profissionais. Ainda que a implementação do programa seja pactuada a nível de gestão, isso não garante, efetivamente, a institucionalização da intervenção, sendo de grande importância saber que, em alguns casos, o Programa acontece por iniciativa individual do(a) professor(a), que não conta com qualquer apoio. O apoio garante previsibilidade das condições necessárias para realização das aulas, tanto materiais (local, horário disponível) quanto logísticas (planejamento coordenado com outras atividades previstas no calendário escolar).

A experiência de acompanhamento do processo de implementação do #Tamojunto indica que, na maioria das vezes em que houve desistência de um(a) profissional pela implementação, isso pareceu estar associado à baixa institucionalidade do Programa. i. e. falta de apoio da gestão escolar, não inclusão das atividades no planejamento e rotina do(a) professor(a) implementador(a) e do coletivo de professores(as) da escola; e não a questões relacionadas diretamente à metodologia.

Observar a qualidade de participação dos(as) educandos(as) também pode dar pistas sobre a qualidade da condução da aula pelo(a) facilitador(a), bem como sua proximidade ou não com os elementos centrais, especificamente os relacionados à exposição dos(as) participantes diante do grupo e ao direito de passar a vez. Espera-se que à medida em que se sente confiante, o(a) adolescente participe mais ativamente da aula, ou, se preferir, que fique à vontade para participar como quiser. A formação dos(as) implementadores(as) deve abordar com profundidade essas questões essenciais, que caracterizam o programa e garantem a sua identidade.

Da mesma forma, a escuta empática do(a) facilitador(a) em relação aos(as) educandos(as) pode ser observada quando o(a) facilitador(a) leva em consideração as contribuições dos(as) educandos(as), inclusive intervindo no sentido de integrá-las ao momento/movimento grupal. Assim, estaria promovendo a horizontalidade entre os(as) participantes, através do acolhimento e respeito a diferentes opiniões e posturas. A horizontalidade também pode ser estimulada através da observação da disposição dos(as) alunos(as) em roda nos momentos de fala e circulação da palavra no grande grupo, daí a indicação de observar se o(a) professor(a) organiza a sala conforme a disposição indicada pela metodologia do Programa. Finalizando,

é possível observar se o(a) professor(a) exercita uma postura empática e circula a palavra no grupo, sustentando seu papel de facilitador(a).

Considerações finais

A proposição de implementação de um programa preventivo em escala carrega em si importantes desafios. Uma vez garantida a aceitabilidade pelos pares e público alvo, é preciso saber o que acontece de fato a partir da disseminação do programa, em que medida as intervenções realizadas no campo correspondem ao modelo preconizado, conhecer quais fatores facilitam ou dificultam a implementação. Certamente, a validação de toda e qualquer avaliação de resultados da intervenção - impacto do programa e medida do alcance dos objetivos junto ao público alvo - deve considerar a fidelidade ao modelo e esses fatores intervenientes.

Durante o processo de implementação de um novo programa, é importante observar o curso do trabalho dos(as) profissionais, buscando identificar sua condição para dar seguimento às ações de forma autônoma. Baseado nos dados obtidos no processo de acompanhamento e monitoramento, é possível reconhecer indicadores de autonomia das equipes técnicas no sentido de seguirem com a implementação do programa de forma independente. Naturalmente, considera-se a necessidade de adaptações do modelo proposto ao contexto de implementação de cada grupo que recebe o programa. Contudo, a preservação dos elementos centrais, que o caracterizam e lhe conferem identidade, não pode ser dispensada.

A ferramenta de observação de aulas atendeu à necessidade de aumentar a visibilidade sobre dinâmicas e desafios da realidade escolar e de sala de aula. Ao mesmo tempo, teve grande aceitabilidade mostrando-se um mecanismo viável de observação e formação próxima a(o) professor(a). O instrumento pareceu sensível à avaliação das variáveis de contexto, sendo possível conhecer *in loco* a realidade institucional singular em que o programa é implementado. Também favoreceu a observação da qualidade dos aspectos interativos, que potencialmente permitem compreender a posição assumida pelo(a) educador(a) durante as aulas, e sua atuação em relação ao clima de confiança e horizontalidade, imprescindíveis para a expressividade dos(as) participantes.

A inserção ou não do programa no planejamento institucional permite avaliar aspectos relacionados à gestão e sua realidade e repercutem diretamente sobre a regularidade da realização das aulas, disponibilidade de tempo e espaço para realização de todas as atividades propostas. Essas condições apontam para a questão da aceitabilidade do programa, não apenas a nível individual, mas também para a viabilidade do mesmo nos contextos observados. Considera-se que seja possível conhecer e intervir nessa dinâmica, desde a fase da sensibilização dos(as) possíveis implementadores(as), o posterior convite à participação no projeto, os momentos de formação e acompanhamento, dialogando e reconhecendo dinâmicas presentes nas redes de saúde e educação, desde a parceria Unidade de Saúde/Escola, até o apoio e suporte da gestão escolar, estimulando o trabalho intersetorial e em rede.

Os instrumentos aqui expostos fazem parte de um contexto de acompanhamento e cuidado com gestão, articulação municipal e junto às secretarias parceiras. Como resultado, observou-se facilidade de sua aplicação nas diferentes regiões, tendo a observação sido bem aceita pelas escolas e facilitadores. Mais do que isso, além da receptividade e facilitação para que o(a) observador(a) pudesse estar em sala e observar a aula, alguns(as) educadores(as) pareceram desejosos de conversar sobre a observação chegando a solicitar *feedback* e devolutivas. Previamente, todos(as) foram informados sobre o objetivo de conhecer a realidade de implementação na sala de aula, deixando-se claro que não se tratava de uma atividade avaliativa por um observador externo. Nessas conversas que sucederam as aulas houve trocas de saberes, retomada de alguns conceitos e sentidos dos elementos centrais, foram sanadas algumas dúvidas, tornando possível a conciliação de teoria e prática, demonstrando assim a potência e relevância do monitoramento e acompanhamento entre pares, com o intuito de qualificar as ações do Programa.

Desde 2014, quando aconteceu a fase piloto de implementação do Programa #Tamojunto no Brasil, fez-se presente a demanda pela sistematização de instrumentos de monitoramento da fidelidade de implementação das aulas, assim como a demanda por estratégias que ancorassem o processo de qualificação contínua dos(as) professores(as) implementadores(as) e que permitissem mapear os fatores facilitadores e as fragilidades de implementação. Nesse contexto,

emergiu a necessidade de conhecer com profundidade a prática na sala de aula, na busca de complementar informações coletadas pelo monitoramento das ações, via Formsus[25]. Em 2016 foi testada e colocada em prática essa forma de aferir fidelidade ao modelo, viabilidade, aceitabilidade e outros pontos relevantes à implementação deste programa de prevenção no contexto escolar.

Vislumbra-se que, a partir da experiência específica relatada neste capítulo, seja possível contribuir na ampliação do repertório de métodos, instrumentos e formatos possíveis de monitoramento e avaliação de programas preventivos escolares, tendo-se em vista que qualquer intervenção complexa em contextos atravessados por muitas variáveis e determinantes requer também uma composição múltipla de estratégias para geração de dados e indicadores para sua qualificação. Reconhece-se uma complementaridade entre diversos processos avaliativos, ao mesmo tempo em que sozinho, nenhum método ou recorte parece suficiente para tomadas de decisão responsáveis uma vez que esvazia do objeto de pesquisa suas várias camadas de funcionamento e determinação.

Especificamente, no que tange ao processo de implementação do #Tamojunto, há fortes indícios de que a incorporação dessa ferramenta contribua substancialmente na efetividade do trabalho. Por isso, indica-se que todas as ações futuras do Programa considerem o Instrumento como parte da metodologia do processo formativo e da busca constante de aperfeiçoamento.

Por fim, a sistematização do Instrumento de Observação de Aula condensa vários conceitos atrelados à discussão e construção de ações sistemáticas, dinâmicas e cujo horizonte aponta para o desafio e desejo de consolidação de uma política pública de prevenção no Brasil. Transformações de modo de fazer e relações institucionais, bem como sua formalização como diretriz de Estado são processos lentos e que dependem do acúmulo de conhecimento adquirido e capital humano motivado e formado a trabalhar desde uma nova perspectiva. Para que o investimento feito até então não se perca, para além de formato específicos de um ou outro programa, seguir no processo de validação de experiências de implementação e criação de instrumentos para seu apoio e monitoramento parece fundamental.

25 Formulários online preenchidos pelos parceiros envolvidos no processo de implementação do Programa, que visavam subsidiar a gestão federal com informações relevantes para tomadas de decisões.

Lições aprendidas

- É possível avaliar fidelidade ao modelo do Programa #Tamojunto conhecendo *como* as atividades propostas são conduzidas, verificando em que medida se baseiam em seu modelo teórico, reproduzem as atividades conforme metodologia proposta e preservam os elementos centrais do programa e identificando paradigmas norteadores da prevenção utilizados.
- A observação sistemática, apoiada em indicadores baseados no modelo teórico e metodologia do Programa, favorece levantamento de dados confiáveis a respeito da fidelidade ao modelo durante implementação e pode ser reproduzida de forma objetiva em diferentes contextos.
- A interatividade proposta pelo Programa parece ser um dos maiores desafios para os(as) professores(as) implementadores(as), uma vez que provoca movimentação e trocas entre os(as) participantes e entra em conflito com a ideia de que uma sala de aula bem organizada é silenciosa e concentrada.
- Profissionais treinados tornam-se mais seguros e conhecedores das propostas do programa à medida em que acumulam experiência prática com o #Tamojunto, aprimorando suas habilidades para o trabalho dinâmico, lúdico e interativo.
- A observação sistemática das aulas possibilita identificação de habilidades assimiladas pelos(as) facilitadores(as), desafios vivenciados pelos(as) profissionais durante implementação e autonomia dos(as) professores(as) treinados(as) para implementação do Programa de forma independente, contribuindo também para o aprimoramento técnico de observadores(as) por exigir aprofundamento do conhecimento sobre o Programa #Tamojunto.
- Informações levantadas por meio das observações sistemáticas podem subsidiar o aprimoramento dos processos formativos e acompanhamento da implementação do programa. A integração de dados oriundos de diferentes formas de coleta pode fortalecer evidências representativas da realidade de implementação do programa, as quais devem ser consideradas nas tomadas de decisão relativas ao aprimoramento de novas práticas.

Referências

Lopes, J. M. (2016). *Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes*. (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167905

Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 271-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

Westphal, M. F. (2013). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In G. W. de S. Campos et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva* (pp. 681-717). São Paulo: Hucitec.

Apêndice 1

Avaliação da Fidelidade de Implementação do #Tamojunto

Instrumento 1

CONTEXTUALIZAÇÃO

(Localiza quem é o informante, instituição e sua experiência com o programa; inserção do programa no planejamento anual da escola e presença/ausência de outras ações preventivas na unidade.)

Aula observada: _____
Data da observação: ____/____/_____
Observador: _____

Informante:
( ) Professor
( ) Gestor
( ) Apoio técnico da escola
( ) Formador Federal
( ) Outro: _____

Identificação da escola:
( ) Estadual ( ) Municipal
Nome da escola: _____

Ano de início da implementação do Programa na escola: _____
Série(s) em que o Programa está sendo implementado na escola neste ano: _____

1. Periodicidade das aulas:
( ) semanal
( ) quinzenal
( ) outro _____

2. O #Tamojunto está inserido como uma ação prevista no plano escolar (planejamento anual)?
( ) não
( ) sim

3. Existem outras atividades de prevenção previstas no plano escolar (planejamento anual)?
( ) não
( ) sim

Em caso afirmativo:
- quais são os temas das outras atividades preventivas?
( ) álcool e outras drogas ( ) sexualidade ( ) alimentação
( ) saúde bucal ( ) outros: _____
- desde quando elas acontecem na escola? _____

4. Implementação do #Tamojunto na escola

Participação no #Tamojunto	2013	2014	2015	2016
Participação de gestores na formação	1. ( ) não 2. ( ) sim	1. ( ) não 2. ( ) sim	1. ( ) não 2. ( ) sim	1. ( ) não 2. ( ) sim
Número de professores participantes da formação para implementação				
Número de professores que implementou o Programa				
Todas as turmas do oitavo ano receberam o Programa?	Não se aplica			

Apêndice 2

Avaliação da Fidelidade de Implementação do #Tamojunto
Instrumento 2
OBSERVAÇÃO DAS AULAS DO #TAMOJUNTO

1. Tempo previsto da aula (informado pelo professor):____ min
2. Duração real (observada):
- Horário de início da aula:____ h ____ min (incluindo organização)
- Horário de término da aula: ____ h ____ min
3. Tempo de fala do professor (tempo médio de fala informativa/conteúdo do professor): _____min
4. Número de educandos participantes: _____
5. Número médio de educandos que se recusaram a fazer as atividades: _____
6. Local de realização da aula
( ) sala de aula
( ) quadra de esportes da escola
( ) auditório
( ) biblioteca
( ) outro local: _____
7. Materiais utilizados durante a realização da aula:
( ) guia do professor
( ) caderno do educando
( ) carteiras móveis
( ) lousa
( ) papel para cartazes
( ) canetões para escrever cartazes
( )filepetas para dividir participantes em grupos
( ) outro _____
8. Modelo conceitual de prevenção no discurso/postura do professor:
( ) criminalização de usuário
( ) guerra às drogas
( ) promoção de saúde
( ) protagonismo juvenil
( ) paradigma da abstinência
( ) modelo moralista ("certo e errado")
( ) outros: _____
Exemplos ou falas representativas:
_____
_____
_____

9. Escuta empática
( ) escuta as colocações dos educandos
( ) valoriza contribuições dos educandos
( ) promove atitude de escuta entre os educandos
( ) conecta a fala dos alunos às atividades
( ) outros: _____
Exemplos ou falas representativas:
_____
_____
_____
10. Circulação da palavra, em geral:
( ) Professor- educando - professor
( ) Professor - educando - educando
( ) Educando - professor - educando
( ) outros: _____
Exemplos ou falas representativas:
_____
_____
_____
_____
11. Interatividade:
( ) utiliza atividades para promover interatividade
( ) promove trabalhos em pequenos grupos
( ) utiliza energizadores para formar grupos heterogêneos
12. Segurança do professor na condução da aula:
( ) o professor mostrou domínio das técnicas
( ) o professor leu o material para dar os comandos
( ) Outros:_____
13. Clima de confiança:
( ) construiu ou retomou combinados com o grupo
( ) o cartaz dos combinados está afixado na sala de aula
( ) preserva o direito de passar a vez
( ) respeita o direito de não participar de atividades para os educandos que não desejarem
( ) faz referência ao sigilo
( ) outros: _____
Exemplos ou falas representativas:
_____
_____
_____

( ) o cartaz dos combinados está afixado na sala de aula
( ) preserva o direito de passar a vez
( ) respeita o direito de não participar de atividades para os educandos que não desejarem
( ) faz referência ao sigilo
( ) outros: _____
Exemplos ou falas representativas:

14. Avaliação (do processo e resultados das aulas):
( ) retoma conteúdos da aula anterior
( ) oferece feedback para a turma
( ) solicita avaliação dos educandos
Impressões gerais do observador (informações/percepções do observador):

15. Atividades previstas no guia do professor *(o observador deverá incluir a lista das atividades previstas conforme o Guia do Professor)*:

Atividade	Realizada	Adaptada	Duração	Adaptações realizadas	Motivações para as adaptações
Organização	( ) sim ( ) não	Não se aplica			
	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não			
	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não			
	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não			
	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não			
	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não			
Atividades incluídas:					

Exemplo de norteadores para observação:

Atividades retiradas:	Atividades substituídas:	Atividades adicionadas:
- introdução da aula - encenações - energizadores - atividade principal - trabalho em pequenos grupos - discussão na grande roda - fechamento	- histórias dos personagens - exemplos de situações do cotidiano - atividades dinâmicas já conhecidas	- vídeos: - slides: - textos: - cartazes: - música:

Apêndice 3

Avaliação da Fidelidade de Implementação do #Tamojunto

Instrumento 3

ENTREVISTA COM O PROFESSOR

1. Formação do professor:
( ) graduação: _____
( ) especialização
( ) mestrado
( ) doutorado
2. Disciplina que leciona: _____
3. Tempo de experiência como educador: _____ anos _____ meses
4. Número de turmas em que ministra o #Tamojunto (como professor responsável e/ou como professor de apoio): _____
5. Experiência do professor implementador com o programa:
(Marcar um X, conforme indicado pelo professor)

Atuação no #Tamojunto	2013	2014	2015	2016
Participação na formação				
Experiência como implementador (condução de uma aula ou mais)				
Participação em Encontro de atualização	Não se aplica			
Participação em Oficinas de Pais e Responsáveis	( ) planejamento	( ) planejamento	( ) planejamento	( ) planejamento
	( ) colaborador	( ) colaborador	( ) colaborador	( ) colaborador
	( ) responsável	( ) responsável	( ) responsável	( ) responsável
	( ) não participou	( ) não participou	( ) não participou	( ) não participou
	( ) não houve oficina	( ) não houve oficina	( ) não houve oficina	( ) não houve oficina

6. Opiniões sobre a relevância das informações oferecidas pelo Programa:
( ) apropriadas ao público-alvo
( ) suficientes para o professor
( ) outro:_____
7. Planeja a aula?
( ) não ( ) sim
Quando? _____
( ) Individualmente ( ) em parceria com colegas
8. O educador costuma utilizar técnicas e métodos alternativos às aulas tradicionais?
( ) não
( ) sim. Qual(s)?
_____
9. A gestão escolar e/ou equipe de apoio pedagógico estimula e apoia a utilização de:
( ) novas técnicas
( ) métodos
( ) atividades alternativas
( ) outro:
_____
( ) não há apoio
10. Para você, qual é o principal objetivo do programa #Tamojunto?
_____
_____
_____
_____
11. Por que você decidiu (ou aceitou) implementar o Programa?
_____
_____
_____
_____

12. Você conhece outros programas de prevenção do uso de drogas em escolas?
( ) não
( ) sim
Em caso afirmativo, que semelhanças e diferenças você percebe entre o #Tamojunto e outras programas de prevenção do uso de drogas em escolas?
Semelhanças:
_____
_____
_____
_____

Diferenças:

_____
_____
_____
_____

13. Qual(s) aula(s) do #Tamojunto você considera mais interessante(s)?
O que dessa(s) aula(s) mais te agrada?

_____
_____
_____

14. Qual(s) aula(s) do #Tamojunto você considera menos interessante(s)?
O que dessa(s) aula(s) não te atrai?

_____
_____
_____
_____

15. Até agora qual foi a aula/momento mais difícil de aplicação do Programa?

_____
_____
_____
_____

16. O que facilita a aplicação do Programa?

_____
_____
_____
_____

17. O que dificulta?

_____
_____
_____
_____

18. Em geral, qual(is) o(s) espaço(s) de comunicação com outros professores?
( ) facebook
( ) whatsapp
( ) reuniões de trabalho
( ) reuniões informais
( ) outros:

_____
( ) não há espaços

19. Qual(is) o(s) espaço(s) em que você compartilha suas experiências no #Tamojunto com outros professores?
( ) reuniões de acompanhamento do Programa
( ) facebook
( ) whatsapp
( ) reuniões de trabalho
( ) reuniões informais
( ) outros:

_____
( ) não há espaços

20. Você recomendaria o Programa aos outros professores?
( ) não ( ) sim

21. Você aplicaria o #Tamojunto novamente?
( ) não ( ) sim

CAPÍTULO 13

PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES: BARREIRAS E FACILITADORES DA DIFUSÃO DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA AO ABUSO DE DROGAS PARA FAMÍLIAS EM DESVANTAGEM ECONÔMICA NO BRASIL

Ana Aparecida Vilela Miranda
Sheila Giardini Murta

Resumo

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio de sua Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, adotou em 2013 um programa de prevenção ao abuso de drogas baseado em evidências focado na promoção de processos protetivos familiares, o *Strengthening Families Program* (SPF10-14), chamado de Programa Famílias Fortes (PFF). Neste capítulo, é descrito um estudo que analisou o processo de difusão do PFF no Brasil a partir da teoria da difusão de inovações. Realizou-se um estudo qualitativo baseado em teoria fundamentada. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com seis participantes responsáveis pela gestão, supervisão e monitoramento do programa. Análise documental e observação de reuniões de equipe foram também realizadas. Os resultados apontaram que o PFF foi percebido como vantajoso, compatível com as necessidades locais e com resultados iniciais positivos. Por outro lado, sua implementação foi considerada complexa e pouco viável. Diversas barreiras relativas ao contexto externo e interno foram identificadas em seu processo de difusão. São discutidas as lições aprendidas para a implementação em larga escala de programas preventivos para famílias em situação de vulnerabilidade social.

Palavras chave: difusão, programas preventivos, uso de substâncias, Programa Famílias Fores, *Strengthening Families Program*

Introdução

O problema do crack foi trazido à alçada pública no Brasil no começo da segunda década deste século como um problema epidêmico, com vasta cobertura midiática e divulgação de imagens das cracolândias, relacionando o problema da droga à violência e à criminalidade (Volcov & Vasconcelos, 2013). Em resposta a isso, o governo federal lançou, em 2010, um Plano de Ação e Enfrentamento ao Crack e, em 2011, desenvolveu o Programa Crack: é Possível Vencer, com três eixos norteadores: prevenção, cuidado e segurança. Seu objetivo geral era promover a repressão ao tráfico, oferecer atenção integral ao usuário e prevenir o abuso de drogas. O eixo prevenção focava em ações que visavam à promoção de fatores de proteção e prevenção aos fatores de risco relacionados ao uso problemático de drogas, por meio da articulação e fortalecimento das redes locais e capacitação de profissionais de saúde, educação, assistência social, justiça, segurança pública, conselhos e lideranças comunitárias, entre outras ações (Brasil, 2011).

Para embasar decisões quanto ao problema apresentado e melhor formular o plano de ação apresentado em 2008, em 2014, foi realizado por pesquisadores da Fiocruz, um amplo levantamento em que demonstraram que o problema do crack (e das drogas em geral) era multideterminado e encontrava-se estreitamente associado à vulnerabilidade social (Bastos & Bertoni, 2014). Constatou-se, ainda, que a motivação subjacente ao consumo se relacionava à curiosidade sobre os efeitos da droga e à facilidade de acesso; às perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual; à pressão dos pares; e à falta de perspectivas de futuro. Esses achados apontaram a pertinência e relevância do uso de medidas multidimensionais preventivas e de promoção de saúde, especialmente focadas na redução das iniquidades em saúde, melhoria do ambiente familiar e facilitação de projetos de vida.

Compreendendo a abordagem familiar como uma das vias de prevenção ao complexo problema do uso indevido de drogas, ao lado de outras vias possíveis, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de sua Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, adotou em 2013 um programa de prevenção ao abuso de drogas, baseado em evidências focado na promoção de processos protetivos familiares, o *Strengthening Families Program* (SPF10-14) (Pedroso, Abreu, &

Kinoshita, 2015). Escolheu-se como contexto para implementação os serviços de proteção social básica da Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2012) e, por conseguinte, elegeu-se como público-alvo famílias em situação de desvantagem econômica.

O *Strengthening Families Program* foi desenvolvido na década de 80, na Universidade de Utah, Estados Unidos (Kumpfer, DeMarsh, & Child, 1989). Fundamenta-se no modelo da ecologia social do abuso de substância na adolescência, modelo da resiliência, teoria dos sistemas familiares e teoria cognitiva social (Kumpfer, 2014; Kumpfer, Molgaard, & Spoth, 1996; Kumpfer, Whiteside, Greene, & Allen, 2014). Seus objetivos de longo prazo são a redução do abuso de substância e de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes, por meio do fortalecimento de coesão, organização e comunicação na família, estilos parentais autoritativos, habilidades de vida e perspectiva de tempo futuro nos adolescentes (Allen, Coombes, & Foxcroft, 2007; Kumpfer, 2014). Trata-se de um programa de prevenção universal, direcionado a famílias com adolescentes de 10 a 14 anos. É composto por 7 encontros regulares, seguidos de 4 encontros de acompanhamento, dos quais participam pais e filhos. Os encontros têm duas horas de duração; na primeira hora, pais e filhos participam de sessões separadas e, na segunda hora, de sessões conjuntas. O programa faz uso de jogos, técnicas interativas, atividades escritas e vídeos com conteúdo relativo a interações familiares para disparar as discussões em grupo. As sessões são estruturadas, com procedimentos manualizados e duração cronometrada (Ministério da Saúde, 2014).

A versão brasileira foi adotada da versão inglesa, produzida na Oxford Brookes University, Reino Unido (Allen, Foxcroft, & Coombes, 2006). No Brasil, o programa foi intitulado, inicialmente, de Programas Fortalecendo Famílias e, posteriormente, de Programa Famílias Fortes (PFF). Desde sua adoção, o Programa Famílias Fortes sofreu sucessivas adaptações (Menezes, 2017), após uma aplicação piloto no Distrito Federal para levantamento de necessidades para adaptação cultural (Murta, Nobre-Sandoval, Ramos, Pedralho, & Tavares, 2018), vem sendo implementado em diversos estados do país, com oscilações em sua expansão entre os anos de 2016 e 2017, após o golpe, que retirou da Presidência da República Dilma Rousseff, e alterou prioridades da agenda política. No momento em que redigimos esse texto (primeiro semestre de 2018), tem havido uma desaceleração

na implementação do Programa Famílias Fortes no Brasil, por iniciativa da gestão da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública. A trajetória de expansão deste programa no Brasil entre os anos de 2013 e 2015 é, precisamente, o objeto de análise deste capítulo, período em que a difusão do Programa Famílias Fortes foi mais expressiva no País.

Este texto tece considerações, inicialmente, acerca de aspectos conceituais sobre o processo de inovação de difusões, à luz da teoria da difusão de inovações, de Everett Rogers (Rogers, 1995). Em seguida, descreve o método do estudo, baseado em entrevistas e teoria fundamentada. A isto seguem-se os resultados, organizados em torno de barreiras e facilitadores do processo de difusão e discutidos em contraste com a literatura derivada dos campos da ciência da prevenção e ciência da implementação. Conclui-se que, apesar das barreiras encontradas no processo de difusão do programa no país, sua entrada representou uma expansão das estratégias disponíveis no eixo prevenção das políticas sobre drogas no Brasil e aponta insumos para a construção de agendas de trabalho.

Difusão de inovações: aspectos conceituais

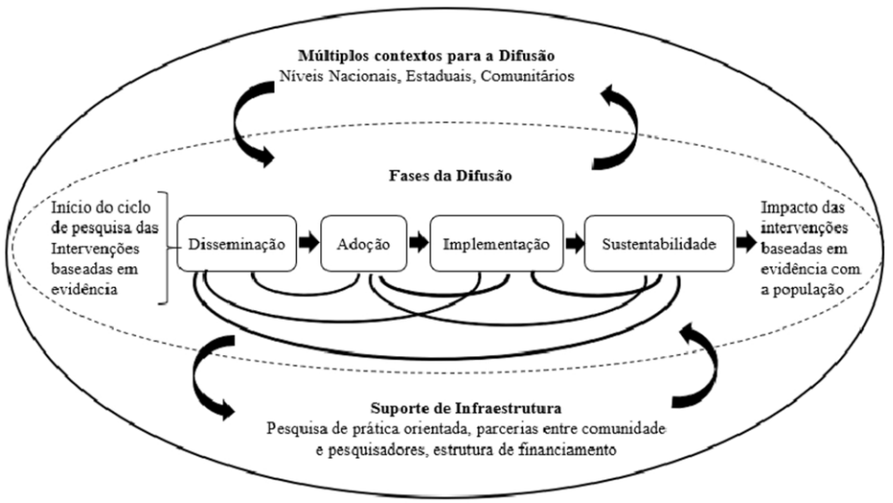
A transferência de um programa para outras regiões quando tal programa é desconhecido no contexto receptor denomina-se "difusão de inovações", segundo a teoria da difusão de inovações, de Everett Rogers (Rogers, 1995), selecionada como lente teórica neste estudo. Em conformidade com essa teoria, difusão corresponde ao processo pelo qual um agente, seja vinculado ao governo ou a sociedade civil, após constatar um problema, busca novos conhecimentos para solucioná-lo (Berry & Berry, 2007). A difusão é compreendida por um processo de comunicação cujo alvo é a transmissão da mensagem, efetuada por meio de certos canais de comunicação, através do tempo, em um sistema social (Rogers, 1995).

Esse processo é mediado por relações entre os membros de um sistema social (o agente difusor) e a percepção dos membros do sistema que irá adotar a inovação (agente adotante). O contexto ambiental e a compreensão da inovação são fatores fundamentais para sua adoção e sustentabilidade no local que implementa a inovação (agora também denominado programa, para os fins deste capítulo).

Uma vez que se escolhe pelo programa, um time de implementadores será selecionado e identificará fraquezas e forças institucionais que dirão se a inovação se encaixa ou não na realidade local. Dessa forma, conhecimento é a palavra-chave para a difusão, tanto o conhecimento sobre as principais características da inovação quanto sobre o contexto implementador (Spoth et al., 2013).

O processo de difusão engloba quatro grandes etapas (Figura 1). Primeiro, é necessário que a informação sobre a intervenção seja transmitida e viabilizada (disseminação). Segundo, uma organização deve decidir testar ou iniciar o novo programa (adoção). Terceiro, o programa deve ser implementado mantendo os elementos centrais que o torna eficaz (implementação). E, por fim, o programa deve ser institucionalizado e se sustentar no local, mesmo depois que os recursos iniciais não estejam mais disponíveis (sustentabilidade) (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernandez, 2011; Durlak & DuPre, 2008).

Figura 1: *Modelo das fases da difusão (baseado em Spoth et al., 2013).*



Fonte: Baseado em Spoth et al., 2013.

O principal objetivo da disseminação é transferir conhecimento. Essa transferência envolve facilitar a comunicação para que uma inovação possa vir a ser implementada. Por isso, envolve persuasão, comunicação entre agências,

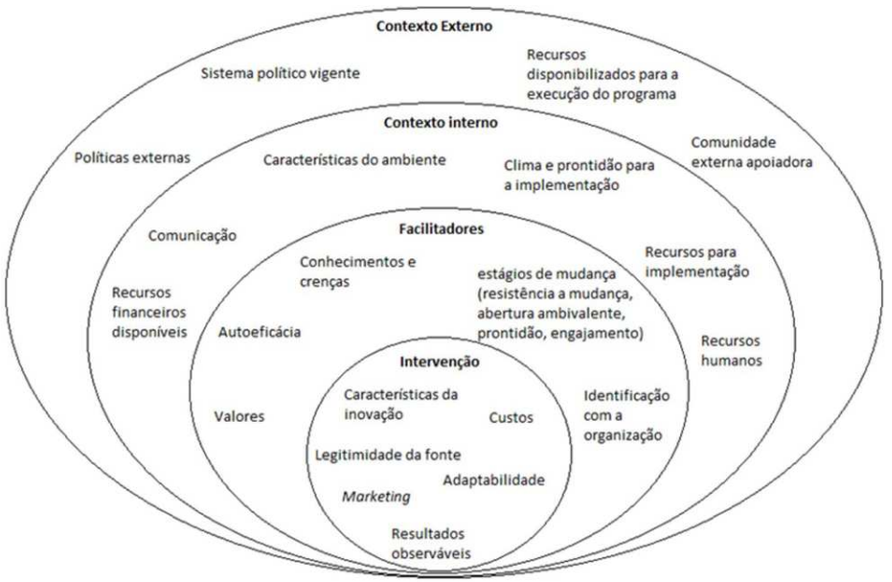
organizações e indivíduos (Turner & Sanders, 2006; Wiecha et al., 2004). A disseminação, muitas vezes, é tomada como sinônimo da difusão, porém corresponde ao primeiro passo rumo à transmissão de uma certa inovação. Essencialmente, consiste em divulgar a inovação e encorajar sua adoção. Alguns autores a denominam de pré-adoção (Dearing et al., 2017).

A adoção, por sua vez, envolve a escolha ou tomada de decisão pela inovação (Turner & Sanders, 2006). É quando o programa é inserido em uma agenda para então ser implementado. A adoção corresponde à seleção do programa e ao compromisso de se iniciá-lo. Inovações percebidas como mais viáveis, com resultados mais visíveis, mais compatíveis com normas e valores locais e mais vantajosas frente às outras opções disponíveis, tendem a ser mais adotadas do que as percebidas como muito complexas, muito caras, de difícil implementação, pouco efetivas, incompatíveis com o contexto local ou menos vantajosas em comparação a outras (Rogers, 1995). Outros fatores que influenciam a adoção de um programa são a percepção de suporte ou incentivo dos *policymakers* (agentes ou instituições do governo ou instituição que propõem a implementação do programa), apoio da comunidade e líderes organizacionais, do serviço e dos participantes (pessoas que irão se beneficiar da inovação) (Spoth et al., 2013).

A implementação se refere a colocar a inovação em prática e, assim, se alcançar a população-alvo (Meyers et al., 2012). O processo de implementação pode favorecer ou arruinar sua efetividade e, posteriormente, sua sustentabilidade no local. A compatibilidade entre a inovação e as necessidades dos usuários, o engajamento dos usuários e facilitadores no programa, a fidelidade aos componentes centrais do programa na adaptação dos procedimentos ao novo contexto e os elementos do contexto receptor são alguns dos determinantes relevantes do processo de implementação que afetam os mecanismos de ação da inovação e, por conseguinte, os resultados pretendidos (Durlak & DuPre, 2008; Dusenbury, Brannigan, Hansen, Walsh, & Falco, 2005; Meyers et al., 2012). A Figura 2 retrata elementos que podem influenciar na implementação do programa, os quais compreendem aspectos do contexto externo (como o cenário político de um país, estado ou município), do contexto interno (como características da organização e comunidade receptora do programa), dos facilitadores (agentes de implementação que executam a intervenção) e características da inovação (intervenção).

Assim, impactam o processo de implementação as atitudes dos líderes organizacionais, o treino realizado com os facilitadores do programa, assistência técnica (material e recursos disponibilizados), incentivos para a qualidade da implementação, clima organizacional e relação entre os participantes e os implementadores (organização implementadora e usuários do programa). Além do mais, o processo de incorporação da ideia do programa ao local é de fundamental importância (se os membros do sistema social local se identificam com a ideia e a aceitam) para a qualidade da implementação (Spoth et al. 2013).

Figura 2: *Fatores influentes na implementação.*



Fonte: Adaptado de Santos & Murta, 2015.

A sustentabilidade de um programa, cuja efetividade foi evidenciada na fase de implementação, é a meta final, de forma a manter os seus resultados benéficos na comunidade (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). A sustentabilidade, então, é a capacidade de manutenção ou institucionalização do programa na comunidade ao longo do tempo, quando esse passa a integrar a rotina de trabalho dos profissionais (Bartholomew et al., 2011; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Alguns fatores que

influenciam na sustentabilidade do programa estão relacionados às características da inovação, o processo de negociação para adoção, o contexto de implementação, a capacidade institucional e organizacional, as adaptações realizadas no programa, o treinamento da equipe, o suporte técnico, a participação da comunidade e a liderança de atores locais que advogam pelo programa (Bartholomew et al., 2011; Melo & Izbicki, 2015; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

A sustentabilidade de um programa não é algo fácil de ser alcançado. Segundo Spoth, Guyll e Redmond (2011), quando a qualidade da implementação é alta, maior é a chance do programa se sustentar nos locais. Para isso, afirmam que alguns fatores são necessários, tais como uma assistência e apoio proativos às comunidades aplicadoras, parcerias entre universidade (ou outras agências de pesquisa) e comunidade, engajamento dos aplicadores, entre outros fatores. Em seu estudo, em que avaliaram seis replicações do programa PROSPER, o fator primordial para a sustentabilidade do programa foi assistência técnica apropriada, proativa e continuada às comunidades aplicadoras.

A difusão de práticas preventivas e promotoras de saúde tem sido largamente discutida ao redor do mundo. Os mecanismos envolvidos na tradução de intervenções baseadas em evidências em estratégias viáveis, socialmente relevantes e efetivas em serviços de saúde têm sido examinados, bem como os desafios envolvidos na implementação em larga escala dessas intervenções (Dearing et al., 2017, Spoth et al., 2011). Igualmente, a difusão de estratégias de prevenção ao uso indevido de drogas baseadas em evidências tem recebido grande atenção por parte de organismos internacionais e grupos de pesquisadores (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, & Breen, 2003; Pérez-Gómez, Mejía-Trujillo, & Iglesias, 2015). Em contraste, no Brasil, estudos sobre a difusão de programas e políticas de prevenção ao uso abusivo de drogas são, segundo revisões especializadas de literatura, inexistentes (Abreu & Murta, 2016) e raros são os estudos de difusão de outras intervenções psicossociais (Melo & Izbicki, 2015). Além disso, pouco se sabe sobre o processo de difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil tendo em vista sua recente adoção no contexto nacional.

Em face disso, o presente estudo almeja avançar a produção já existente ao investigar o processo de difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil, desde sua adoção até o ano de 2015. Especificamente, o propósito deste estudo foi investigar

os desafios e facilitadores dos processos de disseminação, adoção, implementação e sustentabilidade do PFF no Brasil.

Método

Delineamento de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo baseado em teoria fundamentada (Strauss & Corbin, 2008).

Participantes

Participaram dois gestores federais responsáveis pela adoção do Programa Famílias Fortes pelo Ministério da Saúde; dois supervisores encarregados de gerir sua disseminação e adoção em nível local (estados e municípios) e formar profissionais para condução do PFF; e dois multiplicadores envolvidos com a articulação local para implementação do PFF (davam suporte técnico para a implementação local). Todos estavam vinculados ao Ministério da Saúde (MS), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, no período de 2013 a 2015. Também participaram deste estudo, mas não sendo entrevistados diretamente, nove facilitadores de grupo, quatro multiplicadoras, uma funcionária do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime-UNODC e uma do antigo Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. Os facilitadores e multiplicadores eram oriundos de diversos municípios do país em que o Programa Famílias Fortes estava sendo implementado. Essas pessoas participaram de uma reunião para levantamento de barreiras na implementação e duas reuniões de adaptação do material do PFF, realizadas no decorrer de 2015. Os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino (apenas um participante era do sexo masculino) e apresentavam nível de instrução variando entre ensino superior e pós-graduação.

Instrumentos

Foram utilizados roteiros de entrevistas semiestruturados que abarcaram o processo de difusão do PFF no Brasil. Os temas das perguntas foram relativos às

principais barreiras e facilitadores para a disseminação, adoção e implementação do PFF, bem como barreiras e facilitadores previstos na sua sustentabilidade.

Conjuntamente, foram analisados os seguintes documentos: um relatório de pesquisa de avaliação de processo e levantamento de necessidades para adaptação cultural do PFF no Brasil (Murta, Nobre-Sandoval, Ramos, Pedralho, & Tavares , 2014), três relatórios produzidos por formadoras federais, 25 diários cartográficos produzidos pelas multiplicadoras e três apresentações confeccionadas pelos servidores do MS dirigidas aos municípios.

Procedimentos

A primeira autora (de agora em diante denominada de pesquisadora), inicialmente, solicitou à Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS acesso à documentação relativa ao programa. Após aceite, deu-se início a análise do conteúdo dos arquivos. Concomitante a isso, a pesquisadora atuou como observadora participante de uma reunião promovida pelos supervisores do PFF, com multiplicadores e facilitadores do programa e outros atores interessados (funcionárias do UNODC e MDS), a fim de levantar e discutir barreiras na implementação em larga escala do programa e necessidades de melhoria. Após a autorização dos participantes, a reunião foi gravada em áudio e transcrita posteriormente. *A posteriori*, a pesquisadora participou de duas reuniões em que foram discutidas decisões para mudança de materiais do PFF com a facilitadoras e multiplicadoras do PFF das regiões do país em que o Programa já havia sido implementado.

Então, foram realizadas quatro entrevistas com os participantes, sendo duas entrevistas individuais com os gestores responsáveis pela adoção e duas entrevistas em duplas, uma com supervisores e outra com as multiplicadoras do programa, com duração total de 3 horas e 41 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio do *software* NVIVO 11. A coleta e dados foi finalizada quando se alcançou a saturação dos dados. A coleta de dados deu-se no decorrer dos anos de 2014 e 2015.

Todos os dados derivados da transcrição de entrevistas e reuniões, bem como documentos, foram analisados primeiramente por meio de análise microscópica, como sugerido por Strauss e Corbin (2008). Os dados, então,

foram isolados e foram criadas categorias para posteriormente realizar a codificação aberta e axial. Esse primeiro passo, de codificação aberta, correspondeu a um processo analítico de maneira a identificar os conceitos, propriedades e dimensões advindas dos dados. A codificação aberta expressou os dados e fenômenos em forma de conceitos. Nessa fase, os dados foram segmentados em unidades de significado. Posteriormente, passou-se à categorização dos códigos advindos dessas unidades de análise. Agrupou-se, então, novamente esses códigos, de forma mais abstrata. O resultado da codificação aberta consistiu em diversas categorias associadas ao texto. A terceira etapa de análise consistiu na codificação axial, que correspondeu ao processo de relacionar categorias comparando-as. Por fim, foi realizada a codificação seletiva, em que há a integração da codificação na história do caso, de forma a gerar um fenômeno central (Flick, 2009; Strauss & Corbin, 2008). Todos os dados, entrevistas, documentos e registros advindos da observação do campo, passaram por essa análise.

A validação dos dados (Flick, 2009) foi realizada por meio de três estratégias. A primeira estratégia foi a verificação pelos participantes, em que a pesquisadora solicitou aos seis entrevistados, após o término da pesquisa, que verificassem se o texto descritivo dos resultados representava (ou não) seus relatos e experiências e indicassem, caso encontrassem, alvos para correção. Esses afirmaram que seus relatos e vivências com o PFF estavam adequadamente representados no texto. A segunda estratégia foi a revisão pelos pares, a qual consistiu na apresentação e discussão dos dados com outros pesquisadores atuantes em prevenção e promoção em saúde mental. Por fim, realizou-se a estratégia de triangulação dos dados, em que foram consultadas fontes diversas e complementares de dados, a saber, entrevistas, documentos, atas de reunião e observação de reuniões conduzidas para monitoramento da implementação do programa.

Considerações éticas

Este estudo segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências

Humanas (CAAE 52760815.7.0000.5540). Realizou-se o processo de consentimento informado com os participantes, os quais expressaram sua concordância em participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Os desafios e facilitadores relativos à difusão do PFF no Brasil estão sumarizados no Figura 3 e serão discutidos por etapa do processo de difusão: disseminação, adoção, implementação e sustentabilidade. Os resultados descrevem como ocorreram a disseminação e a adoção na esfera nacional e, em seguida, na esfera local (estados e municípios). A narração desse percurso histórico faz-se necessária para localizar em seu decorrer as barreiras e facilitadores. As duas últimas etapas, implementação e sustentabilidade, serão discutidas apenas na esfera local. Em cada etapa do processo de difusão, as barreiras e facilitadores serão descritas a partir dos seguintes eixos: elementos contextuais, incluindo o contexto externo e interno; elementos dos líderes de grupo ou facilitadores; e elementos do Programa Famílias Fortes enquanto estratégia de intervenção (Figura 3).

Figura 3: *Barreiras e facilitadores do processo de Difusão do PFF no Brasil.*

	Disseminação		Adoção		Implementação		Sustentabilidade	
	Barreiras	Facilitadores	Barreiras	Facilitadores	Barreiras	Facilitadores	Barreiras	Facilitadores
Contexto externo		PNAD	Conjuntura política/ Greves/ Constrangimentos salariais	Relevância social	Conjuntura política/ Greves/ Constrangimentos salariais	Apelo comunitário	Comunicação com MDSA	Relevância social/ Apelo comunitário/ PNAD
Contexto interno	Comunicação/ Pactuação	Relevância social	Recursos humanos, financeiros e materiais	Relevância social/ PAIF	Recursos humanos, financeiros e materiais	Relevância social / PAIF	Não foi institucionalizado	Relevância social
Facilitadores	Comunicação	Interesse pelo programa	Comunicação	Interesse/ resultados observáveis	Conhecimentos e crenças sobre prevenção ao uso de drogas	Engajamento/ Cuidado com as famílias	Constrangimento salarial, sobrecarga de trabalho	Ferramenta para o trabalho
Programa	Manual	Resultados de efetividade	Tempo de aplicação e planejamento	Caráter lúdico do programa	Tempo para planejamento	Adaptação do material/ Atividades sistematizadas	Características metodológicas	PAIF/Atende às necessidades locais

Fonte: Miranda (2016).

Disseminação e adoção a nível nacional

A disseminação do Programa Famílias Fortes para o Brasil ocorreu a partir da orientação de um consultor do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). A escolha se deu pelo fato do SFP 10-14 ter demonstrado resultados de efetividade em outros países, como se nota no relato do Participante 1.

> *Foi uma sugestão que a gente pediu para um consultor da UNODC, que fez um trabalho de seleção de todos os programas de prevenção. Eles categorizaram os programas existentes, e avaliaram o que tem efeito e o que não tem, a partir de evidências fortes, médias e fracas. A nossa decisão foi adotar um programa que tivesse efetividade demonstrada. (...) Então, nós temos esse contexto, o problema do crack; a partir de 2006, 2007 o crack começa a surgir como uma questão muito forte na mídia; 2008, 2009 já se tornou bastante difundido; 2010 entrou em pauta da agenda política, de campanha política* (Participante 1).

Adicionalmente, os dados analisados indicam que as razões que culminaram na adoção do Programa Famílias Fortes pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2013, remontam à uma demanda surgida da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), em 2012, especificamente do Programa Crack é Possível Vencer. Conforme relatado pelos participantes, o referido programa conferiu ao uso de drogas um *status* relevante na agenda política e, assim, ofereceu o contexto que motivou a entrada do PFF no país. O crack foi apresentado pela mídia brasileira como um problema de grande magnitude. Porém, pouco se sabia sobre essa droga, suas consequências e a quem ela afetava. Somado a isso, havia um alarme midiático de que o problema das drogas estava aumentando entre os adolescentes. Porém, os estudos do VI Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes de escolas públicas e particulares (Carlini et al., 2010) com jovens de 10 a 19 anos, de escolas públicas e privadas, demonstraram que a taxa de uso havia diminuído em comparação aos anos anteriores. No entanto, um outro problema era alvo de preocupação, a evasão escolar, como relatou o Participante 1:

> *O fato de ter uma tendência de redução (de drogas) no ambiente escolar não necessariamente indica que é uma redução geral do consumo de substâncias na população jovem, de 10 a 19 anos, pelo menos, porque como eu disse, 1/6 das crianças estavam fora da escola. (...) O que é paradoxal porque as crianças saem da escola num período que tem uma política de sustentação das famílias que mantém as crianças na escola e, ainda assim, tem muitas que saem da escola* (Participante 1).

Então, a tese que se discutia na época, segundo o Participante 1, era a de que o problema que se enfrentava era maior do que simplesmente o uso da substância. Presumia-se que o crescimento econômico que o Brasil estava vivenciando à época (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada [IPEA], 2012) e o acesso aos recursos sociais daí resultante não atingia a camada que vivia em extrema pobreza, que seguia à margem e em grave situação de vulnerabilidade, como narrado pelo Participante 1:

> *A gente começa a perceber que as pessoas que tinham algum recurso na sua formação, as oportunidades que o crescimento econômico gera, permite a elas se incorporarem no mercado, aumenta a renda, consumir mais coisas, sair de fato de uma situação de carência direta. Agora, aquelas pessoas que não tinham recursos, não se desenvolviam, (...) como não desenvolveram seus requisitos básicos, os hábitos da sociedade complexa, a criação de oportunidade econômicas, de produção do mercado capital não é uma oportunidade real, porque as pessoas não se adequam a esse tipo de exigência. Então, o que nós começamos a perceber é isso... Há um movimento, 30 milhões de pessoas saindo da linha da pobreza, saindo de carências imediatas, deixa pra trás um monte de gente que não consegue entrar nesse barco do desenvolvimento. Para essa população, vai ficando mais claro e a gente vai repetir a partir disso, os reflexos que traria para os jovens e para as crianças* (Participante 1).

Dessa forma, ao se escolher um programa de prevenção ao uso abusivo de drogas como ferramenta de política pública para famílias em situação de vulnerabilidade social, fazia-se mais do que prevenir o uso de drogas, na expectativa do Participante 1. Permitir-se-ia um desenvolvimento social de famílias em desvantagem econômica, de modo a favorecer sua inclusão social. O PFF, em sua

visão, era compatível com as necessidades das famílias brasileiras desfavorecidas economicamente, precisamente pelas suas características metodológicas e seu potencial de fortalecimento da resiliência familiar e comunitária e abordagem ao adolescente em sua interação com o seu contexto familiar e comunitário, em oposição a um paradigma centrado na culpabilização do indivíduo, proibicionista e reducionista. Além disso, esperava-se que o PFF pudesse se somar a outros serviços integrantes das políticas sociais, como os relativos à assistência social, educação, trabalho, esportes e cultura, de modo a compor um leque de oportunidades de desenvolvimento (Garcia, Kinoshita, & Maximiano, 2014) e, assim, cumprir sua missão original de uma intervenção integradora.

Assim, a decisão pela adoção do PFF refutou o paradigma de "guerra às drogas" e guiou-se pelo paradigma de proteção ao indivíduo das consequências de problemas outros que levam ao uso das drogas, como exclusão social, problemas familiares e ausência de oportunidades (de lazer, trabalho e cuidado). Como apresentado pelo I Levantamento Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil (Bastos & Bertoni, 2014), as pessoas que mais sofrem com os problemas decorrentes do uso de drogas são aquelas que apresentam uma trajetória de vulnerabilidade social anterior ao uso da substância (Bastos & Bertoni, 2014; Brasil, 2016).

Adotado o programa pelo MS, passou-se então a conhecer os procedimentos do programa, seus materiais e sua forma de aplicação. Percebe-se que nessa primeira fase da difusão, o contato com os desenvolvedores do programa e alguém que advogasse pelo programa (UNODC, neste caso) constituiu-se em fator fundamental para sua entrada na realidade brasileira. Nota-se, ainda, que a escolha pelo PFF foi também uma decisão política, econômica e social (Berry & Berry, 2007). Foi uma decisão política que acompanhava diretrizes internacionais, bem como da PNAD, alinhadas à estratégia política de desenvolvimento social e humano do governo federal vigente à ocasião, como observado no relato do participante 1:

> *O PFF tem um sentido estratégico, político, tem uma questão de tentar trabalhar aspectos decorrentes da desigualdade estrutural do país e, no fundo, tentar ver se a gente consegue encurtar o caminho de uma geração pra poder sair dessa situação de ralé*[26] (Participante 1).

26 Ralé aqui faz alusão ao livro do sociólogo brasileiro Jessé Souza (2009) A Ralé Brasileira: que é e como vive,, em que "ralé" é um termo que se refere a uma população marginalizada, desprovida de capital cultural e econômico, termo utilizado "não para 'ofender' essas pessoas já tão sofridas e humilhadas, mas para chamar a atenção, provocativamente, para nosso maior conflito social e político: o abandono social e político" (p. 21).

Foi também uma decisão econômica, dado que a prevenção se apresenta mais vantajosa economicamente do que o tratamento, uma vez que ao prevenir o retardo no início do uso de substância entre adolescentes, diversos gastos com saúde são evitados (Mihalopoulos, Vos, Pirkis & Carter, 2011; Murta, Conceição, Abreu, Miranda, & Correia, 2015). Ademais, o fortalecimento de vínculos familiares atua como fator protetivo para outros transtornos, podendo minimizar a probabilidade de surgimento de diferentes agravos à saúde mental (Murta et al., 2015) e reduzir os custos com serviços de tratamento. Isso fica evidente na fala do participante a seguir: "*(...) a cada grupo que você faz de prevenção, você tá evitando que, daqui a cinco, sete anos, dez famílias apareçam pra você procurando os seus serviços*" (Participante 2).

Por fim, foi uma decisão social, em resposta ao Programa Crack é Possível Vencer e à Política Nacional sobre Drogas. E, também, respondia a um apelo da população para se solucionar um problema complexo, como apresentado na fala do Participante 1:

> *Tomando essas coisas que a gente entendeu que um programa como o PFF, como assim você vai ensinar os outros a cuidarem dos seus filhos, a educar seus filhos, a se relacionar. Parece pretencioso e ao mesmo tempo tolo. Parece. Na hora que a gente começa a observar e ver como isso funciona, quais as etapas de interação e, fundamentalmente, a resposta que os pais dão, a gente fala assim, isso não é tolo, ao contrário. Eles saem muito agradecidos, satisfeitos, alguém está me ajudando a cuidar dos meus filhos e isso traz uma satisfação muito grande*" (Participante 1).

A adoção do PFF, efetivada em 2013, foi sucedida por uma implementação piloto no Distrito Federal, no mesmo ano, junto a oito grupos em serviços de fortalecimento de vínculos que integram a política de assistência social, cujo objetivo era refinar e adaptar o Programa Famílias Fortes. Essa experiência inicial foi alvo de um estudo solicitado pelo MS para análise de sua viabilidade e levantamento de necessidades para adaptação cultural (Murta et al., 2018). Os dados desse estudo subsidiaram a primeira onda de adaptação cultural dos procedimentos do PFF,

realizada em 2014. Ainda nesse ano, deu-se início à expansão do PFF para cidades da região norte, nordeste, sudeste e sul do Brasil. Ao longo desses anos, foram atendidas 563 famílias, das quais 64 em 2013, 133 em 2014 e 366 em 2015. Em 2015, o programa começou então a ser aplicado também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2014, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (Ministério da Justiça) realizou parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e com o MS para também implementar o programa. A implementação feita pela SENAD escapa ao escopo da análise conduzida neste estudo.

Disseminação a nível local

No Brasil, a disseminação do PFF, como os dados apontam, ocorreu entre os anos de 2013 e 2015 da seguinte forma: o programa era apresentado aos tomadores de decisão, fossem eles prefeito, gestor da assistência social ou outro articulador local responsável pelos serviços como um todo dos municípios. Outras vezes, a iniciativa partia dos gestores e esses buscavam o MS. Nesse primeiro momento, realizava-se uma sensibilização quanto aos princípios do programa e as contrapartidas que eram necessárias para implementá-lo, como por exemplo, salas, aparelho de DVD, quatro funcionários que tenham passado por treinamento. Porém, algumas vezes, segundo os participantes, as contrapartidas e informações sobre os princípios do programa nem sempre eram apresentadas de forma clara aos facilitadores, por conseguinte, os profissionais eram selecionados e chegavam na formação inicial acerca do PFF despreparados. Porém, se a informação era relatada de forma adequada, o processo se tornava mais satisfatório e não ocorriam problemas na formação e implementação.

A maneira como uma intervenção é apresentada aos tomadores de decisão tem exercido influência sobre sua adoção, implementação e sustentabilidade no território (Fox, Gottefredson, Kumpfer & Beatty, 2004). Esses dados indicam que o *marketing* envolvido na disseminação se mostra crucial para a adesão, compreensão e implementação do programa, como observado na literatura (Bartholomew et al., 2011). Além do mais, muitas vezes o secretário ou o gestor local nem sempre conheciam minuciosamente a realidade daquele serviço. Isso gerava uma barreira quanto à viabilidade para se adotar o programa, como expresso pela Participante 3.

> *Essa foi uma barreira muito grande, porque, quando eles gostavam do programa, aceitavam o monitoramento, ainda tinha essa questão de como a gente vai fazer. Recurso financeiro porque o programa prevê alguns elementos que não estão na carta comum de aquisição do serviço. Se você tem uma rubrica e pode comprar alguma coisa, um jogo, tudo bem, mas se você não tem esbarrava nisso. E os recursos materiais no que se refere à estrutura mais permanente do programa. Sala, cadeira, carteira, mesa, televisão, DVD, isso também foi bastante difícil. Não é que foi difícil porque não tinha como. Era difícil as pessoas entenderem, na pactuação, que o programa ia exigir isso. Não era pra ser feito de qualquer forma, em qualquer lugar, hoje numa sala, amanhã em outra* (Participante 3).

Dessa forma, percebe-se ter havido um desafio no início da disseminação que afetou a adesão, a implementação e a manutenção da inovação no local. Também ficou evidente a necessidade de uma pactuação que compreendesse uma sensibilização dos profissionais que fossem implementar o programa. Esse passo seria preparar o local para receber a inovação (Bartholomew et al 2011; Fagan & Mihalic, 2003) constituindo, assim, uma ação de mobilização dos principais atores envolvidos na implementação.

Por outro lado, o programa apresentou diversos pontos que facilitaram sua disseminação, como por exemplo os resultados visíveis, o modelo proposto de intervenção e a característica lúdica do programa. Por resultados visíveis, entende-se as mudanças que o programa proporciona à população, como apresentado em outros países e a resposta imediata nas primeiras sessões do programa (satisfação das famílias e mudanças comportamentais dos pais e filhos). O modelo da intervenção se refere ao fato de ser um programa preventivo e o formato integrador: famílias juntas, pais e filhos numa intervenção e não apenas a criança aprendendo para repassar aos pais. Sua característica lúdica corresponde ao formato das sessões, que são medidas por jogos, vídeos e dinâmicas interativas.

> *Nós achamos que cabia naquilo que estávamos querendo. Uma proposta de prevenção às drogas, mas que fosse uma abordagem que levasse em conta o sujeito e não diretamente as drogas. Então, que atuasse nas habilidades sociais, habilidades de vida e, principalmente, porque esse, diferente dos outros, envolvia a família*" (Participante 3).

Adoção a nível local

A análise dos dados revelou duas barreiras para a adoção em nível local: viabilidade do programa para a realidade local e a configuração do local. Quanto à primeira, o programa se apresentou complexo em sua estrutura, necessitando de diversos recursos humanos, financeiros e materiais, que muitas vezes o local de adoção não apresentava. O material de aplicação (manual do facilitador, caderno de atividades para pais e jovens, material de apoio, jogos, sessões de acompanhamento) correspondia a um "calhamaço"[27], com diversas atividades a serem planejadas antes da intervenção que requeria muitas horas de planejamento, o que tornava o programa muito dispendioso. Porém, em 2015/2016, tomou-se uma iniciativa para sanar essa barreira e adaptar o material: as facilitadoras da primeira etapa de implementação foram convidadas para uma reunião para discussão acerca da qualidade do material. Essa reunião gerou insumos para melhorias no material, o que foi feito em seguida.

A segunda barreira corresponde à configuração institucional do local em que o programa estava sendo adotado, como afirmado: *"Boa parte de nós não tinha muita clareza dos limites e desafios, a gente conhecia mais a escola e a saúde do que a assistência, não tinha muita clareza de qual equipamento era mais adequado"* (Participante 3). O serviço apresentou-se adequado, devido às suas características e em decorrência do Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF), mas por dificuldades institucionais tem-se apresentado ora como barreira para a difusão do programa ora como facilitador. Essas barreiras institucionais englobavam greves de servidores, que lutavam constantemente por melhorias nas condições de trabalho e salários adequados. Uma barreira institucional adicional foi a pactuação pelo programa, que deixou em aberto a forma pela qual o servidor receberia por trabalhar com o PFF, pois quando inserido o programa, este não constava na carga de trabalho dos servidores, que deveriam cumprir suas obrigações e somar a estas o PFF, o que muitas vezes era fora do horário normal de trabalho. Por outro lado, o aspecto facilitador se referiu ao fato de o programa se alinhar ao PAIF, diretriz ao qual a Assistência Social deve cumprir, mas não havia encontrado até então programa que atendesse às famílias com os resultados pretendidos.

27 Termo utilizado pelos multiplicadores e facilitadores do programa e corresponde ao formato do manual: grande e desajeitado, que apresentava dificuldade para se manusear.

Por isso, essa barreira se apresentou mais como um desafio. A assistência social se mostrava interessada pelo PFF, dado haver compatibilidade entre o propósito deste e os serviços de proteção social básica: fortalecer vínculos familiares. Adicionalmente, o estudo de avaliação de processo e levantamento de necessidades para adaptação cultural (Murta et al., 2018) revelou compatibilidade entre os objetivos do PFF e os dos serviços de proteção social básica da Política Nacional de Assistência Social, o que os torna adequados, ao menos a nível conceitual, para receber o programa. Ao que parece, o desafio reside na inserção do programa na estrutura básica dos serviços de proteção básica (Centros de Convivência Sócio-Educativas - COSES, Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, Centros de Referência Especializada para a População em Situação de Rua - Centros POP etc.).

Já os facilitadores para a adoção se encontravam na coerência da proposta do programa (sua estrutura), a abordagem adotada (que é focada na família e não nas drogas) e a compatibilidade da proposta com a realidade nacional. Como mostra a Participante 3:

> *Todas as atividades são mediadas por algum recurso físico. Seja o DVD, uma cartolina, um papel, um jogo. Sempre tem um motivo pra gerar um lúdico ali e daí sim passar. Acho que isso é bom porque gera uma sensação de proteção nos participantes. É como se eles não estivessem falando deles mesmos; eles estão falando do jogo, daquele personagem, falando daquele desenho, então solta um pouco mais, eles se sentem mais protegidos até criar um vínculo maior de confiança* (Participante 3).

Implementação

Como evidenciado no título de uma revisão de literatura bem conhecida no campo da ciência da prevenção: "a implementação importa" para a efetividade de programas preventivos (Durlak & DuPree, 2008). Diversos fatores podem interferir na qualidade da implementação e, por consequência, alterar os resultados da intervenção e sua sustentabilidade. Alguns desses fatores são relacionados às características da intervenção, aos facilitadores, aos aspectos do contexto interno e contexto externo ao programa e, por fim, aos aspectos do processo de implementação.

Em primeiro lugar, desafios contextuais para a implementação foram largamente relatados pelos entrevistados. As barreiras relativas ao contexto interno incluíram a escassez de recursos financeiros e materiais nos locais, poucos recursos humanos disponíveis e, em decorrência disso, baixa prontidão para a implementação. Os desafios para a implementação do PFF referentes ao contexto externo foram concernentes às políticas externas, sistema político, comunidade externa e recursos disponibilizados. Greves de servidores, constrangimentos salariais e instabilidade política foram alguns dos problemas que afetaram a implementação do programa. Já os elementos facilitadores relativos ao contexto externo referiam-se ao fato de que o programa gerava um apelo da comunidade que carece de programas de fortalecimento de vínculos e prevenção do uso de drogas. Além do mais, as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2011) preveem ações de cunho comunitário e de prevenção. Desse modo, esse programa configura-se como uma resposta a essa necessidade.

Em segundo lugar, elementos relativos aos líderes de grupo ou facilitadores foram também identificados como relevantes para a qualidade da implementação. Dentre as barreiras, as crenças dos líderes de grupo sobre o programa e seu pouco conhecimento sobre prevenção parecem ter dificultado seu engajamento. O programa, por apresentar uma abordagem voltada à prevenção ao invés de tratamento, gerava certa incompreensão nos facilitadores, como a resistência quanto à escolha das famílias para participar do programa. É sabido que conhecimentos, crenças, auto eficácia para aplicar o programa, identificação com a organização e valores pessoais interferem na condução de intervenções preventivas (Santos & Murta, 2015). Ademais, há questões de vinculação com a organização: muitos profissionais apresentavam contrato temporário ou eram transferidos de uma localidade à outra, o que tornava o serviço descontínuo. Também havia problemas com a sobrecarga de trabalho e diversas demandas concorrentes à implementação do PFF. Isto é ilustrado no relato da Participante 2:

> *É essa questão da visão da prevenção é um obstáculo que a gente enfrenta durante o monitoramento. Que é esse questionamento que surge na formação, mas se perpetua 'eu tô deixando de atender as famílias que chegam lá no CRAS para poder fazer o grupo do PFF, eu tô tendo que deixar de fazer atendimento para ter que preparar material'* (Participante 2).

Porém, muitos facilitadores, quando percebiam a relevância do programa para o serviço, se mostravam defensores do mesmo, como apresentado pela fala de uma participante em uma das reuniões:

> *Gente, esse é o nosso trabalho. A gestão federal não tá pedindo pra vocês fazerem coisas a mais. O PFF tem que entrar dentro da sua carga de trabalho, não é pra ser feito depois do expediente ou na hora do almoço.*

Outra participante relatou: *"o PFF tem que estar aqui mesmo (nos serviços de assistência social- COSE), aqui é o local para fortalecer vínculos"*. Esses dados revelam que quando o profissional adquire conhecimento e experiência quanto ao programa, quanto ao que significa o trabalho preventivo, a resistência ao programa e à sua implementação diminuem. E, ao contrário de se oporem, esses profissionais advogam pelo programa.

Em terceiro lugar, o PFF demonstrou apresentar características que dificultaram e facilitaram sua implementação no Brasil. Quanto às primeiras, a principal barreira correspondia ao tempo que o programa requer de planejamento, sua estrutura rígida e longa (são várias atividades previstas e cronometradas) e vídeo que mostra uma realidade do exterior (realidade de pobreza muito distante da pobreza do Brasil). Essa última barreira, diz respeito mais a um mal-estar dos facilitadores e gestores do programa do que da população em si, que no estudo de levantamento de necessidades para adaptação cultural (Murta et al., 2018) não indicaram isto como problema. Quanto aos aspectos facilitadores, o programa se apresentou compatível com a realidade brasileira, com resultados observáveis e vantajosos à comunidade. Um ponto a ser destacado refere-se à teoria do programa. Na formação original de facilitadores proposta pelos desenvolvedores, não estava incluída a teoria que embasava o programa. Na implementação no Brasil, a formação de facilitadores passou a incorporar as bases teóricas do PFF, pois foi percebida uma necessidade e resistência a um programa de base "behaviorista" (comportamental), com reforço positivo e brinde. Quando a formação dos facilitadores passou a incluir as bases teóricas que fundamentavam o programa e suas técnicas, notou-se, segundo os entrevistados, diminuição na resistência frente ao programa.

Sustentabilidade

A sustentabilidade da inovação no local de implementação está relacionada aos resultados da disseminação, da adoção e da qualidade da implementação do programa. O PFF ainda não foi institucionalizado nos locais de implementação e por ser uma iniciativa recente (tendo como referência a época em que os dados foram coletados, isto é, no decorrer de 2015), não é possível a partir dos dados coletados avaliar a sua manutenção nos locais. Porém, é possível, a partir da análise das fases anteriores, avaliar as perspectivas e planejamento para a sustentabilidade do PFF no Brasil.

As barreiras para a sustentabilidade identificadas na análise dos dados, sumarizadas no Figura 3, foram relativas à comunicação deficitária com o Ministério do Desenvolvimento Social (contexto externo), ausência de institucionalização (contexto interno), problemas salariais e sobrecarga de trabalho vivenciadas pelos facilitadores do PFF (facilitadores) e características metodológicas do Programa (intervenção). A comunicação deficitária refere-se a tentativas frustradas em inserir o então MDS na implementação do programa. Havia interesse por parte do MDS, mas por motivos não compreendidos pelos participantes essa comunicação não ocorreu. Essa comunicação se fazia necessária, dado que o programa era aplicado na Assistência Social, esses respondiam ao MDS para inserção de novos tipos de serviço à carta de trabalho. A falta de institucionalização foi percebida pelos entrevistados como um entrave à inserção do programa como serviço prestado pelos locais, à previsão de materiais na carta comum de aquisição dos serviços e à realização das atividades do programa como parte da carga de trabalho e obrigações a serem cumpridas no dia-a-dia. As condições de trabalho inadequadas dos facilitadores se referem ao fato dos profissionais terem que fazer o programa como hora extra (sem remuneração para isso) e fora do turno de trabalho. E, por fim, as características metodológicas que atuam como barreiras compreendem a estrutura manualizada do programa, que requer horas de planejamento e materiais fora da carta de aquisição dos locais.

As barreiras relativas à fragilidade das condições de trabalho dos facilitadores estão ilustradas no relato deste Participante:

> *O grande entrave foi recursos humanos (...), eles (profissionais da assistência) não conseguiam colocar o PFF no horário normal da rotina de trabalho, não conseguem fazer um banco de horas (...) não ganhavam hora extra, não ganhava, pontuação, não ganhava nada (...). Por dentro do programa explodiu uma questão institucional muito além dele.*

Por outro lado, elementos favorecedores da sustentabilidade foram também identificados (Figura 3). Quanto ao contexto externo, a relevância social do PFF para o País, seu apelo comunitário e compatibilidade com a Política Nacional de Álcool e Drogas em vigor emergiram como facilitadores. De modo similar, o PFF foi considerado relevante socialmente para os serviços de proteção social básica em que vinha sendo implementado, isto é, para o contexto interno. Constituiu-se como ferramenta para operacionalizar o trabalho dos profissionais atuantes nesses serviços, cuja missão era o fortalecimento de vínculos familiares. Por fim, os materiais e procedimentos do PFF são vistos pelos participantes como atrativos e aplicáveis à vida, como relatado pelo Participante 5.

> *Teve uma mãe que falou assim: 'nossa, posso levar esse DVD para mim? Só para eu lembrar?' (...) teve outra que falou o quanto o programa estava impactando a família dela como um todo, por que ela usava com o marido 'eu me sinto assim quando você faz tal coisa'* (Participante 5).

Em adição a isso, alguns profissionais, presentes nas reuniões observadas, relataram que havia uma demanda muito grande por parte dos educadores por ferramentas que subsidiem o seu trabalho. O PFF era percebido como uma ferramenta que atendia a essa necessidade. Porém, a carga horária e a demanda elevadas de trabalho se apresentavam concorrentes com o PFF. Dessa forma, os dados sugerem um desafio relevante. Por mais que o programa venha suprir uma necessidade da assistência social e diversos profissionais advoguem pelo programa devido aos bons resultados, faz-se necessária a institucionalização do programa. Como afirmam Shediac-Rizkallah e Bone (1998), um dos fatores que interfere na sustentabilidade do programa é a força da organização. Se a organização apresenta bases fortes em sua estrutura interna e se o programa se integra aos serviços existentes, as chances do programa se manter no local são maiores.

Considerações finais

Este estudo qualitativo teve como propósito analisar facilitadores e barreiras para a difusão do PFF no Brasil. São dignos de nota, pelo menos, cinco aspectos facilitadores: a consistência do programa com as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2011), então, em vigor; a relevância social do programa para famílias brasileiras em situação de vulnerabilidade social; a compatibilidade com as necessidades dos serviços de fortalecimento de vínculos; boa aceitabilidade por parte de participantes e facilitadores; e indícios positivos de resultados de curto prazo do programa. Ao promover processos protetivos familiares, práticas parentais que aliam exigência e afeto, habilidades de vida e perspectiva de tempo futuro nos adolescentes, o PFF parece constituir uma via de fortalecimento da resiliência de famílias historicamente expostas a privações diversas, vitimizadas por um ciclo intergeracional de comportamentos voltados ao imediatismo e ausência de noção de futuro e capital cultural (Souza, 2009).

Por outro lado, os resultados apontam como principal desafio e o mais complexo deles, as barreiras associadas aos contextos externo e interno. O contexto externo que o Brasil tem atravessado nos últimos anos tem sido marcado por instabilidade política, retrocesso econômico e redirecionamento da agenda política para focos distintos da inclusão social, o que interfere na disseminação, adoção, implementação e sustentabilidade do PFF para famílias em desvantagem econômica. Além disso, e mais grave, acentua as iniquidades sociais no país, conforme dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio Contínua (https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/20843-pnad-continua-10-da-populacao-concentravam-quase-metade-da-massa-de-rendimentos-do-pais-em-2017.html).

Ainda como parte do contexto externo, tem-se a cultura da "guerra às drogas", segundo a qual o grande vilão por trás dos problemas é a droga em si, que desvirtua e demoniza o indivíduo, ignorando fatores sociais, ambientais e culturais que levam ao uso problemático da droga. Somado a isso, há uma cultura que favorece o tratamento e não a prevenção, que valoriza a internação em detrimento da ressocialização. Recentemente, a expressão mais evidente disto é a alteração no foco da Política Nacional sobre Drogas, que concedeu primazia

ao tratamento por meio de comunidades terapêuticas, em resultado à pressão exercida por segmentos sociais específicos que advogam por esta pauta (http://www.justica.gov.br/news/governo-destina-r-87-milhoes-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terapeuticas).

Quanto ao contexto interno, pode-se citar ainda como desafios a falta de institucionalização do programa nos locais de aplicação e de prontidão dos serviços para receber o programa, derivada da falta de recursos para recebê-lo e da articulação frágil com o MDSA (Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário), órgão ao qual os serviços locais de assistência respondem. Alguns desses desafios podem ser sanados ao se desenvolver estratégias de *marketing* mais eficazes, de forma a atingir todos os atores envolvidos no processo de adoção e implementação do programa com informações claras e precisas sobre os principais aspectos relativos ao programa. E por fim, deve-se salientar, como um foco de investimentos, a formação continuada dos profissionais, de forma a aumentar a auto eficácia para a aplicação deste ou outros programas preventivos e melhoria de suas condições de trabalho. Isso feito, poderia representar contribuição importante para a o incremento da prontidão dos serviços para receber o PFF.

Este estudo apresenta forças e limitações. Destaca-se o seu caráter inovador, ao descrever a história e analisar barreiras e facilitadores da difusão do PFF no Brasil. Adicionalmente, este é um dos poucos estudos brasileiros que abarcam o tema da difusão em programas preventivos em saúde mental (Abreu & Murta, 2016; Melo & Izbick, 2015). Ao adotar uma abordagem qualitativa baseada em teoria fundamentada e na teoria da difusão de inovações, evidenciou elementos relativos aos contextos externo e interno, aos profissionais da ponta que implementam o programa e ao programa em si que impactam em sua adoção, disseminação, implementação e sustentabilidade. Por outro lado, limitações podem ser apontadas neste estudo, incluindo a coleta de dados exclusiva com gestores e facilitadores, a ausência de procedimentos observacionais para a fase de implementação, bem como da coleta de dados sobre a fidelidade da implementação.

Por isso, recomenda-se que novos estudos incluam avaliação da fidelidade na implementação e engajamento das famílias na intervenção, em caso de continuidade do PFF no país e estudos sobre sua sustentabilidade nos locais. Nessa mesma linha, a escuta às famílias participantes poderá lançar luz sobre outras

dimensões não evidenciadas neste estudo. Esses dados obtidos por múltiplos informantes e múltiplas medidas devem ser associados a estudos de efetividade do PFF, de modo a se identificar em que medida o PFF afeta as metas finais para as quais ele foi adotado. Ainda que existam indícios de sua compatibilidade com as necessidades locais, boa aceitação por parte das famílias e resultados iniciais positivos, são ainda desconhecidos seus efeitos sobre o padrão do uso de drogas entre adolescentes ao longo do tempo.

Uma agenda de trabalho para a sustentabilidade desse programa pode ser pensada com base neste estudo. A sustentabilidade do PFF encontra-se diretamente associada às oportunidades (e restrições) no contexto externo, tais como as resultantes da pressão exercida por grupos de interesse capazes de favorecer a inclusão da prevenção ao abuso de drogas baseada em evidências na agenda política; ao êxito da disseminação e adoção em nível local; à qualidade da implementação; à prontidão do território e maturidade dos serviços adotantes. Caso decisões políticas sejam tomadas rumo à manutenção do PFF, faz-se necessária sua institucionalização, expressa via articulação entre instâncias federais responsáveis pela saúde, serviços de proteção social básica e outros serviços adotantes. Isso facilitaria a prontidão dos equipamentos sociais para a implementação do programa, incluindo sua inserção na rotina de trabalho, a disponibilização dos materiais necessários para a execução do programa e a oferta de formação continuada dos profissionais.

Ao contrário, caso o PFF tenha sua implementação definitivamente interrompida, ainda assim gestores, profissionais da ponta e estudiosos poderiam se beneficiar da teoria que o embasa e da ampla experiência de implementação para o desenvolvimento de programas preventivos locais e sua posterior difusão. Para tanto, as barreiras e facilitadores do processo de difusão do PFF no Brasil podem nortear rotas mais informadas e seguras para outras iniciativas de implementação em larga escala de programas baseados em evidência para famílias em situação de vulnerabilidade social no âmbito das políticas públicas para prevenção ao abuso de drogas.

Em qualquer dos casos, continuidade ou interrupção, recomenda-se um maior investimento em políticas públicas de desenvolvimento social, como serviços de educação infantil, profissionalizantes, de proteção e acompanhamento para as famílias em situação de pobreza. Havendo uma implementação adequada do PFF, ainda assim sua efetividade (bem como de qualquer outro programa voltado para o

mesmo público), na promoção de suas metas pretendidas estaria, muito possivelmente, associada à disponibilidade de recursos comunitários e sociais, por sua vez atrelados a políticas sociais diversas (Garcia et al., 2014). Não se trata de uma panaceia, mas de uma ferramenta, dentre muitas, a ser oferecida como parte de um leque de oportunidades que, paulatinamente, fomentem a inclusão social e o empoderamento de famílias e adolescentes e, oxalá, lhes permitam sair da situação de "ralé".

Lições aprendidas

- Programas preventivos coerentes com as diretrizes da política pública para a qual se destinam apresentam potencial mais elevado de difusão.
- Programas preventivos compatíveis com as necessidades dos serviços e percebidos positivamente pelos agentes de implementação apresentam potencial mais elevado de difusão.
- Programas preventivos relevantes e benéficos para os usuários apresentam potencial mais elevado de difusão.
- A formação continuada de agentes de implementação pode favorecer a prontidão dos serviços para adotar e implementar programas preventivos.
- Programas preventivos podem ter seu potencial de difusão prejudicado se não contarem com suporte político.
- Programas preventivos podem ter seu potencial de difusão prejudicado se não contarem com articulações que permitam sua institucionalização.
- O protagonismo de grupos de interesse e de coalisões comunitárias pode ser crucial para superar barreiras contextuais e fomentar a difusão de programas preventivos socialmente relevantes.

Referências

Abreu, S., & Murta, S. G. (2016). O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática. *Interação em Psicologia, 20,* 101-111. doi: 10.5380/psi.v20i1.34790

Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accomodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. *Health Education Research*, *22* (4), 547-560. doi: 10.1093/her/cyl122

Allen, D., Foxcroft, D. R., & Coombes, L. (2006). *Strengthening Families Program for Parents and Youth 10-14 - Leader Guide*. Oxford: Oxford Brookes University.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Third edition. San Francisco, CA: Jossy-Bass.

Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack: quem são os Usuários de Crack e/ou Similares do Brasil? Quantos são nas Capitais Brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019

Berry, F. S. & Berry W. D. (2007). Innovation and diffusion models in policy research. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (pp. 223-260). Boulder: Westview Press.

Brasil (2011). *Manual do Programa Crack é Possível Vencer.* Disponível em: www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer.

Brasil (2012). *Norma Operacional Básica – NOB – SUAS.* Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf

Brasil (2016). *Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas*. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/senad-mj-disponibiliza-relatorio-uma-politica-sobre-drogas-e-uma-politica-sobre-pessoas/senad-relatorio-e-anexo.pdf

Carlini, E. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini-Cotrim, M., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., & Moura, Y. G. (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br

Dearing, J. W., Beacom, A. M., Chamberlain, S. A., Meng, J., Berta, W. B., Keef, … & Estabrooks, C. A. (2017). Pathways for best practice diffusion: the structure of informal relationships in Canada's long-term care sector. Implementation Science, 12(11). doi: 10.1186/s13012-017-0542-7

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*, 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, H. H., Walsh, J., & Falco, M. (2005) Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research: Theory & Practice*, *20* (3), 308-313). doi: 10.1093/her/cyg134

Fagan, A. A. & Mihalic, S. (2003). Strategies for enhancing the adoption of school-based prevention programs: lessons learned from the Blueprints for Violence Prevention replications of the Life Skills Training program. *Journal of Community Psychology*, *31*(3), 235-253. doi: 10.1002/jcop.10045

Flick, U. (2009) *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

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*, *7*(3), 165-176. doi: 10.1023/B:CCFP.0000045125.68018.61

Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Long-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction, 93*, 397-411. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00355.x

Garcia, L., Kinoshita, R. T., & Maximiano, V. (2014). Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In F. I. Bastos e N. Bertoni (Eds). *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack: quem são os Usuários de Crack e/ou Similares do Brasil? Quantos são nas Capitais Brasileiras?* (pp. 147-155). Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019

Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada [IPEA] (2012). *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise* (vol 1). Brasília: IPEA. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps_completo_1.pdf

Kumpfer, K. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction.* doi: 10.1155/2014/308789.

Kumpfer, K. L., DeMarsh, J. P., & Child, W. (1989). *Strengthening families program: Children's Skill Curriculum Manual, Parent Training Manual, Children's Skill Tranining Manual, and Family Skills Training Manual (Prevention Services to Children of*

Substance-Abusing Parents). Salt Lake City, UT: Department of Health, Alcohol and Drug Research Center.

Kumpfer, K. L., Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Banff International Behavioral Science Series, Vol. 3. Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Kumpfer, L, K., Whiteside, H. O., Greene, J. A., & Allen, K. C. (2014). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 12*(3), 211-229. doi: 10.1037/a0020602

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). Novo Hamburgo: 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*, 481-496. doi: 10.1007/s10464-012-9521-y

Menezes, J. C. L. (2017). *Adaptação Cultural do Strengthening Families Program (10-14) UK para o Brasil* (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/24729

Ministério da Saúde (2014). *Programa Famílias Fortes: Versão brasileira adaptada do "Strengthening Families Programme" – SFP 10-14 UK* (adaptado da versão inglesa de Allen, D., Foxcroft, D., &Coombes, L., por sua vez derivada da versão original de Molgaard, V., Kumpfer, K., & Fleming, E.). (G. C. Justino, J. M. Borges, M. R. V. Damasceno, C. M. Aló, C. Morais, J. Seidl, M. S. Pedralho, V. P.S. Rocha, R. T. Pedroso, S. A. Oliveira, N. M. Campos, K. Oliva, L. F. Zago & R. Tykanori, Trad.). Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas.

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. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104601

Miranda, A.A. V. (2016) *Prevenindo o uso abusivo de drogas: uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil*. (Dissertação de mestrado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/21363

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Ramos, C. E. P. L., Pedralho, M. S., & Tavares, T. N. G. (2014). *Relatório de Avaliação do Processo de Implementação e de Adaptação Cultural do Programa Fortalecendo Famílias (SFP 10-14): Fase Pré-Piloto*. Brasília, DF.

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Ramos, C. E. P. L., Pedralho, M. S., & Tavares, T. N. G. (2018). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 31* (25). doi: 10.1186/s41155-018-0105-0

Murta, S. G., Conceição, I. G., Abreu, S., Miranda, A. A. V., & Correa, A. (2015). Prevenção ao abuso de álcool e drogas entre adolescentes no Brasil. In A. P. Gómez, J. M. Trujillo, E. B. Iglesias (Orgs.). *De la Prevención y Otras Historias* (pp. 63-102). Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá. Disponível em https://www.nuevosrumbos.org/assets/documents/Prevencion-y-otras-historias-17.pdf

Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura*, *33*, 9-24. Retrieved from: http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/viewFile/1339/1064.

Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., & Iglesias, E. B. (2015) *De la Prevención y otras historias*. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá. Disponível em https://www.nuevosrumbos.org/assets/documents/Prevencion-y-otras-historias-17.pdf

Rogers, E. (1962/1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

Santos, K. B., & Murta, S. (2015). A implementação de programas de promoção e promoção no âmbito da 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.192-211). Novo Hamburgo: Sinopsys.

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,* 87-108. doi: 10.1093/her/13.1.87

Souza, J. (2009). *A Ralé Brasileira: Como é e Como Vive.* Belo Horizonte: Editora UFMG.

Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, H., Fagan, A., ... & 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*, 319-351. doi: 10.1007/s11121-012-0362-6

Spoth, R., Guyll, M., & Redmond, C. (2011). Six-year sustainability of evidence-based intervention implementation quality by community-university partnerships: The PROSPER study. *American Journal of Community Phychology, 48*(0), 412-425. doi: 10.1007/s10464-011-9430-5

Strauss, A. S., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria.* Porto Alegre: Artmed.

Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: learning from the Triple P – Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, *11*, 176-193. doi: 10.1016/j.avb.2005.07.005

Volcov, K., & Vasconcelos, M. P. (2013). "Crack, é Possível Vencer" ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. *Saúde & Transformação Social, 4*(2), 99-105. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/2653/265328844012.pdf

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. doi: 10.1093/jpepsy/jsh050

CAPÍTULO 14

PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (SFP 10-14) NO BRASIL[28]

Sheila Giardini Murta
Larissa de Almeida Nobre-Sandoval
Luís Gustavo do Amaral Vinha
Fabio Iglesias
Ana Aparecida Vilela Miranda
Viviane Paula Rocha
Adriano Silva Sampaio de Souza

Resumo

Strengthening Families Program 10-14 (SFP 10-14) é um programa preventivo de base familiar, que almeja promover desfechos de saúde, parentais e escolares, desenvolvido nos Estados Unidos e disseminado na Europa e América Latina. Este trabalho descreve o protocolo de avaliação da efetividade de sua versão no Brasil - Programa Família Fortes, examinando sua qualidade de implementação e validade social. Um design quase-experimental compara adolescentes no Programa (n = 1.813) e uma condição controle (n = 718), com pré-teste, pós-teste e *follow up* de 6 e 12 meses. Utilizam-se escalas padronizadas e observação direta da interação de díades familiares, assim como métodos mistos. São discutidas as implicações práticas deste estudo no contexto nacional, bem como limitações e agenda de pesquisa. Por fim, são apresentadas as lições aprendidas decorrentes da implementação deste protocolo de avaliação.

Palavras chave: Programa Famílias Fortes, *Strengthening Families Program*, programas preventivos, protocolo de avaliação, avaliação de programas.

28 Estudo financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Introdução

Parte considerável dos adolescentes brasileiros tem sua saúde prejudicada por riscos diversos, tais como o uso abusivo de substâncias, violência e comportamentos sexuais de risco (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2012). Com vistas à prevenção do uso problemático de drogas e promoção de saúde em adolescentes, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde do Brasil adotou, em 2013, o *Strengthening Families Program* 10-14 (SFP 10-14), um programa de prevenção focado na família baseado em evidências, de origem norteamericana (Kumpfer, Molgaard, & Spoth, 1996) e amplamente disseminado em países europeus (Allen, Coombes, & Foxcroft, 2007; Kumpfer, Xie, & O'Driscoll, 2012; Ortega, Giannotta, Latina, & Ciairano, 2012; Pérez et al., 2009; Skärstrand, Larsson & Andréasson, 2008; Stolle, Stappenbeck, Wendell, & Thomasius, 2011) e latino-americanos (Correa, Zubarew, Valenzuela, & Salas, 2012; Mejia, Ulph, & Calam, 2015; Vasquez et al., 2010).

A versão brasileira foi denominada pelo Ministério da Saúde, inicialmente, de "Programa Fortalecendo Famílias" e, posteriormente, de "Programa Famílias Fortes" (PFF). Diversas teorias o embasam, dentre as quais o modelo da resiliência, o modelo da ecologia social do uso de substâncias em adolescentes e a teoria dos sistemas familiares (Kumpfer, 2014). O programa encoraja o incremento de fatores protetivos no âmbito da família, como coesão familiar e resolução colaborativa de problemas; dos pais, como estilo parental autoritativo e regulação das emoções; e dos adolescentes, como qualidade da amizade e habilidades sociais de resistência à pressão de pares (Kumpfer et al., 1996).

Estudos conduzidos com amostras norteamericanas que examinaram a efetividade do SFP 10-14 por meio de ensaios clínicos randomizados com avaliações de *follow-up* encontraram efeitos positivos sobre o retardo da idade do primeiro uso de álcool (Spoth, Redmond, & Lepper, 1999), aumento em atenção plena na parentalidade, qualidade da relação entre pais e jovens, manejo do comportamento dos jovens (Coastworth, Duncan, Greenberg, & Nix, 2010; Coastworth, et al., 2015) e melhoria em engajamento escolar e êxito acadêmico (Spoth, Randall, & Shin, 2008). Adicionalmente, estes dados encontram-se alinhados aos achados de uma avaliação econômica que indicaram ser o SFP 10-14 uma intervenção economicamente favorável, com evidências de boa razão custo-efetividade numa amostra norteamericana (Guyll, Spoth, & Crowley, 2011).

Na América Latina, evidências derivadas de um estudo qualitativo com entrevistas conduzidas com pais participantes no Panamá (Mejia et al., 2015) revelaram benefícios do SFP 10-14 para a qualidade da relação pais e filhos e relação conjugal, englobando ganhos em comunicação e regulação das emoções. Nessa mesma linha, achados de um estudo quase-experimental no Chile demonstraram redução em práticas parentais coercitivas e permissivas, com redução em insultos, gritos e falta de estabelecimento de regras e limites, ainda que efeitos sobre drogas não tenham sido identificados, aos seis meses após o término da intervenção (Correa et al., 2012). No Peru, um estudo quase-experimental com 537 famílias apontou resultado positivo do programa no que se refere à habilidade de resistir à pressão dos pares (Secretaría General de la Comunidad Andina & OPS/ OMS, 2013). Por fim, um estudo com famílias porto-riquenhas, também quase-experimental, apresentou redução de agressividade e de comportamentos antissociais, melhora da qualidade das relações familiares e redução do estresse por parte dos pais (Chartier, Negroni, & Hesselbrock, 2010).

Entretanto, outros estudos conduzidos com versões europeias do SFP 10-14 por meio de ensaios clínicos randomizados indicam ausência de efeitos deste programa na prevenção do uso de álcool, tabaco (Baldus et al., 2016; Foxcroft, Callen, Davies, & Okulicz-Kozaryn, 2017; Skärstrand, Sundell, & Andréasson, 2014), maconha (Baldus et al., 2016) e problemas de comportamento nos jovens (Baldus et al., 2016; Foxcroft et al., 2017). Há ainda evidências de um destes estudos que indicam que o SFP 10-14 falha em promover habilidades parentais e melhoria na relações pais-crianças (Foxcroft et al., 2017). De modo similar, um estudo realizado nos EUA apontou efeitos mistos do SFP 10-14, indicando, por um lado, redução na hostilidade de jovens, e por outro, efeitos contrários aos hipotetizados, com aumento na hostilidade parental e redução em habilidades parentais de solução de problemas (Semeniuk et al., 2010).

Em síntese, as evidências de efetividade do SFP 10-14 obtidas em ensaios clínicos randomizados, comparando-se as versões original e as adaptadas culturalmente, são inconclusivas. Dentre as razões atribuídas à ausência de efeitos nestes estudos, apontou-se perdas na fidelidade da implementação

(Skärstrand et al., 2014) e características socioeconômicas das amostras europeias (Baldus et al., 2016; Foxcroft et al., 2017), menos vulneráveis do que nos estudos norteamericanos. Por outro lado, as evidências obtidas na América Latina tendem a ser positivas, embora limitem-se a efeitos sobre fatores de risco e protetivos, sem demonstração de efeitos sobre o abuso de drogas e outros desfechos primários. Logo, é clara a necessidade de novos estudos que possam examinar a efetividade do SFP 10-14 adaptado culturalmente para outros países, à luz de seu processo de implementação e de sua relevância e fragilidades frente às demandas, recursos e restrições do contexto adotante.

No Brasil, a efetividade do Programa Famílias Fortes ainda não havia sido alvo de avaliação antes do presente estudo. Um estudo exploratório acerca do processo de implementação e necessidades de adaptação cultural revelou boa aceitabilidade e relevância cultural na primeira aplicação do Programa Famílias Fortes para oito grupos de adolescentes e pais/cuidadores brasileiros, no Distrito Federal (Murta et al., 2018). As famílias participantes relataram utilização de habilidades aprendidas na intervenção, incluindo comunicação entre os membros da família, envolvimento dos filhos nas tarefas de casa, estabelecimento de regras e limites pelos pais, lazer conjunto e regulação das emoções. Foram identificadas necessidades de adaptação cultural relativas a aspectos linguísticos em materiais e procedimentos, considerando-se especificidades culturais e baixo nível de instrução das famílias participantes. Adicionalmente, foram identificados desafios acerca do processo de implementação, tais como os relativos à infraestrutura material e humana (transporte para as famílias, cuidadores para as crianças mais novas, brindes para a participação), recrutamento das famílias (divulgação do programa, atração e seleção das famílias) e planejamento em equipe (como preparação do material para os encontros e discussão dos procedimentos por todos os facilitadores).

Baseando-se nestes achados, o Programa Famílias Fortes sofreu adaptações em seus aspectos linguísticos e ações foram empreendidas pelo Ministério da Saúde para facilitar a logística de implementação em larga escala no Brasil. O Programa Famílias Fortes foi, inicialmente, implementado no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), um serviço de proteção social básica integrante da Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004), oferecido a famílias de baixa renda, com vistas ao fortalecimento de vínculos familiares. Posteriormente, a gestão do Programa

Famílias Fortes deu-se de modo intersetorial e envolveu, ao nível nacional, esforços conjuntos da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde) e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Ministério da Justiça e Segurança Pública), entre os anos de 2015 e 2017. Ao nível local, sua implementação contou com ações coordenadas entre os serviços de fortalecimento de vínculos (setor assistência social), escolas de ensino fundamental (setor educacional) e unidades básicas de saúde (setor saúde).

Todavia, ainda são desconhecidos os efeitos do Programa Famílias Fortes sobre o abuso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais, bem como impacto em indicadores positivos, tais como desempenho acadêmico e projetos de vida, fatores protetivos relevantes para se romper o ciclo de vulnerabilidades e desamparo vivido por muitos jovens brasileiros. Igualmente, ainda que evidências existam sobre elementos contextuais que poderiam favorecer ou prejudicar a implementação em larga escala do Programa Famílias Fortes no Brasil (Miranda, 2016), ainda não foram elucidados aspectos referentes à qualidade de sua implementação e validade social que poderiam explicar sua efetividade e amparar uma difusão exitosa no âmbito das políticas sobre drogas e políticas sociais integradas, focadas na promoção de saúde e desenvolvimento de famílias brasileiras em situação de pobreza. Dados derivados de estudos dessa natureza poderiam ser úteis para corrigir falhas no processo de implementação e otimizar o potencial de efetividade da intervenção, de modo a fornecer as bases para ensaios clínicos randomizados em estudos posteriores (Levati et al., 2016).

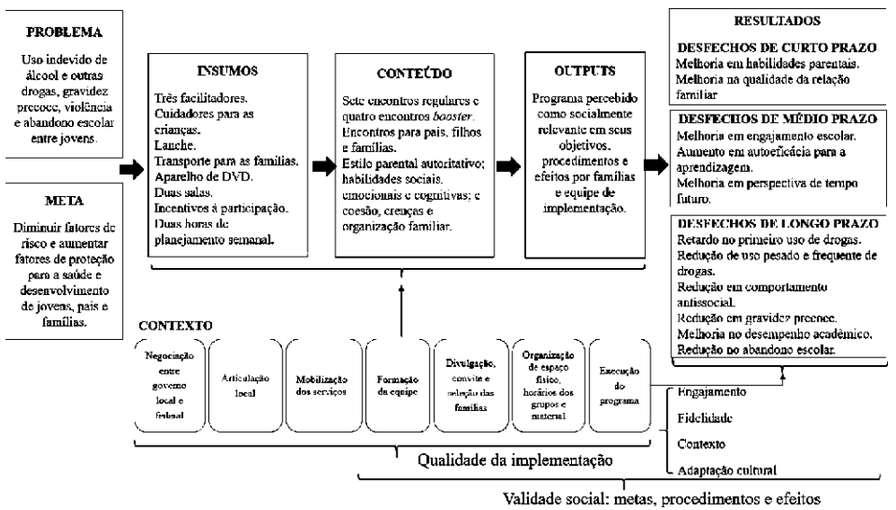
Para responder a tais indagações, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, no ano de 2015, estabeleceu Termo de Cooperação com a Fundação Universidade de Brasília (TED 19/2015), para que esta conduzisse o presente estudo, com um triplo propósito: avaliar a efetividade do Programa Famílias Fortes como estratégia para prevenção ao abuso de drogas e álcool e comportamentos de risco à saúde de adolescentes, examinar a qualidade de sua implementação e descrever sua validade social. Esperava-se, na ocasião, que estes achados pudessem informar a tomada de decisão para implementação em larga escala do Programa Famílias Fortes para famílias brasileiras, como um eventual instrumento preventivo integrante da Política Nacional sobre Drogas, então em vigor (Brasil, 2005). Este capítulo descreve o protocolo de avaliação, com ênfase nos participantes, instrumentos e

procedimentos de coleta de dados nos três braços de avaliação previstos: efetividade, qualidade da implementação e validade social.

Método

Este estudo é guiado por três conjuntos de questões, expressas no modelo lógico descrito na Figura 1. Em primeiro lugar, que efeitos o Programa Famílias Fortes produz sobre a qualidade da relação familiar, habilidades parentais (desfechos de curto prazo), autoeficácia para a aprendizagem, engajamento escolar, a perspectiva de tempo futuro (desfechos de médio prazo), primeiro uso de drogas, uso frequente e pesado de drogas, comportamento antissocial, gravidez precoce, desempenho acadêmico e abandono escolar (desfechos de longo prazo)? Em segundo lugar, como é a qualidade da implementação do Programa Famílias Fortes e como variáveis contextuais a afetam? Em terceiro lugar, qual é a sua validade social, na perspectiva de diferentes informantes, incluindo participantes, equipe de implementação e equipe de gestão?

Figura 1: *Modelo lógico do estudo de avaliação do PFF.*



Fonte: Murta et al., 2020

Design do estudo

Este estudo faz uso de um delineamento quase-experimental com grupo controle pareado com avaliações de *follow-up* aos 6 e 12 meses. Os participantes da condição experimental recebem o Programa Famílias Fortes, enquanto os participantes da condição controle não recebem nenhuma intervenção além das usuais nos serviços em que são recrutados. Paralelamente, avaliações de qualidade da implementação e validade social são realizadas, por meio da triangulação de métodos, com medidas quantitativas e qualitativas e múltiplos informantes.

Participantes

Participam do estudo crianças e adolescentes com idades entre 10 e 14 anos, acompanhados de seus pais ou responsáveis, tais como tias ou avós. São critérios de inclusão para participação neste estudo: a participação conjunta da criança/adolescente com, pelo menos, um pai/responsável; famílias com crianças entre 10 e 14 anos; e ser usuário de serviços públicos destinados a famílias em desvantagem econômica. São excluídos do estudo crianças/adolescentes que estejam participando de outros programas preventivos baseados em evidências, com metas similares, disponibilizados pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em implementação no município; famílias em situação de violação de direitos, como crianças em situação de maus tratos severos; famílias cujas crianças/adolescentes façam uso problemático de drogas e necessitem tratamento; e famílias em que os pais não estão disponíveis para acompanhar a criança/adolescente na intervenção.

As famílias participantes da condição experimental são recrutadas dentre os usuários dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Unidades de Atenção Básica à Saúde (UBS), escolas, ou outros equipamentos afins, conforme articulação intersetorial do município. Os participantes da condição controle são recrutados em Centros de Referência em Assistência Social com características socioeconômicas e geográficas similares às dos equipamentos da condição experimental. Pais ou responsáveis e profissionais envolvidos na gestão (coordenador e supervisor) e implementação da intervenção (facilitadores,

multiplicadores, articuladores e formadores) também participam como informantes nesta pesquisa.

Intervenção

Precursores da implementação. Antes da execução do Programa Famílias Fortes, um conjunto de procedimentos é realizado para promover a sua adoção pelo município e serviços, a articulação intersetorial, a mobilização de serviços, o treinamento de facilitadores, o recrutamento das famílias e o planejamento dos encontros. Esses procedimentos requerem uma equipe ampla composta por coordenador (responsáveis por disseminar os programas preventivos para os municípios e encorajar a adoção local), supervisores (encarregados de treinar formadores locais e supervisioná-los durante as negociações locais para mobilização da comunidade e implementação posterior do Programa Famílias Fortes), formadores (são formados para prover treinamento para os facilitadores e suporte continuado no decorrer da implementação), articulador (responsáveis por viabilizar a intersetorialidade por meio de negociações, tomada de decisão e planejamento conjunto entre os gestores dos setores envolvidos), multiplicadores (encarregados de mobilizar as equipes dos serviços envolvidos, apoiá-las e monitorá-las durante a implementação do Programa Famílias Fortes) e facilitadores (são treinados para selecionar as famílias participantes e entregar a intervenção). Enquanto o coordenador e os supervisores são situados ao nível federal, os demais profissionais situam-se a nível municipal.

Inicialmente, o coordenador apresenta o Programa Famílias Fortes, juntamente com outros programas baseados em evidências para prevenção ao abuso de drogas (Medeiros, Cruz, Schneider, Sanudo, & Sanchez, 2016; Schneider et al., 2016), para autoridades municipais representativas de diversos setores das políticas públicas, incluindo políticas sobre drogas, saúde, educação, assistência social e direitos da criança e adolescente. Uma vez adotado pelas autoridades municipais, dá-se início à articulação intersetorial para implementação do Programa Famílias Fortes, realizada pelo articulador, quando os diversos setores das políticas públicas adotantes são estimulados a se organizar para trabalhar conjuntamente. Em seguida, articulador e multiplicadores atuam na identificação

de comunidades e os serviços potenciais implementadores do PFF, considerando a infraestrutura material e humana disponível.

As equipes atuantes nestes serviços, em geral compostas por educadores sociais, assistentes sociais e psicólogos, são treinadas para que possam facilitar os encontros do PFF. O treinamento para formar facilitadores é oferecido por formadores, previamente selecionados, treinados e monitoradas por supervisores. O treinamento, oferecido em 16 horas ao longo de dois dias consecutivos, aborda as diretrizes das políticas nacionais de prevenção às drogas, fatores de risco e proteção à saúde do adolescente, as bases conceituais do PFF, seu formato, procedimentos e materiais usados. Os facilitadores já treinados, em seguida, se ocupam da divulgação do programa, por meio de reuniões de pais, visitas domiciliares, ligação telefônica a pais e comunidade atendidos pelo serviço. No treinamento, os facilitadores recebem informações sobre o perfil das famílias e a faixa etária das crianças e adolescentes (10 a 14 anos) a serem convidadas. Na etapa seguinte, os facilitadores organizam os horários para oferta dos grupos, preparam o material e planejam o primeiro encontro.

As famílias contatadas são convidadas pelos facilitadores para um primeiro encontro (encontro de sensibilização, referido anteriormente), em que são apresentadas ao PFF com maior detalhamento. Essa reunião é conduzida pelos facilitadores, que convidam os pesquisadores a apresentar o estudo às famílias, em conformidade com as diretrizes éticas já mencionados. Caso se interessem e tenham disponibilidade nos horários combinados, as famílias são inscritas no programa.

Implementação. A execução do Programa Famílias Fortes compreende sete encontros semanais, com duas horas de duração cada. Na primeira hora, os adolescentes são acompanhados por dois facilitadores em uma sala e, ao mesmo tempo, seus pais ou responsáveis, por outros dois facilitadores em outra sala. Na segunda hora, adolescentes e pais participam em atividade conjunta acompanhada pelos quatro facilitadores. O PFF busca incrementar fatores protetivos da comunidade como reconhecimento de serviços públicos e laços com a vizinhança, da família como momentos de diálogo e lazer, organização da vida doméstica, dos pais no que tange à forma de comunicação de regras e expressão de afeto e dos adolescentes principalmente no desenvolvimento de pensamento crítico e assertividade.

Consistentemente com isso, os encontros abordam a expressão de afeto, estabelecimento e comunicação de regras, organização da dinâmica familiar, projeto de vida, empatia, identificação de valores familiares e assertividade. O DVD do programa contribui com cenas do cotidiano familiar que servem de disparador para a discussão de temas relativos aos desafios dessa fase da vida para pais e filhos. Os jogos que compõem os encontros podem ter diversas funções, desde quebra-gelo até o treino de habilidades apresentadas no dia. Ao término do encontro familiar, um lanche é oferecido aos participantes, cujo objetivo é estimular o convívio entre as famílias. Pode ser oferecido pelo serviço ou organizado entre os participantes. No Brasil, o lanche é usualmente oferecido pelo serviço onde acontece o programa.

Para os pais que têm filhos em idade inferior à faixa etária contemplada pelo PFF, é previsto que os implementadores organizem o espaço e a estrutura material e humana para cuidado das crianças. Da mesma forma, oferecer transporte para as famílias é necessário nos casos em que residam em local distante da unidade ou tenham de desembolsar recursos para chegar ao local. Entre três e quatro meses após o sétimo encontro, são oferecidos 4 encontros de reforço, quando são retomados os temas centrais do programa como, por exemplo, regulação das emoções, assertividade, valores familiares e empatia. Os facilitadores planejam, semana a semana, os procedimentos e materiais, conforme previsto em manual (Brasil, 2014). Ademais, eles têm seu trabalho supervisionado por multiplicadores locais e formadores federais, com quem fazem encontros periódicos entre o início e o fim do programa para discutir os êxitos e dificuldades da implementação e buscar soluções para os problemas encontrados.

Avaliação de efetividade. A avaliação de efetividade almeja: (a) comparar o retardo do primeiro uso de drogas e redução do uso frequente e pesado de drogas entre crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*; (b) comparar comportamentos antissociais entre crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*; (c) comparar gravidez precoce entre adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*; (d) comparar o desempenho escolar e o abandono escolar entre crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*; (e) comparar a qualidade da interação familiar entre pais/responsáveis e crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, aos seis e doze meses após a intervenção; (f) comparar as práticas parentais entre pais/responsáveis e crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF, antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*; e (g) comparar a autoeficácia para aprendizagem, perspectiva de tempo futuro e engajamento escolar entre crianças/adolescentes participantes e não participantes do PFF antes, imediatamente após, aos seis e doze meses de *follow-up*.

Medidas de resultados. São avaliados os seguintes desfechos primários: retardo do primeiro uso de drogas; redução de *binge drinking* e de uso frequente de bebida alcoólica, cigarro, inalantes, maconha, cocaína e crack; comportamentos antissociais; gravidez precoce; desempenho escolar e abandono escolar. Adicionalmente, são avaliados os seguintes desfechos secundários: qualidade da relação familiar, práticas parentais, autoeficácia para aprendizagem, perspectiva de tempo futuro e engajamento escolar. A Tabela 1 apresenta as variáveis e instrumentos utilizados, conforme o respondente.

Tabela 1: *Variáveis, respondentes e instrumentos utilizados para medir a efetividade de Programa Famílias Fortes.*

Instrumento	Respondente	Variáveis	Instrumento de origem
Entrevista de Caracterização Sociodemográfica	Responsáveis (CE) e adolescentes (CC)	- Dados pessoais e de contato	Elaborado pelos autores
		- Relação de parentesco entre responsável e adolescente	
		- Condição socioeconômica	
Questionário de Saúde e Vida Escolar (QSVE)	Adolescentes (CE e CC)	- Padrão de uso de drogas (24 itens)	The Non-student Drug-use Survey Questionnaire (Smart, Arif, Hughes, Medina Mora, Navarathan, Varma, & Wadud, 1980)

		- Gravidez precoce (1 item)	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 (PeNSE) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012)
		- Desempenho escolar (2 itens) - Abandono escolar (2 itens) - Engajamento escolar (4 itens)	Questionários contextuais do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009)
		- Perspectiva de tempo futuro (1 questão aberta e 1 item)	Questionários Contextuais do Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica do Ceará (SPAECE) (Secretaria da Educação do Ceará, 2010)
		- Comportamentos antissociais (10 itens)*	Inventário de Comportamentos Antissociais (Bringas, Herreo, Cuesta, & Rodríguez, 2006)
		- Práticas parentais (27 itens)*	Escala de Práticas Parentais (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006)
		- Autoeficácia para aprendizagem (9 itens)*	Children's Self-Efficacy Scale (Bandura, 2006)
Entrevista de Qualidade da Relação Familiar (EQRF)	Díade familiar (CE e CC)	- Estrutura familiar (5 questões)* - Rotina da família (7 questões)* - Rede de apoio da família (6 questões)* - Histórico de uso de substâncias dos membros da família (4 questões)*	Questionário de Caracterização do Sistema Familiar (Dessen, 2009)
		- Ambiente familiar (4 questões) - Valores e crenças familiares (3 questões)*	Elaborado pelos autores The Beavers Interactional Competence Scale (Beavers & Hampson, 1990)
		- Qualidade da interação familiar (6 situações)*	Sistema de Codificação para Avaliação de Padrões de Comunicação de Díades Familiares (Kreppner & Ulrich, 1996)

Nota. *Instrumentos adaptados para este estudo.

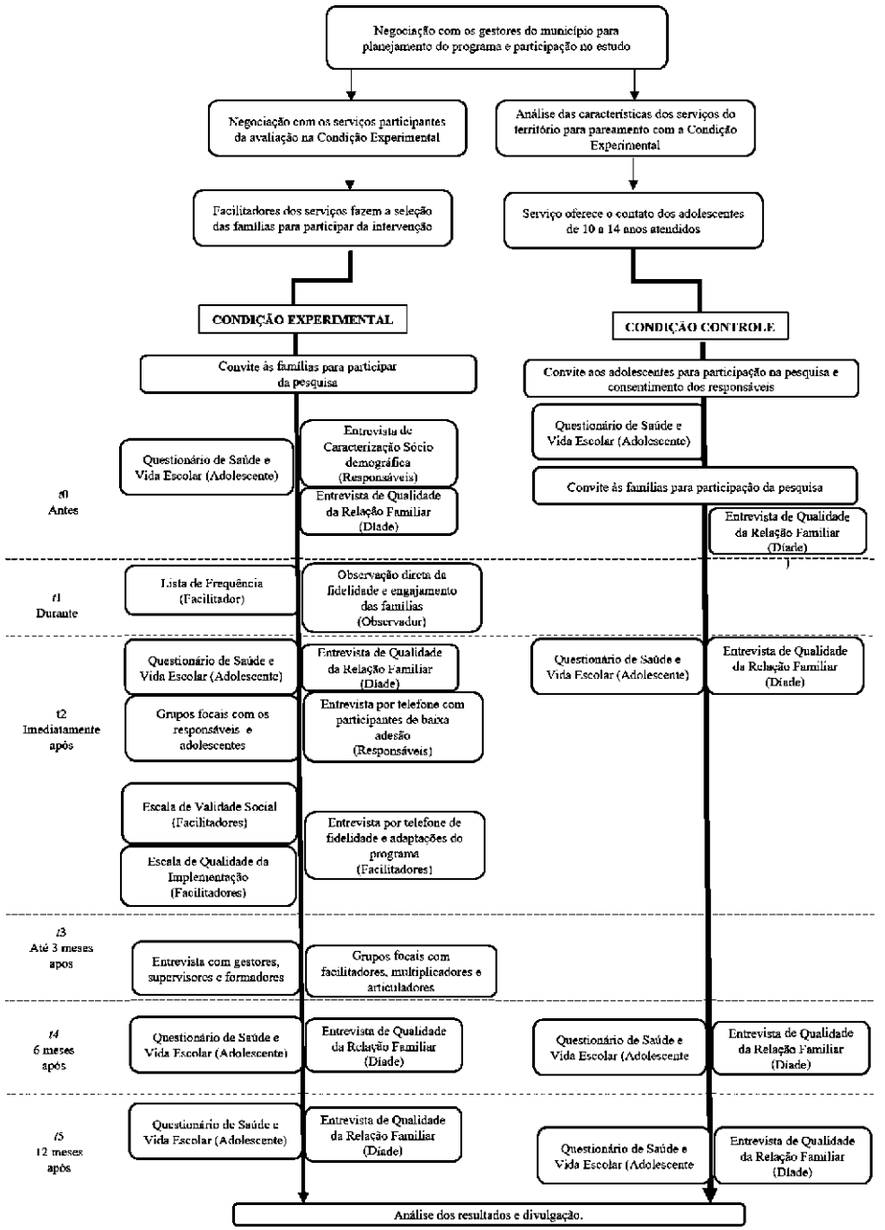
Fonte: Elaborado pelos autores.

Avaliação e coleta de dados

Linha de base. A Figura 2 sintetiza as etapas de coleta de dados para ambas as condições experimentais. Na linha de base, os adolescentes de ambas as condições experimentais respondem ao Questionário de Saúde e Vida Escolar que avalia o padrão de uso de drogas, gravidez precoce, desempenho escolar, abandono escolar, engajamento escolar, comportamentos antissociais, práticas parentais, autoeficácia para aprendizagem e perspectiva de tempo futuro. Na condição experimental, os dados sociodemográficos são levantados por meio de uma entrevista com os responsáveis que acompanham o adolescente ao Programa. Na condição controle, os dados sociodemográficos são informados pelo próprio adolescente, por meio de perguntas incluídas no Questionário sobre Saúde e Vida escolar.

A qualidade da relação familiar é avaliada através de uma entrevista estruturada com a díade responsável-adolescente em uma subamostra de 80 famílias, 40 em cada condição experimental e controle. O procedimento consiste, primeiramente, em perguntas estruturadas sobre a estrutura familiar, rotina familiar, rede de apoio e histórico do uso de substâncias na família (Dessen, 2009); em seguida, são feitas perguntas abertas sobre a interação familiar, valores e crenças (Beavers & Hamptom, 1990); e, por fim, faz-se uma gravação com áudio e vídeo da interação da díade mãe-filho em situações estruturadas (Kreppner & Ulrich, 1996; Villas-Boas, 2013).

Figura 2: *Fluxograma da avaliação.*



Fonte: Elaborado pelos autores.

Pós-teste. No pós-teste, imediatamente após os sete encontros do programa, os adolescentes respondem, durante uma aplicação coletiva, aos instrumentos que compõem o Questionário de Saúde e Vida Escolar.

Follow-up aos 6 meses e 12 meses. Aos seis meses e aos dozes meses após o término do sétimo encontro regular da intervenção, são reaplicados coletivamente os instrumentos utilizados no pós-teste. Em adição aos questionários, a Entrevista de Qualidade da Relação Familiar é reaplicada.

Cálculo do tamanho da amostra. O tamanho amostral proposto para o projeto baseia-se na comparação da prevalência do uso de álcool entre os grupos experimental e controle. A estimativa da prevalência para a população em questão utilizada para esse dimensionamento foi de 27.2%, o que corresponde à proporção de indivíduos de 10 a 15 anos que relataram o consumo de álcool no VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio (Carlini et al., 2010). Além da estimativa de prevalência, utilizou-se nível de significância de 5%, poder do teste igual a 80% e uma diferença de aproximadamente cinco pontos percentuais entre os grupos. Considerou-se também, dada a menor disponibilidade de alocação dos participantes na condição controle, que o tamanho da amostra do grupo controle corresponderá a 40% da amostra do grupo experimental. Com isso, o tamanho de amostra calculado foi de 1164 indivíduos para o grupo experimental e 461 para o controle.

No entanto, esse cálculo não considera o efeito do desenho, uma vez que a amostragem será realizada a partir do sorteio do serviço. Aproximadamente 10 famílias são arroladas em cada UBS/CRAS. Para o ajuste do tamanho da amostra, considerando o efeito de desenho, foi utilizada uma correlação intraclasse de 0,01 (valor observado no estudo de Sun, Skara, Sun, Dent, & Sussman, 2006), resultando em 1.269 indivíduos no grupo experimental e 503 no controle. Ainda, como se trata de um estudo longitudinal, é prevista uma taxa de abandono de 30%, logo serão selecionados 1.813 e 718 indivíduos nas condições experimental e controle, respectivamente.

Análise de dados. As técnicas utilizadas para a avaliação da efetividade do programa consideram a estrutura hierárquica dos dados. Os participantes estão agrupados em unidades que, por sua vez, estão agrupadas em cidades e essas em estados. Serão utilizadas técnicas de análise descritiva e modelos incondicionais

(sem preditores) para avaliar a decomposição da variabilidade e, assim, determinar os níveis a serem considerados nas análises.

Modelos de regressão logística multinível e modelos de crescimento linear serão utilizados no estudo do efeito do programa para os desfechos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e, para os outros desfechos avaliados por escalas como comportamento antissocial e autoeficácia. Características relacionadas aos adolescentes e famílias coletadas no início do estudo serão utilizadas como covariáveis nas análises, além disso, o efeito de variáveis relacionadas com as unidades, facilitadores e com a implementação do programa serão avaliados e discutidos. As relações entre os diferentes desfechos e possíveis efeitos de moderação e mediação serão avaliados por meio de modelos de equações estruturais. Intervalos de confiança e tamanhos de efeito serão relatados em todas as análises, para indicar a relevância prática dos efeitos e garantir o registro na literatura para meta-análises futuras.

O tratamento dos dados ausentes a ser utilizado no presente estudo depende do padrão de ausência observado. Supondo que a ausência de dados não pode ser considerada completamente ao acaso (MCAR), pela classificação proposta por Rubin (1976), as variáveis relacionadas com a perda de informação serão utilizadas no ajuste dos modelos com o objetivo de reduzir os possíveis vieses de estimação. Procedimentos de imputação múltipla e modelos de mistura de padrões serão utilizados nas análises e os resultados para diferentes suposições serão comparados (análise de sensibilidade).

Os dados verbais derivados da Entrevista de Qualidade da Relação Familiar serão analisados por meio de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Serão examinadas as categorias distribuição de tarefas domésticas, lazer conjunto e apoio social. Os dados observacionais acerca das interações da díade familiar derivados da Entrevista de Qualidade da Relação Familiar serão analisados por meio dos critérios (Villas-Boas, 2013; Kreppner e Ulrich,1996): estrutura da comunicação, estilo da comunicação, estilos de interação, estilo da discussão, engajamento na discussão, inserção de si próprio (aspectos verbais), proximidade (aspecto não-verbal) e clima da interação (aspecto global). Frequências absolutas e percentuais serão produzidas e comparadas entre os três tempos de coleta de dados (pré-teste, *follow-up* de seis meses e *follow-up* de 12 meses).

Avaliação de qualidade da implementação

A avaliação de qualidade da implementação tem o propósito de examinar o engajamento de adolescentes e pais/responsáveis ao PFF; a fidelidade na implementação do programa; as adaptações realizadas durante sua implementação e os fatores contextuais ocorridos nas etapas de adoção local, articulação local, mobilização da comunidade, formação da equipe e recrutamento das famílias percebidos como influentes na implementação e sustentabilidade do PFF. A Tabela 2 apresenta os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da implementação, os respondentes, suas variáveis e instrumentos de origem.

Tabela 2: *Instrumentos, respondentes e variáveis utilizados para medir a qualidade da implementação do Programa Famílias Fortes.*

Instrumento	Respondente	Variáveis	Instrumento de origem
Lista de Frequência	Facilitadores	- Assiduidade	Manual do Programa Família Fortes (Brasil, Ministério da Saúde, 2014)
Roteiro de Entrevista para Participantes com Baixa Adesão	Responsáveis com pelo menos 3 faltas	- Razões para a baixa adesão ou desistência (1 questão)	Elaborado pelos autores
		- Satisfação (2 questões)	
		- Aspectos que favoreceriam a participação (1 questão)	
Roteiro de Observação Direta do Engajamento	Responsáveis, adolescentes e facilitadores	- Interesse (1 categoria)	Elaborado pelos autores
		- Confiança (1 categoria)	
		- Transferência para a vida (1 categoria)	
		- Mudanças (1 categoria)	
		- Apoio social (1 categoria)	
		- Satisfação (1 categoria)	
		- Desengajamento (1 categoria)	
		- Impressões gerais do observador sobre o engajamento (1 categoria)	

Check list para Observação Direta da Fidelidade	Responsáveis, adolescentes e facilitadores	- Caraterização do encontro observado (2 questões)*	Fidelity Observation Form –Section 1 - EPISCenter (EPISCenter, 2017)
		- Caracterização do facilitador (3 questões)*	
		- Oferta de encontro para adolescentes, responsáveis e família (3 questões)*	
		- Duração do encontro (1 questão)* - Sequência dos encontros (2 questões)*	
		- Temas (2 questões)* - Vídeo e manual (3 questões)*	
		- Revisão do encontro anterior (3 questões)*	
		- Impressões do observador (2 questões)	Elaborado pelos autores
Roteiro de Entrevista por Telefone para Avaliação de Fidelidade e Adaptação do Programa Famílias Fortes	Facilitadores	- Opinião sobre o programa (1 questão)*	Entrevista por telefone sobre a fidelidade e adaptações do programa (Hill, Maucione, & Hood, 2007)
		- Autoeficácia para facilitar o programa (1 questão)	
		- Adaptações (inserção, exclusão ou ajustes) no programa (4 questões)	
Escala de Qualidade da Implementação	Facilitadores	- Satisfação com elementos influentes da implementação (16 itens)	Elaborado pelos autores
		- Barreiras e facilitadores da sustentabilidade (3 itens)	
Roteiro para Grupo Focal para Multiplicadores e Articuladores e Entrevista com Gestores, Formadores e Supervisores	Multiplicadores Articuladores Gestores Formadores Supervisores	Barreiras e facilitadores da: - Adoção local - Articulação local - Formação da equipe - Construção da capacidade comunitária - Recrutamento das famílias e - Execução do PFF	Elaborado pelos autores

Nota. *Instrumentos adaptados para este estudo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Avaliação e coleta de dados

Engajamento. O engajamento dos participantes na intervenção é avaliado no decorrer da implementação do PFF por meio da assiduidade de pais ou responsáveis, crianças e adolescentes ao programa e de indicadores comportamentais observados diretamente durante os sete encontros regulares da intervenção. O primeiro critério, assiduidade, é avaliado por meio do registro, em cada encontro, da presença ou ausência de cada participante em uma lista de frequência. O segundo critério, indicadores comportamentais, é avaliado por meio da observação direta de comportamentos verbais e não verbais relativos a interesse, confiança, transferência para a vida, mudanças, apoio social, satisfação e desengajamento. Além desses indicadores, o observador descreve suas impressões gerais sobre outras reações dos participantes durante o encontro que revelam engajamento ou não engajamento no Programa Famílias Fortes. As observações são conduzidas por uma dupla de pesquisadores previamente treinados, ficando um observador no encontro de adolescentes e outro no encontro de responsáveis, já que estes são realizados simultaneamente, e ambos os observadores no momento em que as atividades são realizadas em famílias.

O terceiro critério de engajamento, avaliado logo após o término dos sete encontros, refere-se às razões para baixa adesão ou desistência da participação no programa. Esse indicador é examinado em uma entrevista por telefone com os adultos participantes que tiverem, pelo menos, três faltas ao longo dos sete encontros. Utiliza-se para tanto o Roteiro de Entrevista para Participantes com Baixa Adesão.

Fidelidade. A fidelidade é avaliada no decorrer da execução dos sete encontros regulares da intervenção por meio de observação direta utilizando *Checklist* para Observação Direta da Fidelidade. São adotados critérios globais de fidelidade, incluindo a oferta de encontro para adolescentes, responsáveis e famílias; duração e sequência dos encontros; temas abordados; utilização de manual e vídeo; e revisão do encontro anterior ao início de um novo encontro. Ademais, a fidelidade é avaliada qualitativamente, após o término dos encontros regulares do Programa Famílias Fortes, por meio de uma entrevista por telefone conduzida com os facilitadores. Utiliza-se o Roteiro de Entrevista para Avaliação

de Fidelidade e Adaptação do Programa Famílias Fortes, adaptado de Hill, Maucione e Hood (2007).

Adaptações. A mesma entrevista por telefone descrita previamente para avaliar fidelidade com os facilitadores, ao término dos sete encontros regulares do PFF, é também utilizada para identificação das adaptações realizadas e necessidades de adaptações identificadas. Utiliza-se o Roteiro de Entrevista para Avaliação de Fidelidade e Adaptação do Programa Famílias Fortes (Hill et al., 2007).

Contexto. O contexto é examinado segundo a percepção de facilitadores, multiplicadores e articuladores, gestores de serviços, formadoras e supervisoras. Os facilitadores respondem à Escala de Qualidade da Implementação, desenvolvida para este estudo, ao término dos encontros regulares do Programa Famílias Fortes. São solicitados a atribuir uma nota entre zero e dez para sua satisfação com 16 elementos potencialmente influentes na implementação do PFF, incluindo o treinamento para exercer a função de facilitador, infraestrutura humana e material, suporte e supervisão, apoio da equipe e qualidade dos materiais do PFF. O instrumento contém ainda três questões abertas sobre os fatores percebidos como barreiras e facilitadores da sustentabilidade do PFF no serviço.

Os multiplicadores e articuladores são convidados a participar de um grupo focal (ou entrevista individual de acordo com o contexto) aos três meses após o término do sétimo encontro. Utiliza-se o Roteiro para Grupo Focal para Multiplicadores e Articuladores. Esse instrumento compreende (a) uma parte introdutória, quando é exibida para os participantes a teoria da ação do programa, que descreve as grandes etapas da implementação do Programa Famílias Fortes, desde sua entrada no município até sua execução: adoção local, articulação local, formação da equipe, construção da capacidade comunitária e recrutamento das famílias e execução do PFF e (b) uma parte exploratória, quando os participantes serão convidados a discutir os êxitos e barreiras contextuais vivenciados no município em cada um destes elos da teoria da ação do programa. São previstos quatro grupos focais com multiplicadores, compostos por 4 a 8 participantes. Os grupos focais são conduzidos por dois pesquisadores. Os relatos são registrados em áudio e posteriormente transcritos. Esse instrumento também é usado, com adaptações menores, em entrevistas face a face e individuais com gestores dos serviços, formadores e supervisores.

Análise dos dados. Os dados qualitativos obtidos nas entrevistas, grupos focais e questões abertas da Escala de Qualidade da Implementação serão analisados por meio de análise de conteúdo (Bardin, 1977). As transcrições dos grupos focais e entrevistas serão submetidas a sucessivas leituras, as quais permitirão a identificação de categorias. Essas serão categorizadas por dois codificadores independentes e, quando possível, devolvidas aos participantes para que informem a acurácia das categorias. Serão produzidas categorias e subcategorias e respectivas frequências de relatos. Os dados quantitativos obtidos na Escala de Qualidade da Implementação e no Checklist de Fidelidade terão suas frequências descritas. Os indicadores comportamentais de engajamento observados nos encontros serão categorizados e, posteriormente, terão sua ocorrência e frequência computadas. O software Nvivo será usado nestas análises.

Avaliação de validade social

A avaliação de validade social busca investigar a percepção de significância social das metas, aceitabilidade social dos procedimentos e relevância social dos efeitos do PFF segundo facilitadores, crianças/adolescentes e pais/responsáveis participantes da intervenção. A Tabela 3 apresenta as variáveis e instrumentos utilizados, conforme o respondente e a etapa de coleta de dados.

Tabela 3: *Instrumentos, respondentes e variáveis utilizadas para medir a validade social do Programa Famílias Fortes.*

Instrumento	Respondente	Variáveis	Instrumento de origem
Grupo Focal	Facilitadores	Impacto para adolescentes	Elaborado pelos autores
		Impacto para famílias	
		Impacto para serviços	
		Impacto para comunidade	
		Impacto para política nacional de políticas sobre drogas	

Grupo Focal	Responsáveis	Satisfação	Elaborado pelos autores
		Sugestões de melhoria	
		Efeitos próprio comportamento	
		Efeito no comportamento adolescente	
		Efeito sobre a relação familiar	
		Efeito sobre a comunidade	
Grupo Focal	Adolescentes (10 a 14 anos)	Satisfação	Elaborado pelos autores
		Sugestões de melhoria	
		Efeito na família	
		Efeito com os amigos	
		Efeito na escola	
	Adolescentes (13 a 15 anos)	Efeito no namoro	
		Efeito no futuro	
Escala da Validade Social da Intervenção	Facilitadores	PFF e as necessidades das famílias	Elaborado pelos autores
		PFF e as necessidades do serviço	
		Efeito para as famílias e responsáveis	
		Efeito para os adolescentes	
		Atratividade das atividades	
		Maleabilidade cultural	
		Adaptabilidade para o serviço	
		Formação para facilitar PFF	
		Auto eficácia para facilitar PFF	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Avaliação e coleta de dados. Como evidenciado na Figura 2, a coleta de dados para a avaliação da validade social é realizada após o término do programa. Imediatamente após o término do sétimo encontro, os facilitadores respondem à Escala de Validade Social da Intervenção que avalia a validade social das metas, atividades e impacto do PFF. Utiliza-se de uma escala tipo Likert de 7 pontos, variando entre "discordo completamente" a "concordo completamente", com afirmativas para que os facilitadores apontem sua percepção acerca da compatibilidade entre o PFF e as necessidades das famílias (4 itens) e do serviço (3 itens), os efeitos do PFF para as famílias, responsáveis (15 itens) e adolescentes (6 itens), a atratividade das atividades (5 itens), a maleabilidade do PFF para

ajustar-se às demandas culturais e do serviço (3 itens), a formação recebida (9 itens) e autoeficácia do facilitador para conduzir o PFF e outros grupos (3 itens). A aplicação é feita de modo coletivo.

Três meses após o sétimo encontro grupos focais são feitos com os facilitadores. São abordadas questões acerca de sua percepção de impactos do PFF para os adolescentes, famílias, profissionais, serviços, comunidade e Política Nacional sobre Drogas. Grupos focais com os pais ou responsáveis são também conduzidos nesta etapa para investigar a satisfação com as atividades do PFF, sugestões para melhoria no programa e os efeitos percebidos em suas vidas, incluindo mudanças em seus comportamentos como pais, mudanças percebidas no adolescente, nas relações familiares e na relação com a comunidade. Adicionalmente, grupos focais com os adolescentes exploram, além da satisfação para com o PFF e indicações de melhoria, também a prática de habilidades aprendidas no programa em contextos de interação diversos, incluindo a família, amigos, escola, namoro e planos para o futuro (estes dois últimos, apenas quando adolescentes mais velhos, a partir de 13 anos, integram o grupo focal). A fim de disparar as discussões, os grupos focais com crianças e adolescentes fazem uso de cartões com imagens apresentam figuras alusivas ao cada um dos contextos relacionais "família", "amigos", "escola", "namoro" e "futuro". São previstos oito grupos focais com cada um dos atores, pais/responsáveis, crianças/adolescentes e facilitadores. Cada grupo focal é composto por 4 a 8 participantes. Os grupos focais são conduzidos por dois pesquisadores. Os relatos serão registrados em áudio e posteriormente transcritos.

Análise dos dados. Os dados qualitativos obtidos nos grupos focais e nas questões abertas da Escala de Validade Social da Intervenção serão analisados por meio de análise de conteúdo (Bardin, 1977), tal como as análises qualitativas da avaliação de qualidade da implementação. Os demais dados da Escala de Validade Social da Intervenção são analisados por meio de análises descritivas e serão também utilizados no estudo de efetividade como possíveis moderadores do efeito do programa.

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Ciências Humanas da Universidade – omitido para revisão de pares (CAAE 53103516.1.0000.5540).

Em um encontro prévio à implementação do PFF, denominado encontro de sensibilização, todos os participantes são devidamente esclarecidos acerca de seus direitos, propósito e etapas da pesquisa. Um vídeo com duração de três minutos é usado como recurso auxiliar para informar aos participantes sobre o caráter voluntário da participação, objetivos da pesquisa, direito de desistência a qualquer momento, análise conjunta dos dados preservando-se o anonimato dos participantes, anonimato quanto à identidade dos participantes em publicações, acesso aos resultados, usos a serem feitos dos dados, riscos e benefícios potenciais. Ao final, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para participantes adultos) e Termo de Assentimento (para as crianças e adolescentes) são assinados pelos que concordam em participar do estudo.

Discussão

Este estudo foi planejado para avaliar os efeitos da versão brasileira do SFP 10-14 sobre o padrão de uso de drogas, comportamento antissocial, gravidez precoce, desempenho escolar e abandono escolar em adolescentes, por meio de avaliações de pré e pós-teste e *follow-up* aos seis e doze meses. De modo similar, desfechos secundários relativos ao funcionamento familiar e fatores protetivos do adolescente também são avaliados, incluindo a qualidade da relação familiar, práticas parentais, autoeficácia para a aprendizagem, engajamento escolar e perspectiva de tempo futuro nos adolescentes. Planeja-se ainda a conjugação da avaliação de efeitos do Programa Famílias Fortes com a avaliação da qualidade da implementação e validade social, na perspectiva de múltiplos informantes e triangulação de métodos. No conjunto, intenciona-se responder às perguntas relativas a quais benefícios o Programa Famílias Fortes traz para famílias brasileiras e como este programa pode ser melhor implementado, no âmbito das políticas públicas para populações em situação de vulnerabilidade sócio-econômica.

Diversas limitações deste estudo podem ser apontadas. Ainda que o uso de estudos quase-experimentais seja aceitável em estudos de efetividade (Gottfredsonet al., 2015), a ausência de randomização constitui limitação para a validade interna. Outra limitação é a amostragem de famílias residentes em apenas uma das regiões do Brasil, cujos índices de pobreza são mais elevados do que de outras regiões do país, o que poderá restringir a validade externa das conclusões obtidas neste estudo. Adicionalmente, o período de *follow-up* restrito a 12 meses poderá ser insuficiente para se identificar efeitos do programa sobre desfechos comportamentais complexos, como os relativos ao âmbito acadêmico. Nessa mesma linha, a ausência de avaliação de custo-efetividade, ainda pouco realizada em estudos nacionais em prevenção em saúde (Moraz et al., 2015), poderá reduzir o potencial de uso destes dados por gestores públicos para a tomada de decisão quanto à implementação em larga escala do Programa Famílias Fortes no Brasil, bem como a comparação com estudos internacionais (Guyll et al., 2011; Segrott et al., 2014).

Espera-se que os dados daí resultantes possam informar em que medida do Programa Famílias Fortes alcança os objetivos previstos, como sua implementação pode ser otimizada e quais adaptações devem ser realizadas para favorecer sua pertinência, atratividade e relevância cultural para as famílias brasileiras. Estes achados poderão ser úteis a uma audiência variada, desde profissionais que atuam na linha de frente e gestores de políticas públicas afins até pesquisadores e docentes que se interessam pela avaliação de intervenções preventivas em contextos complexos. Por fim, mas não menos importante, o conjunto de evidências geradas poderá orientar uma ampla agenda de pesquisa para o desenvolvimento de intervenções nacionais preventivas focadas na família, customizadas ao contexto e às necessidades das famílias que vivem em contextos vulneráveis.

Lições aprendidas

- A triangulação de métodos e informantes constitui a maior fonte de robustez metodológica no presente estudo, a exemplo de junção de medidas observacionais para análise da qualidade da interação familiar e medidas verbais para análise de estilos parentais (Pinheiro-Carozzo, 2021; Silva, 2017). Esta experiência tem repercutido, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura na Universidade de Brasília, na formação de recursos humanos para a pesquisa, o ensino e a prática profissional em prevenção.
- O Programa Famílias Fortes, quando comparadas respostas de adolescentes a escalas aplicadas antes e aos doze meses após a

intervenção, apresenta indícios de efeitos positivos sobre autoeficácia para aprendizagem, enquanto efeitos nulos foram observados em outras variáveis investigadas. Por outro lado, adolescentes entrevistados, em sua maioria, relatam aplicar em seu cotidiano habilidades aprendidas nas interações familiares e com amigos (Murta et al., 2020c).

- O Programa Famílias Fortes, quando comparadas respostas de adolescentes a escalas aplicadas antes, após, ao seis e aos doze meses após a intervenção, apresenta efeitos positivos em supervisão parental e autoeficácia para a aprendizagem, ao passo que outras variáveis permaneceram inalteradas. Altos níveis de fidelidade e engajamento parental foram encontrados, bem como engajamento moderado dos adolescentes. Os facilitadores consideraram a intervenção aceitável em suas metas, mas com procedimentos excessivamente estruturados e inadequados para famílias com baixo grau de instrução (Murta et al., 2020b).
- Uma análise de validade social do Programa Famílias Fortes evidenciou que pais e facilitadores percebem relevância social dos objetivos do programa; pais, adolescentes e facilitadores relatam haver impacto positivo de curto prazo sobre o fortalecimento de coesão familiar, estilo parental autoritativo, habilidades de vida entre adolescentes e capacitação profissional entre os facilitadores. Os pais e adolescentes apresentam percepção positiva da adequação da metodologia da intervenção, enquanto facilitadores indicam necessidades de adaptações para famílias que vivem em contextos vulneráveis e melhoria nas condições de implementação (Murta et al., 2020a).
- Uma análise de barreiras e facilitadores contextuais na implementação do Programa Famílias Fortes revelou a centralidade de contextos políticos favoráveis, o engajamento de agentes da implementação e estratégias de implementação intersetoriais para o êxito da implementação do SFP 10-14, em especial nas fases de negociação para adoção da intervenção, mobilização comunitária e execução da intervenção (Abdala, 2018).

- O Programa Famílias Fortes requer novas ondas de adaptação cultural para o Brasil, que devem considerar tanto a intervenção propriamente dita quanto os serviços que a oferecem (Menezes, 2017; Menezes, Nobre-Sandoval, & Murta, 2020).

Referências

Abdala, I. G. (2018). *Barreiras e facilitadores da implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste do Brasil segundo gestores: uma análise de contexto baseada em abordagens de avaliação de processo.* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/34411

Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. *Health Education Research*, *22*(4), 547–560. doi: 10.1093/her/cyl122

Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P. M., Bröning, S., Arnaud, N., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: A randomised controlled trial. *The European Journal of Public Health*, *26*(6), 953–959. doi: 10.1093/eurpub/ckw082

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In: F. Pajares & T. C. Urdan (Eds.), *Adolescence and education* (pp. 307-337). Greenwich: Information Age.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1990). *Successfull families: Assessment and intervention*. New York: W. W. Norton.

Brasil, Ministério da Saúde (2014). *Programa Famílias Fortes: Versão brasileira adaptada do "Strengthening Families Programme" – SFP 10-14 UK* (G. C. Justino et al., Trad.). Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas.

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social.

Brasil, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2005). *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Bringas, C., Herreo, F., Cuesta, M., & Rodríguez, F. (2006). La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: Adaptación del Inventario de Conductas Antisociales (ICA). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, *11*(2), 1–10. Disponível em https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/9492

Carlini, E. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini-Cotrim, M., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., & Moura, Y. G. (2010). *VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais Brasileiras – 2010*. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br.

Chartier, K. G., Negroni, L. K., & Hesselbrock, M. N. (2010). Strenghening family practices for Latino families. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, *19*(1), 1–17. doi: 10.1080/15313200903531982

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 203–217. doi: 10.1007/s10826-009-9304-8

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., … & Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Developmental Psychology*, *51*(1), 26–35. doi: 10.1037/a0038212

Correa, V. M. L., Zubarew, G. T., Valenzuela, M. M., & Salas, P. F. (2012). Evaluation of the Program "Strong Families: Love and Limits" in families with teenagers aged 10 to 14 years. *Revista Medica de Chile*, 726–731.doi: 10.4067/S0034

Dessen, M. A. (2009). Questionário de caracterização do sistema familiar. In L. Weber & M. A. Dessen (Eds.), *Pesquisando a família: Instrumentos para coleta e análise de dados* (pp. 106–114). Curitiba: Juruá.

EPISCenter. (2017). Strengthening Families Program: For Parents & Youth 10-14. Disponível em http://www.episcenter.psu.edu/ebp/strengthening

Foxcroft, D. R., Callen, H., Davies, E. L., & Okulicz-Kozaryn, K. (2017). Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10–14 in Poland: Cluster randomized controlled trial. *The European Journal of Public Health, 27*(3), 494-500. doi: 10.1093/eurpub/ckw195

Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science, 16*(7), 893–926. doi: 10.1007/s11121-015-0555-x

Guyll, M., Spoth, R., & Crowley, D. M. (2011). Economic analysis of methamphetamine prevention effects and employer costs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(4), 577–585. doi: 10.15288/jsad.2011.72.577

Hill, L. G., Maucione, K., & Hood, B. K. (2007). A focused approach to assessing program fidelity. *Prevention Science, 8*(1), 25–34. doi: 10.1007/s11121-006-0051-4

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2012). *Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar.* Rio de Janeiro: IBGE

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2009). *SAEB 2009.* Brasília: INEP. Disponível em http://portal.inep.gov.br/microdados

Kreppner, K., & Ulrich, M. (1996). *Familien-codier-system (fcs): Beschreibung eines codiersystems zur beurteilung von kommunikationsverhalten in familiendyaden [Familien-codier-system (fcs): Descrição de um sistema de codificação para a avaliação do comportamento de comunicação em díades familiares]*. Berlin: Max-Planck Institut für Bildungsforschung

Kumpfer, K L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addict, 2014*. doi: 10.1155/2014/308789

Kumpfer, K. L, Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 241–267). Thousand Oeaks, CA: Sage. doi: 10.4135/9781483327679.n11

Kumpfer, K. L., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 years for high-risk irish families. *Child and Youth Care Forum, 41*(2), 173–195. doi: 10.1007/s10566-011-9168-0

Levati, S., Campbell, P., Frost, R., Dougall, N., Wells, M., Donaldson, C., & Hagen, S. (2016). Optimisation of complex health interventions prior to a randomised controlled trial: A scoping review of strategies used. *Pilot and Feasibility Studies, 2*(1), 1–17. doi: 10.1186/s40814-016-0058-y

Mejia, A., Ulph, F., & Calam, R. (2015). An Exploration of parents' perceptions and beliefs about changes following participation in a family skill training program: A qualitative study in a developing country. *Prevention Science, 16,* 674-684. Doi: 10.1007/s11121-014-0530-y

Medeiros, P. F. P., Cruz, J. I., Schineider, D. R., Sanudo, A., & Sanches, Z. M. (2016) Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, and Policy, 11*(12). doi: 10.1186/s13011-015-0047-9

Menezes, J. C. L. (2017). *Adaptação cultural do Strengthening Families Program (10-14) UK para o Brasil.* (Tese de Doutorado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/24729

Menezes, J. C. L., Nobre-Sandoval, L., & Murta, S. G. (2020). Local adaptations to implement the Strengthening Families Program in northeastern Brazil. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18,* 407-421. doi: 10.1007/s11469-019-00196-w

Miranda, A. A. V. (2016). *Prevenindo o uso abusivo de drogas: Uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil.* (Dissertação de Mestrado) Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/21363

Moraz, G., Garcez, A. da S., Assis, E. M. de, Santos, J. P. dos, Barcellos, N. T., & Kroeff, L. R. (2015). Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: Uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(10), 3211–3229. doi: 10.1590/1413-812320152010.00962015

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, M. S., Tavares, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D., & Coombes, L. (2018). Needs assessment for cultural adaptation of the Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 31*(25). doi: 10.1186/s41155-018-0105-0

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Rocha, V. P. S., Miranda, A. A. V., Duailibe, K. D., Farias, D. A., Menezes, J. C. L., Abdala, I. G., Gomes, M. S. M. & Vinha, L. G. A. (2020a). Social validity of the Strengthening Families Program in northeastern Brazil: the voices of participants and facilitators. *Prevention Science.* doi: 10.1007/s11121-020-01173-9

Murta, S. G., Vinha, L. G. A., Nobre-Sandoval, L. A., Miranda, A. A. V., Menezes, J. C. L., & Rocha, V. P. S. (2020b). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian families: a mixed method study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36*(esp). doi: 10.1590/0102.3772e36nspe16.

Murta, S. G., Vinha, L. G. A., Nobre-Sandoval, L. A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. D., Gomes, M. S. M., Farias, D. A., & Foxcroft, D. R. (2020c). Exploring the short-term effects of the Strengthening Families Program on Brazilian Adolescents: a Pre-experimental Study. *Drugs: Education, Prevention, and Policy.*doi: 10.1080/09687637.2020.1769030

Ortega, E., Giannotta, F., Latina, D., & Ciairano, S. (2012). Cultural adaptation of the Strengthening Families Program 10-14 to Italian families. *Child and Youth Care Forum, 41*(2), 197–212. doi: 10.1007/s10566-011-9170-6

Pérez, J. M. E., Díaz, S. A., Villa, R. C., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2009). Family-based drug use prevention: The "Familias que Funcionan" ["Families that Work"] program. *Psicothema, 21*(1), 45–50. Disponível em https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3751529

Pinheiro-Carozzo, N. P. (2021). *Avaliação do Programa Famílias Fortes: Impactos sobre estilos parentais e qualidade da interação familiar*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.

Rubin, D. B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika, 63*(3), 581–592. doi: 10.1093/biomet/63.3.581

Schneider, D. R., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Strelow, M., Chan, G., Kurki, A., & Sanchez, Z. M. (2016) Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools *Psicologia Ciência e Profissão, 36*(3), 508-519. doi: 10.1590/1982-3703000592016

Secretaria da Educação do Ceará (2010). *SPAECE 2010*. Fortaleza: SEDUC. Retrieved from http://www.spaece.caedufjf.net/o-programa/

Secretaría General de la Comunidad Andina (2013). *Rutas de aprendizaje del Programa Familias Fuertes: Amor y límites.* Lima: Secretaría General de la Comunidad Andina.

Segrott, J., Gillespie, D., Holliday, J., Humphreys, I., Murphy, S., Phillips, C., … & Moore, L. (2014). Preventing substance misuse: Study protocol for a randomised controlled trial of the Strengthening Families Programme 10–14 UK (SFP 10–14 UK). *BMC Public Health, 14*(1), 49. doi: 10.1186/1471-2458-14-49

Semeniuk, Y., Brown, R. L., Riesch, S. K., Zywicki, M., Hopper, J., & Henriques, J. B. (2010). The Strengthening Families Program 10-14: Influence on parent and youth problem-solving skill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(5), 392-402. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01534.x

Skärstrand, E., Larsson, J., & Andréasson, S. (2008). Cultural adaptation of the Strengthening Families Programme to a Swedish setting. *Health Education, 108*(4), 287. doi: 10.1108/09654280810884179

Skärstrand, E., Sundell, K., & Andréasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of

the Strengthening Families Programme. *European Journal of Public Health, 24*(4), 578–584. doi: 10.1093/eurpub/ckt146

Smart, R. G., Arif, A., Hughes, P. H., Medina Mora, M. E., Navarathan, V., Varma, V. K., & Wadud, K. A. (1980). *Drug use among non-student youth.* Geneva: World Health Organization.

Souza, A. S. S. (2017). *Qualidade da interação familiar entre participantes do Programa Famílias Fortes: um estudo observacional.* (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://repositorio.unb.br/handle/10482/31342

Spoth, R., Randall, G. K., & Shin, C. (2008). Increasing school success through partnership-based family competency training: Experimental study of long-term outcomes. *School Psychology Quarterly, 23*(1), 70–89. doi: 10.1037/1045-3830.23.1.70

Spoth, R., Redmond, C., & Lepper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: One- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement, 13,* 103–111. doi: 10.15288/jsas.1999.s13.103

Stolle, M., Stappenbeck, J., Wendell, A., & Thomasius, R. (2011). Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems: Culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American Strengthening Families Program 10-14 to German conditions. *Journal of Public Health, 19*(4), 389–395. doi: 10.1007/s10389-011-0405-7

Sun, W., Skara, S., Sun, P., Dent, C. W., & Sussman, S. (2006). Project Towards No Drug Abuse: Long-term substance use outcomes evaluation. *Preventive Medicine, 42*(3), 188–192. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.11.011

Teixeira, M. A. P., Oliveira, A. M., & Wottrich, S. H. (2006). Escalas de Práticas Parentais (EPP): Avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(3), 433–441. doi: 10.1590/S0102-79722006000300012

Vasquez, M., Meza, L., Almandarez, O., Santos, A., RC, M., LD, C., … & Saenz, K. (2010). Evaluation of a Strengthening Families (Familias Fuertes) intervention for parents and adolescents in Honduras. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 10(3), 1-25. Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/EvaluationofastrengtheningfamiliesFamiliasFuertesinterventionforparentsandadolescentsinHonduras.pdf

Villas-Boas, A. C. V. (2013). *Violência física contra a criança: Fatores de risco e proteção e padrões de interação na família.* (Tese de Doutorado) http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_293878aec57802c45d9bbd57f6c7f079

SEÇÃO 4

EXPERIÊNCIAS E CENAS COTIDIANAS DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS

CAPÍTULO 15

EXPERIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR - 2014 A 2018

Jane Moraes Lopes
Ana Carolina Araujo dos Santos Schlotag
Alessandra Aparecida Pereira Chaves
Fernanda Cristina Kosiaki Ricardo
Flavia Regina Silva
Hulda Grossmann Pereira da Silva

Resumo

Este capítulo conta a história, do ponto de vista dos profissionais envolvidos, da incorporação de práticas baseadas em evidência no trabalho com a prevenção de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas por adolescentes, dando origem a um sistema de prevenção em Curitiba/PR. O início foi em 2014, a partir da pactuação entre o município e a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, para implementação do programa #Tamojunto, adaptado do *Unplugged* e recomendado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Contando com o apoio da gestão municipal e sustentado pela parceria intersetorial saúde-educação, o trabalho com o programa se consolidou pela possibilidade de atender demandas locais, sendo incorporado à experiência e conhecimento prévios da equipe técnica. Como desdobramento do #Tamojunto, o Sistema de Prevenção incluiu intervenções propostas pela equipe local a partir da implementação do programa e consequente fortalecimento da rede intersetorial, com participação dos setores da assistência social, segurança e esportes e lazer. Os programas Elos (início em 2014) e Famílias Fortes (início em 2018), ambos adaptados para o Brasil a partir de programas internacionais efetivos, também foram incorporados à proposta do Sistema à medida a equipe se apropriou das metodologias e aprimorou sua capacidade de gestão, formação de profissionais, monitoramento da implementação dos programas, e principalmente, pela integração das diferentes frentes de ação preventiva na comunidade. Considerados sustentáveis, os programas e demais intervenções contaram com a aceitabilidade pelos participantes, percebendo-se a relevância das ações pelo território e a avaliação positiva quanto à viabilidade de sua continuidade pela gestão local. A disseminação de práticas baseadas em evidência contribuiu para o empoderamento dos profissionais implementadores, fortalecimento da rede intersetorial e consolidação das ações da prevenção no município.

Palavras chave: prevenção, experiência exitosa, uso de álcool e outras drogas, intersetorialidade.

Introdução

A ideia de escrever este capítulo surgiu da vontade de contar uma história que ajudamos a escrever nesses últimos anos, da qual temos muito orgulho: a experiência de desenvolvimento e consolidação de um Sistema de Prevenção do uso de álcool e drogas por adolescentes em Curitiba/PR. Nosso marco inicial foi em 2014, com a chegada do programa #Tamojunto, adaptado do programa *Unplugged* (recomendado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC), por meio da parceria das secretarias municipais de educação e saúde com o Ministério da Saúde. Apoiado pela gestão das secretarias envolvidas, o programa se consolidou como prática inserida no planejamento anual das escolas municipais de Ensino Fundamental II. Em decorrência de seus desdobramentos, inclusão de novos programas e integração na rede intersetorial do município, a experiência deu origem a um Sistema Preventivo voltado para o desenvolvimento de ações integradas focadas nos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas por adolescentes.

Cenário da prevenção em Curitiba

O cenário do nosso trabalho é o município de Curitiba, capital do estado do Paraná, com 1.917.185 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018), cidade polo de uma região metropolitana com mais de três milhões e meio de habitantes, segundo estimativa do IBGE em 2018. Com 508.937 jovens com idade até 20 anos, a taxa de escolarização no município para crianças com idade entre 6 e 14 anos é de 97.6%.

Destacamos as secretarias municipais da educação e da saúde, a partir das quais se estabeleceram as parcerias intersetoriais que viabilizaram a proposta do Sistema de Prevenção. Partindo da articulação entre Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/), primeiramente se buscou apoio e participação da Secretaria Municipal de Educação (https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/missao/33), e posteriormente a colaboração se estendeu para os setores de assistência social, segurança, e esportes e lazer e juventude (https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/missao/110), todos envolvidos com ações na comunidade focadas no público alvo relacionado a crianças, adolescentes e suas famílias.

A Rede Municipal de Saúde de Curitiba, estruturada na lógica das Redes de Atenção: Portaria nº 4.279, de 30/12/2010 (Ministério da Saúde, 2010), organiza-se em 10 Distritos Sanitários, 111 Postos de Saúde, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 5 CAPS - Álcool e Drogas e destes 3 em modalidade III, 4 CAPS - Transtorno Mental, destes 3 modalidade III e 3 CAPS - Infantil, deste 1 modalidade I, 6 Centros de Especialidades Médicas, 3 Centro de Especialidades Odontológicas, 2 Hospitais Municipais, 05 Residências Terapêuticas, mais a Central de Vacinas, o Laboratório Municipal e o Centro de Zoonoses e Vetores.

A Rede Municipal de Ensino de Curitiba conta 230 Centros Municipais de Educação Infantil; 185 escolas municipais, (destas, 3 são escolas de educação especial); 10 Centros Municipais de Atendimento Especializado; 1 Centro de Ensino Estruturado para o Transtorno do Espectro Autista; 32 Faróis do Saber e Inovação (em escolas); 9 faróis do Saber (em praças); 94 centros de educação infantil conveniados; 150 bibliotecas escolares; 1 biblioteca especializada em

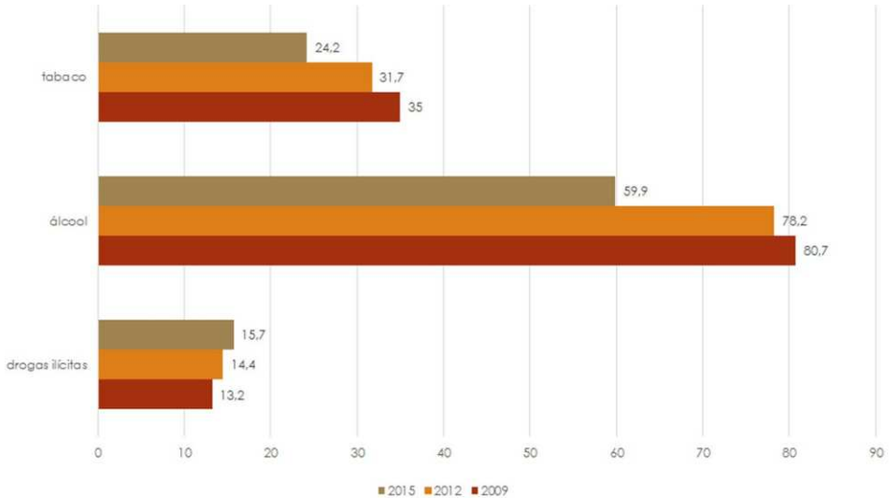
educação; 1 laboratório pedagógico de inovação; 3 bibliotecas temáticas; e 10 Núcleos Regionais da Educação (Secretaria Municipal de Educação de Curitiba, 2021). Entre atividades desenvolvidos pela Secretaria da Educação, destacam-se os programas "Linhas do Conhecimento" (http://www.educacao.curitiba.pr.gov.br/unidade/linhas-do-conhecimento/18443) e "Cultura em Movimento" (http://www.educacao.curitiba.pr.gov.br/conteudo/projeto-cultura-em-movimento/8377) e o projeto Embaixadores do Futuro (https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/embaixadores-do-futuro-pensam-a-curitiba-do-amanha/49682), no qual os estudantes participam de atividades extracurriculares.

Consumo de álcool e drogas por escolares em Curitiba

Dados sobre o uso de drogas por escolares em Curitiba tem sido acompanhados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE (IBGE, 2009, 2012, 2015), sendo possível acompanhar sua evolução: comparando os achados dos levantamentos anteriores sobre experimentação de substâncias entre os escolares do município a última pesquisa mostrou retração nos resultados em relação ao uso experimental do cigarro e álcool, enquanto se observa leve aumento do consumo de drogas ilícitas. (Cf. Figura 1).

Em 2009, Curitiba foi a capital onde ocorreu a maior frequência de escolares que já haviam experimentado cigarro (35%), maiores índices percentuais de jovens que experimentaram álcool (80.7%) e usaram algum tipo de droga ilícita (13.2%). Já na pesquisa PENSE/2012, Curitiba ocupou o segundo lugar no ranking das capitais nacionais, sendo que 14.4% dos respondentes afirmaram uso de drogas ilícitas alguma vez na vida e 78.2% afirmaram ter usado álcool.

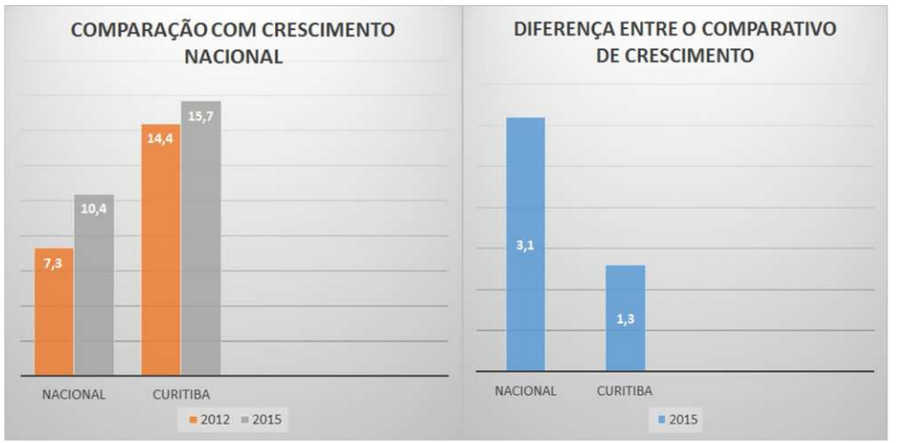
Figura 1: *Uso experimental de tabaco, álcool e drogas ilícitas por escolares em Curitiba.*



Fonte: Pesquisa Nacional de saúde do Escolar anos 2009, 2012, 2015.

Em 2015, resultados mostraram decréscimo no uso de substâncias pelos jovens. Curitiba passou a ocupar o quarto lugar entre as capitais relação ao tabaco (24.2%), assim como em relação à experimentação de álcool (24.2%). Quanto ao uso das drogas ilícitas, também houve redução, passando de segundo para a quarta posição entre as capitais, porém com aumento da frequência de usuários, que passou de 14.4% para 15.7% dos pesquisados. Apesar de comparativamente entre as pesquisas dos anos anteriores o município ter apresentado aumento do uso de drogas ilícitas por escolares, este dado ainda é inferior ao dado de crescimento em relação ao índice nacional, sendo que o município apresentou elevação de 1.3%, enquanto o dado nacional foi de 3.1%. Ver Figura 2.

Figura 2: *Uso de drogas ilícitas por escolares em Curitiba/PR.*



Fonte: Pesquisa Nacional de saúde do Escolar anos 2009, 2012, 2015.

A prevenção de saúde da criança e do adolescente em Curitiba

Historicamente, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba vem buscando desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde dos adolescentes. Anteriormente a este projeto, ações foram realizadas por iniciativas de profissionais engajados ao tema, porém de forma descontínua, tratando-se de ações pontuais e/ou isoladas. Os profissionais na Atenção Básica, por exemplo, sempre tiveram autonomia em suas ações direcionadas aos adolescentes, como, por exemplo, as ações preventivas que aconteciam no campo da saúde bucal: ônibus adaptados de forma itinerante pelos territórios da cidade, ofereciam atividades divertidas como teatros, rodas de conversa, orientação, vídeos e oferta de brindes relacionados aos objetivos das intervenções. Parte da equipe do Sistema de Prevenção, vivenciou suas primeiras experiências nesse campo no ônibus do "Cárie Zero", que contava com grande aceitabilidade pelos participantes envolvidos e trouxe grandes aprendizados para o grupo:

> *Em um dos meus trabalhos anteriores com prevenção, eu tive um grande aprendizado e satisfação profissional. Com o ônibus Cárie Zero, eram realizadas atividades de promoção em saúde bucal, lúdicas e divertidas*

e em sua maioria com crianças, como teatros de fantoches, jogos vídeos, entre outros. Eu sentia uma necessidade maior de ação intersetorial presente e ativa. As ações eram pontuais, realizadas apenas uma vez ao ano nas escolas. As experiências foram boas e me sentia realizada quando ao voltar naquela escola a coordenação nos dizia que as crianças mudaram por conta da história do "Bichinho da cárie que morava na boca. (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

A atuação nos Ônibus Itinerantes deixou saudade numa equipe que descobriu o prazer de ir à campo e interagir com a comunidade, ampliando as possibilidades de sua atuação como profissionais para além dos espaços dos equipamentos de saúde e se aproximando do dinâmico ambiente da comunidade. A sensibilidade para a prevenção, o saber acumulado até então, e o desejo de conhecer formas alternativas de intervenção, foram fundamentais para o desenvolvimento de um novo trabalho da equipe. (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

Contudo, embora acolhessem as demandas territoriais (na maioria das vezes das escolas e, eventualmente, de Centros de Referência em Assistência Social - CRAS) e realizassem, de maneira criativa, intervenções dirigidas a essas demandas, essas ações não se caracterizavam pelo alinhamento metodológico, não se contava com nenhuma proposta de acompanhamento e avaliação sistemática das ações e, principalmente, essas ações não eram consideradas como política pública no município. A partir do início da implementação do programa #Tamojunto, o grupo técnico da saúde vivenciou um período de transição, migrou das propostas de intervenção anteriores para os programas orientados por novos paradigmas, buscou a parceria intersetorial e se empenhou para inserir a prevenção como política pública contínua no município.

A experiência de implementação do programa #Tamojunto no município de Curitiba

Esta sessão apresenta detalhes sobre a implantação do programa #Tamojunto nas escolas municipais de Ensino Fundamental II no período de 2014 a 2018, em Curitiba. Buscamos chamar a atenção para a sequência de etapas/

desafios vivenciados ao longo do trabalho atribuindo subtítulos a cada período apresentado. Ao longo do texto, ao nos referirmos à "equipe" estamos falando do grupo formado pela Consultora da CGMAD/MS mais os Multiplicadores Locais do programa #Tamojunto no município de Curitiba. Conforme a Tabela 1, o programa vem sendo implementado desde 2014, tendo alcançado diretamente 8727 educandos até 2019.

Tabela 1: *Alcance do Programa #Tamojunto em Curitiba/PR no período de 2014 a 2019.*

Implementação do Programa #Tamojunto de Prevenção do uso de álcool e drogas por adolescentes					
Período	Participantes			Público atingido	
	Escolas	Professores	Turmas	Educandos	Oficinas de Pais
2014 (1º)	3	6	13	353	9
2014 (2º)	11	18	39	1269	33
2015	10	25	55	1678	30
2016	11	22	39	1287	33
2017	11	22	59	1832	33
2018	11	17	35	1133	11
2019	11	18	36	1175	-

Fonte: Relatório Técnico da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2019).

Primeiro semestre de 2014: a experiência piloto

A experiência piloto com o programa #Tamojunto, no primeiro semestre de 2014, foi definidora do rascunho sobre o qual essa experiência se construiu. A princípio tudo parecia um desastre: a comunicação com o Ministério da Saúde não fluiu bem, não se sabia ao certo do que se tratava a proposta e qual seria o seu objetivo, a informação sobre a agenda da primeira formação não chegou "a tempo" de modo a viabilizar a mobilização do público alvo, o planejamento da educação já estava definido e parecia ser impossível introduzir

um trabalho novo – ou seria "mais do mesmo" que já se fazia? E assim, de forma um tanto caótica, começamos a desenhar um caminho que se iniciou quando a equipe educação-saúde buscou identificar os problemas e partir, juntos, em direção às soluções. Fomos a campo juntamente com a nossa formadora - que representava o Ministério da Saúde - percorrendo as escolas municipais e apresentando brevemente o programa a cada um dos diretores, convidando-os para a formação onde poderiam conhecer a metodologia do #Tamojunto. Trabalhamos juntos e ativamente para que os nós da comunicação fossem afrouxados, as dúvidas esclarecidas e meio "a trancos e barrancos" fizemos acontecer a primeira formação de profissionais implementadores.

Destacamos detalhes sobre o nosso contato com gestores escolares e suas reações à proposta de formação dos professores para implementação do programa nas escolas:

- A primeira visita técnica da Formadora Nacional e apoiadores das secretarias de educação e saúde teve como objetivo a sensibilização inicial dos diretores por meio da apresentação do programa e do público alvo e indicação de realização das aulas do programa durante o horário das atividades curriculares habituais; esclarecimentos sobre a proposta de implementação das atividades como parte da rotina escolar (quando foi esclarecido que não se tratava de atividade extracurricular). Essas visitas oportunizaram a definição das agendas de implementação e acompanhamento. Gestores consideraram possível a realização das atividades do programa durante o horário de trabalho do professor e a inserção das aulas semanais do programa entre as atividades curriculares.
- Inicialmente, a temática do programa foi considerada pertinente à proposta curricular da disciplina ciências e/ou nos temas transversais conforme os Parâmetros Curriculares Nacionais, que podem ser desenvolvidos por professor de qualquer disciplina desde que haja um projeto; consideraram o programa adequado às demandas existentes – soubemos que anteriormente professores foram solicitados a elaborar projetos em que os alunos tivessem atividades dinâmicas e vivenciais, apontando-se que o programa contemplava perfeitamente as diretrizes colocadas para as escolas. Embora indicassem como mais viável realizar as atividades durante o período regular de aulas, optou-se por oferecer as aulas também em contraturno em duas escolas implementadoras - essa experiência confirmou a indicação de maior adequação ao período regular de aulas porque a frequência dos estudantes nas atividades do contraturno costuma ser baixa e irregular.
- Alguns gestores acenaram para a perspectiva de se "multiplicar" a formação, mas de uma forma onde aquele que fez o curso "passasse" para o colega o que deveria ser feito. Diante dessa intenção, enfatizamos que a proposta de formação teórico-vivencial seria imprescindível para que professores pudessem ser sensibilizados para o trabalho da prevenção e aprender a aplicar o programa a partir da experimentação da metodologia e atividades interativas do programa. Naturalmente, nada impediria que os participantes dos cursos divulgassem e aplicassem a nova proposta, sua metodologia e as técnicas de trabalho em outros contextos, sendo possível utilizá-las como recurso durante aulas regulares das disciplinas tradicionais, reuniões de professores e encontros de pais promovidas pela escola.

Uma vez realizado o contato com os gestores escolares, seguiram as tratativas para a implantação do programa no município a partir das quais se instituiu a parceria intersetorial: intermediada por um assessor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a proposta da CGMAD/MS foi apresentada à Coordenação dos Anos Finais da Secretaria Municipal de Educação (SME), passando-se a contar com o apoio da Superintendência de Gestão Educacional. Conforme acordo inicial, foi pactuada a realização de uma experiência piloto em quatro escolas municipais, sendo que uma delas não seguiu como participante por decisão do gestor escolar. A CGMAD/MS ofereceu a formação e acompanhamento dos profissionais envolvidos durante o processo de implementação, bem como os materiais necessários para profissionais e estudantes participantes. Em contrapartida, o município indicou quatro técnicos das secretarias de educação e saúde que passaram a atuar como apoiadores do programa, os multiplicadores locais.

Os dois primeiros cursos de formação foram conduzidos pela Formadora Federal responsável pelo território e tiveram participação dos técnicos representantes das secretarias de saúde e educação, profissionais de quatro diferentes escolas e três unidades de saúde. Ainda que houvesse a indicação de ação intersetorial por território, não foram alcançados os pareamentos ideais entre profissionais de saúde e educação atuantes nas mesmas áreas.

A avaliação da experiência piloto foi apresentada em reunião da equipe com representantes das Secretarias da Saúde e Educação: as 12 aulas previstas foram finalizadas em todas as turmas - com exceção de um professor que desistiu após a sétima aula, a equipe acompanhou a implementação como preconizado, tivemos 3 Oficinas de Pais em cada escola (profissionais de saúde do território não se responsabilizaram pela condução das oficinas, que foram realizadas por profissionais das escolas e a equipe técnica).

Diante da avaliação positiva pelos participantes (profissionais implementadores, educandos e pais, gestores) as secretarias de educação e saúde acordaram sobre a expansão do programa para todas as escolas da rede municipal. Uma das escolas implementadoras recebeu a visita da então Secretária Municipal de Educação, que conheceu o programa a partir do contato direto com os professores e alunos participantes, o que também resultou em uma avaliação positiva daquela secretaria sobre o programa.

Diante das perspectivas de expansão da implementação, além da continuidade da intervenção em novas turmas das escolas participantes, planejou-se a inclusão de novas escolas, com previsão de se trabalhar com 11 escolas municipais no semestre seguinte, e prioridade para oitavos anos como turmas participantes, mantendo-se a indicação da necessidade de apoio da SME para sustentação da expansão planejada. A definição de datas para a formação no segundo semestre de 2014 levou em consideração a necessidade de tempo hábil para sensibilizar gestores escolares e definir participantes, observando-se a indicação de pareamento intersetorial por território. A equipe definiu uma agenda de trabalho, que incluiu uma reunião com gestão local e Coordenação Nacional do Programa para pactuação, estabelecendo bases para parceria com a CGMAD/MS e estabelecimento das contrapartidas pelo município; reunião com gestores das escolas para apresentar programa; formação de profissionais

em agosto de 2014; levantamento do número de participantes para previsão da quantidade de material necessária; início das aulas do programa na primeira semana de setembro.

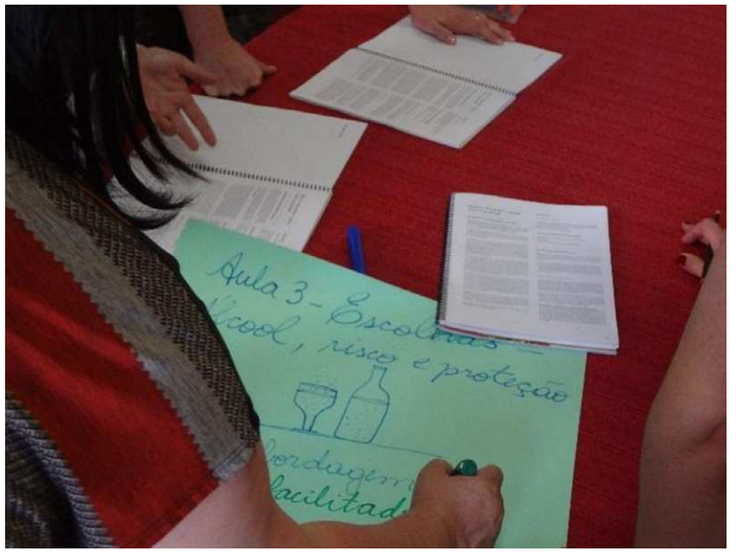
Segundo semestre de 2014: expansão, a implementação do #Tamojunto em todas as escolas municipais do ensino Fundamental II em Curitiba

No segundo semestre já contávamos com o reconhecimento pelo trabalho iniciado, o programa era conhecido e aprovado, contando o com apoio das secretarias. Nosso plano de trabalho incluiu a realização de uma reunião de cunho político-institucional para apresentação do programa #Tamojunto ao município, promovendo-se um evento com a presença de autoridades e gestores públicos, educandos e profissionais implementadores, inclusive com apresentação de vídeo com depoimentos de participantes.

O programa também foi apresentado oficialmente aos diretores de todas as escolas municipais de Ensino Fundamental II. Por sugestão da apoiadora da educação, o encontro com os diretores das escolas apresentaria a proposta do programa para que pudessem indicar adequadamente os participantes da formação. Na fase de inscrição dos participantes para a formação, foi sugerido que cada escola indicasse os professores e profissionais da gestão que participariam da formação. Também se considerou a necessidade de participação dos profissionais da saúde do território e a possibilidade de inclusão da equipe de saúde mental na formação. Após definição da agenda, os convites foram feitos.

Duas turmas participaram da formação conduzido pela Formadora Nacional, contando-se com a participação de gestores escolares e/ou seus representantes, totalizando 58 profissionais das áreas da saúde e da educação. Foram treinados aproximadamente 70 profissionais da saúde e educação, atingindo mais de 1200 educandos dos 8º anos de escolas municipais; as oficinas de pais e responsáveis reuniram 303 participantes ao longo das três oficinas nas escolas, planejadas e realizadas pelos multiplicadores locais em parceria educação-saúde; conforme cronograma de atividades, a implementação do #Tamojunto ocorreu entre os meses de setembro e novembro nas escolas municipais de Curitiba/PR.

Figura 3: *Atividade Interativa durante aula do Programa #Tamojunto.*



Fonte: Arquivo interno da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Os professores deram sinais de bom entendimento sobre a proposta metodológica e manifestaram grande satisfação e comprometimento com o projeto. O número de participantes nas Oficinas foi regular, não se atingindo todo o grupo de pais convidados. Porém, sabe-se que a frequência dos pais em outras atividades promovidas pelas escolas não costuma ser diferente. Particularmente em bairros em que a população é mais flutuante, a participação de pais foi menor. Estratégias de chamamento personalizadas foram efetivas, destacando-se o trabalho de uma escola que recorreu a ligações telefônicas para o convite. Partimos para a organização das informações sobre o alcance da intervenção, inclusive com o levantamento do número de pais participantes da primeira oficina que retornaram para a 2ª e 3ª oficinas.

A partir da avaliação do trabalho realizado durante o ano de 2014, tirou-se como encaminhamentos:

- seguir com o programa em todas as escolas;
- garantir a continuidade do acompanhamento da implementação pela equipe;

- manter indicação de realização de todas as aulas na frequência semanal;
- orientar professores para a priorização das atividades em pequenos grupos para oportunizar a manifestação de todos os educandos e caráter interativo do programa;
- necessidade de promover maior familiaridade dos implementadores com o material (manual do professor e caderno do educando);
- estimular a utilização dos energizadores, planejamento das aulas e exploração dos anexos do material;
- promover articulação da parceria entre o Chefe do Distrito Sanitário e o Chefe de Núcleo da Educação, buscando fortalecer a intersetorialidade;
- apresentar do programa para todos os professores dos anos finais;
- agendar a formação para o mês de fevereiro de 2015.

Ano de 2015: consolidação da implementação do programa como ação intersetorial

Em 2015, dez escolas participaram da implementação do programa #Tamojunto, alcançando 1678 educandos, oferecendo-se o programa para os oitavos anos. A agenda de atividades contemplou o reencontro com profissionais implementadores atuantes em 2014, com o objetivo de aprofundamento na metodologia do programa, e planejamento de implementação em 2015 e a formação de novos profissionais implementadores. Com vistas à promoção da integração com outros serviços, foi realizada reunião com responsáveis pelas ações de Prevenção e pelo CAPSad, da área técnica de álcool e drogas do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, para apresentação da metodologia, buscando fortalecer a intersetorialidade e parcerias nos territórios implementadores do programa. A integração do programa com as demais ações no campo de álcool e drogas aconteceu através de reuniões com a diretoria de Saúde Mental do município. Foram realizadas visitas de acompanhamento do território pela formadora Nacional, favorecendo o aprimoramento das ações e em continuidade à formação e supervisão das multiplicadoras, culminando com a visita de avaliação nos territórios envolvidos na implementação do programa e com o encontro de profissionais dos territórios participantes do #Tamojunto desde 2014.

A avaliação do processo de implementação foi discutida em reunião com representantes das Secretarias Municipais de Educação e Saúde, quando foram levantadas as necessidades para a otimização da continuidade do processo. Reuniões de equipe abordaram o processo de formação das Multiplicadoras Locais, o levantamento de dificuldades vivenciadas e busca de encaminhamentos resolutivos, o planejamento das próximas etapas do trabalho de acompanhamento e planejamento das diretrizes para a continuidade do programa.

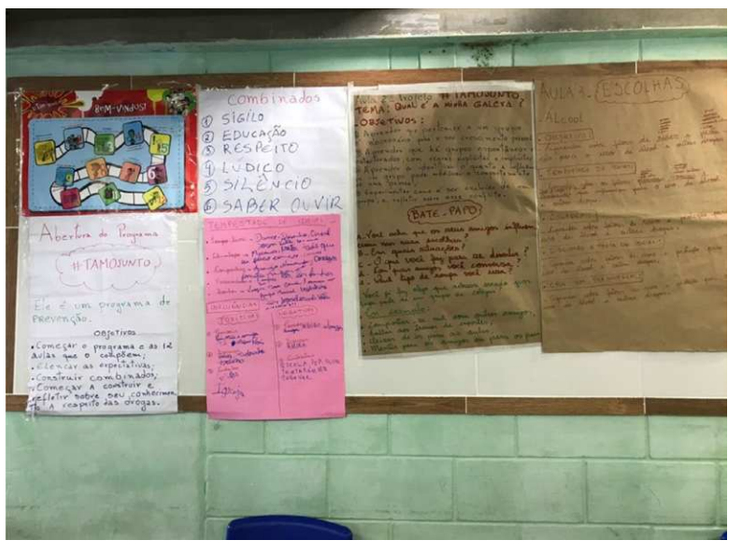
Ao final do ciclo de formações em 2015, o grupo de Multiplicadores Locais de Curitiba era heterogêneo quanto à formação e experiências anteriores, o que colocou desafios em relação à integração da equipe (naquele ano, duas novas integrantes da secretaria de educação se juntaram ao grupo). Fragilidades, dificuldades e necessidades de cuidados no processo de implementação do programa foram trabalhados nas reuniões da Consultora Federal com a equipe local de multiplicadores. Contava-se com habilidades para a condução das atividades dinâmicas e o fato de todos se mostrarem à vontade diante das tarefas práticas de implementação. A autonomia do grupo de Multiplicadores foi potencializada à medida em que o conhecimento da temática da prevenção, características do programa e estratégias de ação foi aprofundado, juntamente com a construção coletiva de encaminhamentos para o desafio do trabalho intersetorial.

Relatórios técnicos elaborados a partir de dados de monitoramento foram apresentados e discutidos em reunião com representantes das Secretarias Municipais da Educação e Saúde, quando foram estabelecidas as diretrizes e metas para 2016, dando início ao planejamento da etapa futura. Foram previstas a continuidade ao processo de formação dos Multiplicadores Locais e suporte técnico pela CGMAD/MS para a formação dos profissionais para implementação do programa e acompanhamento do processo. Como em 2014, seguimos com a indicação do primeiro semestre como preferencial para a realização das atividades do programa, esperando-se que a formação acontecesse no início do semestre letivo. Tendo a realização das Oficinas de Pais como desafio, quer seja pela dificuldade de atingir o público alvo quer seja pela resistência dos profissionais da rede em assumir a condução dos encontros, verificou-se a necessidade de se investir no recrutamento de maior número de profissionais da saúde na formação, buscando potencializar seu envolvimento nas atividades do programa.

Ano de 2016: autonomia da equipe para condução de atividades de formação de profissionais

Nossas atividades de 2016 começaram no primeiro encontro presencial do Formador Nacional com os Multiplicadores Locais do Município de Curitiba para preparação da formação de profissionais implementadores do programa e planejamento anual do trabalho. Uma vez detectada a demanda por novas formações para suprir falta de profissionais habilitados em algumas escolas, foi organizada nova turma de profissionais de educação e saúde. Nesse momento, percebemos a necessidade de formar mais de um professor por escola, pois para efetivar o programa como uma prática institucional, esta não deveria estar centralizada em uma única pessoa pelo risco de interrupção na falta dessa, e indicamos que cada professor implementador devesse assumir no máximo duas turmas quando na primeira experiência com o programa e, no máximo três, caso tivesse a experiência de implementação. Como nos anos anteriores, foram realizadas as visitas de acompanhamento em escolas participantes, bem como reuniões periódicas com gestores locais ao longo do processo de implementação.

Figura 4: *Registros de Aulas do Programa #Tamojunto – 2016.*



Fonte: Arquivo interno da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Cientes da transição para a nova gestão municipal que assumiria a partir de 2017, a equipe técnica se mobilizou no sentido de garantir a continuidade da implementação do #Tamojunto e demais ações da prevenção dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Apoiados na experiência exitosa e resultados dos processos avaliativos realizados com a participação dos atores envolvidos no processo de implementação, assumimos como prioridade o fortalecimento da intersetorialidade entre os participantes das áreas da saúde e educação, juntamente com outras ações identificadas como necessárias para garantir a sustentabilidade do trabalho:

- disponibilidade de informações e material de modo a viabilizar a implementação do programa;
- mapeamento dos profissionais capacitados e que não seguiram atuantes no #Tamojunto, buscando identificar se ainda permaneciam vinculados aos serviços de referência em saúde e educação dos territórios participantes;
- promoção de maior autonomia das equipes, incentivando os profissionais atuantes nos serviços de saúde dos territórios contemplados pelo programa a assumirem a condução das oficinas de pais.

Na reunião de encerramento do ano, com a participação da equipe e dos profissionais implementadores do #Tamojunto, compartilhamos avaliação do processo de implementação e concretizamos ações para continuidade do programa no município, inclusive a elaboração de relatório técnico destinado à nova gestão que assumiria as secretarias. Como fechamento desse processo, realizou-se uma reunião com as equipes gestoras das escolas implementadoras dos programas Elos e #Tamojunto, encaminhando-se para a consolidação do projeto de prevenção escolar como parte do sistema integrado de prevenção no município.

Ano de 2017: atravessando gestões e seguindo com a construção de um Sistema de Prevenção

Em 2017, revalidando a intenção de fortalecimento das ações no campo da prevenção ao uso de álcool e outras drogas em Curitiba, a gestão municipal efetivou a continuidade da parceria com o Ministério da Saúde para

a implementação dos programas #Tamojunto e Elos, incluindo a implementação do programa Família Fortes. Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, teve início a transferência de tecnologia para promoção da autonomia do município na execução dos programas. A equipe de Multiplicadoras Locais foi mantida e estruturada junto ao Departamento de Atenção Primária à Saúde, vinculada a uma coordenação de condições vulneráveis, que faz interface às ações de cuidado da Saúde do Adolescente. Esta estratégia se tornou fundamental na disseminação da tecnologia utilizada nos programas para outras ações de prevenção à adolescência em condições vulneráveis.

Conforme planejado, o programa #Tamojunto continuou a ser executado nas escolas municipais acompanhado de todas as agendas de repactuações entre secretarias envolvidas, funcionando como disparador de agendas intersetoriais que se tornaram estruturantes na formação de uma rede de apoio e potencialização de ações advindas do desejo de continuidade de intervenções alusivas ao programa após término das 12 aulas previstas para cada turma, bem como buscando soluções às dificuldades encontradas para execução das Oficinas de Pais. Por meio dos acompanhamentos territoriais e avaliação pela equipe técnica, tornou-se necessário fomentar a discussão das ações de prevenção em outras políticas públicas, a fim de agregar parceiros para poder ofertar e disponibilizar atividades complementares às temáticas trabalhadas na estrutura do programa. No segundo semestre, essas parcerias se fortaleceram e operaram na oferta de atividades e eventos junto às secretarias de esporte e lazer, Fundação Cultural, Instituto de Turismo e Defesa Social.

No mesmo ano, o Município de Curitiba aderiu ao edital do Programa Saúde na Escola, buscando atender à necessidade de ações específicas em prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Integrando os diferentes programas e ações relacionadas à pauta, a intenção foi propiciar uma maior cobertura no território e fortalecer as relações intersetoriais. A equipe, apropriada das metodologias dos programas, ampliou sua ação no desenvolvimento de modelos de intervenção em outros espaços e projetos direcionados à grupos de adolescentes em vulnerabilidade que envolveram ações de prevenção à saúde integral de adolescentes em medida socioeducativa, ações de prevenção em espaços com índices epidemiológicos relevantes de gestação na adolescência, e sensibilização de profissionais para acolhimento e atendimento à adolescentes nas Unidades de Saúde.

Ano de 2018: continuidade da implementação do #Tamojunto de forma autônoma pelo município

O planejamento para 2018 teve início no findar de 2017, em respeito ao calendário educacional e de forma a compor uma organização anual que envolvia repactuações, organização do processo formativo, momentos de estudos entre os formadores, acompanhamentos territoriais, encontros de troca de experiências trimestrais, desdobramentos de ações territoriais, avaliação processual e fechamento anual. Os programas - #Tamojunto, Elos e Famílias Fortes seguiram sendo implementados em Curitiba, com as participações das equipes de prevenção do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, da Superintendência de Gestão Educacional da Secretaria Municipal da Educação e do Departamento de Políticas sobre Drogas da Fundação de Ação Social de Curitiba.

Figura 5: *Oficina de Pais – Escola da Rede Municipal de Ensino de Curitiba – 2018.*

Fonte: Arquivo interno da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

No primeiro semestre de 2018, foram realizados os processos formativos e iniciada a implementação do #Tamojunto e dos programas Elos e Famílias

Fortes, seguindo-se com as visitas técnicas de acompanhamento durante a implementação e pelo menos uma visita para avaliação ao final do processo. Quanto a participação dos equipamentos de educação, observou-se uma continuidade natural do processo na maioria das escolas, com a inclusão do programa entre as atividades curriculares previstas no planejamento pedagógico anual. À medida do possível, a implementação do programa seguiu programada para o primeiro semestre do ano letivo, havendo um evento de fechamento com a participação dos implementadores para compartilhamento de experiências entre os participantes, bem como o planejamento de ações decorrentes da intervenção a serem realizadas futuramente, conforme especificidades de cada território participante.

Ano de 2019: continuidade, a história não acaba aqui!

Até o término deste relato, ainda não finalizamos as atividades do ano de 2019 e temos a ousadia de esperar pelos 10.000 contemplados pelo #Tamojunto em 2020. Seguimos trabalhando, promovendo ações de prevenção no município e planejando novos voos: desejamos inserir a avaliação sistemática como parte do nosso projeto, como recurso construtivo que possa nos oferecer dados objetivos sobre o impacto do que estamos fazendo para que possamos aprimorar nossa prática baseados em evidências e seguir, abertos para os desafios e desenvolvimento de novos projetos.

A equipe segue buscando aprimorando a competência técnica e criando intervenções a partir das demandas emergentes no território. A comunicação e integração entre as participantes do grupo é vista como fruto dos incansáveis investimentos no sentido de aproximação dos setores parceiros (reuniões e mais reuniões!), encaminhando-se para uma relação intersetorial respeitosa e com responsabilidades compartilhadas.

Percurso da equipe da prevenção

Formação dos multiplicadores locais

A equipe técnica, no papel de "Multiplicadores Locais" do programa #Tamojunto, atua diretamente no planejamento das ações, nos cursos para habilitação dos profissionais implementadores, no acompanhamento do processo,

monitoramento e avaliação do #Tamojunto. A nova metodologia baseada em evidência somou-se à experiência pregressa da equipe – a turma da saúde, que vinha atuando na comunidade, já estava familiarizada com as rotinas escolares, o que nos ajudou muito.

Todos receberam formação e supervisão especializada para atuar com base em modelos e metodologias validadas, implementando programas preventivos baseados em evidência. A formação continuada nos preparou para ministrar cursos para profissionais implementadores, incluindo como atividades práticas: planejamento e organização do curso, preparação de materiais, inscrição de participantes e formação de turmas, condução de atividades durante formação de profissionais implementadores, acompanhamento da realização das atividades de implementação e avaliação do processo, planejamento e acompanhamento das Oficinas de Pais. Encaminhamentos relativos ao contato do grupo com demais parceiros, registros sistemáticos, elaboração de relatórios técnicos e reuniões de atualização e planejamento junto a gestores municipais foram incluídos na agenda de formação da equipe. Reuniões de equipe com o consultor especialista ofereceram espaço de discussão acerca dos desafios vivenciados em campo. A supervisão incluiu o aprofundamento em temáticas como prevenção, metodologia do programa, conteúdo das aulas, avaliação em saúde, relações institucionais e rede intersetorial. Esse mesmo grupo seguiu trabalhando de forma articulada e colaborativa desde a primeira experiência com o programa #Tamojunto, com a anuência e apoio dos gestores das respectivas secretarias, a permanência do mesmo núcleo de profissionais na equipe vem sendo reconhecida como um dos nossos diferenciais, juntamente com o aprimoramento de nossas ações a partir das lições aprendidas.

> *Desde que me tornei servidora pública, há 13 anos desenvolvi diversas atividades de prevenção junto ao público adolescente. Achava que não teria mais nada de novo a aprender. Grande foi minha surpresa ao conhecer o Programa #Tamojunto. Foi paixão à primeira vista. A metodologia é apaixonante… Tenho a sensação de que uma venda me foi retirada dos olhos e um mundo novo apareceu. Desenvolvia atividades com adolescentes e o Programa #Tamojunto nos traz o desafio de trabalhar com as famílias e foi maravilhoso, foram momentos de trocas muito ricos. A prevenção direcionada à saúde do adolescente, sempre será algo desafiador, principalmente no que diz respeito à abordagem para esse público. Através do Programa #Tamojunto, aprendo a ter escuta qualificada, a entender que cada um traz sua história e sua verdade. E falando em verdade, também aprendi que não sou dona dela! O Programa #Tamojunto não mudou somente minha visão profissional, mas me despertou para uma nova vida. E desde então uso a metodologia em todos os espaços por onde passo, inclusive nas minhas atividades extras trabalho. Tudo o que disser aqui não será suficiente para expressar o quão gratificante é fazer parte dessa Família #Tamojunto* (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

Assim como a inclusão de novos paradigmas e conceitos de prevenção às práticas, o empoderamento gerado pela possibilidade de trabalhar com práticas baseadas em evidência foi motivador da dedicação e disponibilidade da equipe local. À medida em que a experiência de formação para implementação dos programas foi vivenciada, percebeu-se o encantamento da equipe com a potência das técnicas interativas, a possibilidade do desenvolvimento de habilidades e, sobretudo, o efeito do estabelecimento da parceria intersetorial. Destaca-se o impacto, a nível pessoal, do contato com as metodologias, que além de satisfação e realização pareceram proporcionar experiências transformadoras.

> *Com a implementação do Programa #Tamojunto em Curitiba, houve a necessidade de aproximação entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, que embora tenha sido um trabalho desafiador por questões específicas de cada setor, foi sem dúvida uma estratégia inovadora que possibilitou a ampliação de olhar ao adolescente, entendendo que este transita pelo território, por diversas políticas e não se limita a uma política específica. Assim, ao longo dos acompanhamentos realizados "in loco" pelas formadoras locais dos programas que compõem o sistema de prevenção ao uso de drogas, observou-se que quanto maior a diversidade de políticas integradas e de categorias profissionais heterogêneas, melhor seria o resultado em relação ao desenvolvimento de habilidades de vida e fortalecimento de fatores de proteção. Esta constatação serviu como motivação na busca de novas parcerias com outras Secretarias Municipais, das áreas de Defesa Social, Assistência Social, Turismo e Cultura, que possibilitassem o fortalecimento da junção multiprofissional e intersetorial, bem como o aumento e direcionamento de atividades esportivas, culturais, de lazer e de*

turismo na cidade, aos adolescentes e famílias participantes dos programas. E assim aconteceu… A realização de um sonho profissional idealizado, tornou-se realidade... sendo lindamente presenciado, experimentado e vivido por quem o sonhou e pelos profissionais, adolescentes e famílias participantes dos programas que integram o sistema de prevenção em Curitiba (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

Inicialmente, a agenda com secretarias de educação e saúde incluiu reuniões após cada rodada de visitas de acompanhamento ao território, com participação de toda a equipe e representantes da gestão municipal. Posteriormente, as atualizações foram apresentadas em reuniões periódicas e tiveram papel fundamental para a continuidade do programa: o acompanhamento do projeto garantiu o apoio necessário para viabilizar a implementação do programa. Nessas reuniões objetivas e pontuais se apresentava dados de monitoramento e avaliação do processo, discutindo-se encaminhamentos alinhados com as diretrizes das secretarias.

Acompanhamento do processo de implementação do #Tamojunto

Desde a fase piloto de implementação do #Tamojunto, previa-se o acompanhamento presencial ao longo da realização das atividades do programa com, ao menos, três visitas técnicas de acompanhamento nas escolas. Uma vez iniciada sua experiência com as aulas do programa, o objetivo das visitas seria auxiliar profissionais no planejamento, esclarecer dúvidas e dificuldades em relação à condução das atividades, induzir a reflexão sobre a potência da metodologia e avaliar as aulas realizadas. Durante as visitas, o professor implementador pode compartilhar sua experiência e receber apoio em seu ambiente de trabalho: a escola. Complementarmente, a comunicação virtual vem sendo utilizada com sucesso como estratégia facilitadora do monitoramento do programa, facilitando contato com implementadores e acesso à equipe.

Durante a implementação do #Tamojunto, encontramos dificuldades para motivar os profissionais da rede a assumirem a prevenção como parte de suas atribuições. Na maioria das vezes, a equipe assumiu para si a realização das Oficinas de Pais (parte do programa) nas escolas participantes do programa. Contudo, do ponto de vista da sustentabilidade da proposta de realização de

encontros periódicos com os pais dos adolescentes expostos ao programa, considera-se fundamental que essa atividade fosse incluída na agenda habitual de trabalho do território. Para isso, seria necessário o entendimento de que a prevenção não é tarefa exclusiva de especialistas e que, uma vez empoderado, o território poderia seguir com as atividades, tendo o apoio e retaguarda da equipe técnica especializada.

Por vezes, observando a dificuldade dos profissionais do território em assumir a condução das Oficinas de Pais, parece haver grande insegurança das equipes para atuar na condução das atividades, permanecendo intimidados e inseguros em desenvolver a proposta. Diferente do momento do planejamento, em que os mesmos profissionais participam, dividem e assumem tarefas, buscam diversas estratégias para tentar viabilizar a vinda dos pais. Mas, no momento de executar muitas vezes não conseguem fazer, delegando à equipe técnica das Secretarias a condução das atividades (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

Articulação e fortalecimento da rede intersetorial

Superando a conhecida ocorrência de iniciativas isoladas, comuns no campo da prevenção, a aproximação inicial entre saúde e educação mostrou-se profícua e alimentou esforços na direção da inclusão de novos parceiros. Durante o acompanhamento do processo de implementação dos programas preventivos, a percepção da necessidade da cooperação e co-responsabilização dos setores envolvidos pelo projeto pareceu cada vez mais evidente, confirmando a relevância do trabalho intersetorial para o sucesso do trabalho. Consequentemente, o papel do multiplicador local e sua atuação em parceria com técnicos de outro setor foi sendo compreendido e desenhado durante a experiência. Enquanto já se contava com o reconhecimento do trabalho anterior realizado pela saúde nas escolas, a participação da técnica da educação facilitou o processo por transitar entre as diferentes propostas da Secretaria de Educação, conhecer o cronograma, fluxo de trabalho e demandas escolares, e assim favorecer o acesso da equipe ao ambiente escolar.

> *Com os programas de prevenção ao uso de drogas, a Secretaria Municipal de Educação, pautando-se na intersetorialidade, intensificou as ações desenvolvidas com outras secretarias municipais, em especial, com a Secretaria de Saúde. O acompanhamento técnico realizado nas escolas municipais, pelas equipes da saúde e da educação, possibilitou a ampliação do número de estudantes e professores atendidos in loco. A articulação de agendas entre as secretarias foi um grande desafio, pois cada pasta municipal tem suas especificidades e demandas próprias que nem sempre se coadunam. Todavia, o trabalho intersetorial promove a aprendizagem dos profissionais que fazem a interlocução entre os segmentos, efetivando uma rede de proteção e reconhecendo que os munícipes, cidadãos que pagam impostos, se beneficiam do atendimento integral da administração municipal* (Depoimento de integrante da equipe técnica local).

A compreensão da ampliação de ofertas de interlocução entre as políticas focadas no público adolescentes como primordial e a busca do fortalecimento das parcerias junto a diferentes políticas públicas vêm favorecendo a consolidação do trabalho em rede intersetorial, alinhados quanto ao entendimento de que o adolescente pertence a um território e uma comunidade que possui características próprias. Por meio das visitas técnicas de acompanhamento aos profissionais aplicadores do #Tamojunto no território e de participações em oficinas de pais/responsáveis, alargou-se a consciência de que quanto mais as políticas públicas estivessem envolvidas em prol de um mesmo trabalho, mais potentes seriam seus impactos. Seria possível evitar sobreposição de ações, adequar e alinhar a linguagem sobre prevenção e aumentar a oferta de atividades direcionadas aos adolescentes e suas famílias, transcendendo as paredes da sala de aula e potencializando o trabalho intersetorial tornando possível o desenvolvimento de habilidades de vida e fatores protetivos em relação ao uso de álcool e drogas e problemas relacionados.

Assim, buscou-se novas parcerias entre outras esferas profissionais dentro da Saúde e entre políticas não previstas originalmente pelo Programa #Tamojunto (Assistência Social e Defesa Social), mas que foram entendidas como essenciais para a criação e composição de "Núcleos de Prevenção Territoriais" heterogêneos e que buscavam favorecer a intersetorialidade e integração entre profissionais atuantes em diferentes secretarias no âmbito Municipal. Consequentemente, fizeram-se necessárias novas formações específicas de cada programa, para apresentar a metodologia e a execução dos mesmos às categorias multiprofissionais, o que propiciou um ambiente rico em troca de saberes, relatos de experiências e de percurso em ações de prevenção, além de permitir uma congruência sobre o entendimento da necessidade de fortalecimento da interlocução intersetorial nos territórios junto às comunidades.

A ampliação da Rede intersetorial junto à Secretaria da Defesa Social, por exemplo, foi uma importante estratégia de aproximação entre as ações territoriais de prevenção. Em estudo realizado com a referida Secretaria foi percebido que algumas ações realizadas no mesmo ambiente possuíam orientação, metodologia e linguagem díspares. Com esta análise foi diagnosticada a necessidade de uma aproximação entre as abordagens e interlocução para planejamento a fim de evitar sobreposição de ações e principalmente divergências de atuações.

Núcleos de prevenção territoriais

A proposta da formação dos "Núcleos de Prevenção Territoriais", foi uma tentativa de oferecer suporte técnico especializado e personalizar as ações de acordo com o conhecimento, a vivência e a especificidade de cada profissional em relação ao seu território de atuação. Desta forma, cada escola participante do Programa #Tamojunto, teria um grupo de profissionais referência em seu território, composto por Psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais de diferentes categorias dos CAPS, profissionais de diferentes categorias dos CRAS (representando a Política de Assistência Social) e Guardas Municipais - entendidos como educadores sociais (representando a política de Defesa Social). Os acompanhamentos territoriais, realizados através de agendas programáticas com os serviços e profissionais envolvidos, são momentos de significativa importância para sustentabilidade dos "Núcleos Territoriais de Prevenção", para o planejamento das ações, para aproximação das políticas, para troca de experiências, para compartilhamento de casos, diagnóstico e, principalmente, o exercício da transdisciplinaridade.

Já as parcerias com outras políticas públicas, surgiram mais especificamente a partir do desenvolvimento do Programa #Tamojunto, com a observação de

necessidades de desdobramentos para promoção de ações no âmbito do Esporte, Cultura e Turismo, que fizessem um *link* com as temáticas trabalhadas junto aos adolescentes, que apareceram de diversas formas: seja a pedido dos próprios alunos, no sentido de ter uma continuidade do Programa, por gostarem e se identificarem com a proposta e metodologia ativa e vivencial, seja por detectar, junto à comunidade escolar, a importância do fortalecimento dos fatores de proteção nos territórios, ampliando as intervenções para além do ambiente escolar.

Com a proposta idealizada e com argumentos pautados na inclusão, no desenvolvimentos de habilidades de vida como fatores de proteção ao uso de álcool e drogas, no oferecimento de continuidade do Programa #Tamojunto com ofertas de "aulas de campo" que conversavam com as temáticas das aulas recebidas pelos estudantes participantes do programa e também com o objetivo de ampliar o alcance das vivências, a Secretaria Municipal de Saúde realizou aproximação, reunião e sensibilização colaborativa, com representantes da Secretaria de Esporte Lazer e Juventude (SMELJ), Fundação Cultural de Curitiba (FCC), Instituto Municipal de Turismo de Curitiba (IMT) e Urbanização de Curitiba S/A (URBS - setor de transporte público). Assim, foram apresentadas algumas atividades desenvolvidas por essas secretarias, que possibilitaram a ampliação da rede intersetorial no Município de Curitiba, fortalecendo o Programa #Tamojunto de acordo com a proposta de uma abordagem coesiva e vivencial, mas também envolvendo o adolescente, na busca pela reflexão crítica e apropriação de novas oportunidades dentro de um contexto ampliado. As atividades foram diversas e ofertadas conforme percepção de significância à coletividade envolvida no Programa com objetivos como: pertencimento à comunidade/cidade, enfrentamento de desafios, superação de dificuldades, percepção de habilidades/potencialidades, manejo de estresse, desenvolvimento de relações interpessoais positivas, fortalecimento de vínculo familiar, dentre outros.

Especificamente, as novas propostas voltadas para grupos de adolescentes considerados de alta vulnerabilidade basearam-se em dados epidemiológicos locais, sendo desenvolvidas em parceria com demais Programas de Atenção à Saúde do Adolescente como: adolescentes com medida socioeducativa, gestação na adolescência e acompanhados pela Rede de Proteção, dentre outros. Notadamente, a extensão da rede intersetorial permitiu oferta de apoio ampliado ao grupo participante das ações preventivas, sejam os profissionais, alunos/adolescentes e

seus familiares, com ações reverberantes das vivências nas atividades propostas, ampliando e fortalecendo temáticas trabalhadas.

Figura 6: *Desdobramento do #Tamojunto no Centro Histórico de Curitiba – 2017.*

Fonte**:** Arquivo interno da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A ampliação da rede intersetorial também estabeleceu uma possibilidade de revisão de estigmas e preconceitos acerca de abordagens de prevenção ao uso de drogas. Tal revisão na abordagem permitiu a incorporação de ações com a base metodológica no Sistema de Prevenção inclusive em atividades da Guarda Municipal, a citar execução de Oficinas de Pais dos alunos participantes do Programa Guarda Mirim de Curitiba, bem como em ações direcionadas às vulnerabilidades específicas diagnosticadas nos territórios, como por exemplo indicadores elevados de gravidez na adolescência, violência sexual e depressão.

Gestão do Projeto

Durante esse percurso, os Programas foram sendo incorporados pelas Secretarias como ações de prevenção pertinente à própria Política: na Secretaria Municipal de Saúde do Município, uma vez incorporada pelo Departamento de

Política de Atenção Primária à Saúde, o projeto se estabeleceu nesse departamento como estratégia de atenção à Saúde da criança e do Adolescente, possibilitando desdobramentos e expansão da utilização da metodologia em novas ações de prevenção. Do ponto de vista da gestão do projeto, a organização e sistematização do planejamento e informações sobre a execução dos programas e ações preventivas se concentram na Secretaria Municipal de Saúde, por meio de uma equipe técnica específica vinculada às ações de Prevenção na adolescência.

Desdobramentos: novas demandas e desafios

A expansão das atividades preventivas e o desenvolvimento de novas propostas do Sistema de Prevenção foram especialmente influenciadas e desenvolvidas em conformidade com os paradigmas e metodologia do programa #Tamojunto; a incorporação da interatividade e estruturação de atividades propostas a partir do seu modelo permitiram estabelecer bases de construção de outras ações junto à Atenção Primária à Saúde. Assim, as novas ações incluíram a sensibilização de profissionais para acolhimento e atendimento à adolescentes, revisão do planejamento de ações locais/territoriais em atividades propostas para oficinas temáticas, oficinas de capacitação e qualificação de profissionais em temas variados relacionados com a prevenção e promoção de saúde. Concomitantemente, o gerenciamento da inserção dos programas e demais ações preventivas no território direcionou-se para a integração entre as diferentes intervenções, de modo a considerá-las em seu conjunto, buscando otimizar esforços, coerência quanto ao direcionamento das práticas de diferentes setores e evitação da sobreposição de propostas voltadas para o mesmo público alvo.

A partir da percepção da importância de aproximação com a comunidade, jogos e atividades lúdicas têm sido propostas durante eventos públicos - como festas juninas e feiras científicas - com o objetivo de divulgar os Programas, enfatizando a participação e apoio da família no desenvolvimento das crianças e adolescentes. Destaca-se uma experiência em que adolescentes que receberam o programa #Tamojunto atuaram como protagonistas, se implicando na realização de uma Oficina na escola, com a proposta de divulgar e instigar a curiosidade de alunos dos sétimos anos sobre o programa que receberiam no ano seguinte.

Parecendo empoderados e inseridos na escola e na comunidade, participaram ativamente das atividades, confeccionando materiais utilizados, envolvendo-se com a preparação do evento e atuando como multiplicadores dessa proposta de realizar a prevenção de forma interativa, engajada e responsável.

Figura 7: *Desdobramento do Programa #Tamojunto – 2017.*

Fonte**:** Arquivo interno da Equipe de Prevenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Palavras finais

Como toda boa história, essa história não termina aqui. À altura deste trabalho, a Equipe Prevenção, inicialmente restrita a um modesto grupo de servidores da saúde que se associou à educação para implementação de um programa de prevenção escolar, comemora a existência de um Sistema de Prevenção em Curitiba, ciente dos desafios inerentes à continuidade do projeto, à necessidade do atendimento das demandas emergentes a partir desse trabalho, desdobramentos e novas necessidades que hão de vir.

Protagonistas dessa empreitada, técnicos e profissionais da rede, apropriados de novas metodologias e práticas, seguem atuando de forma engajada nas ações voltadas para a prevenção dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas e promoção

de saúde do adolescente. Graças ao fortalecimento da interlocução entre corpo gerencial e serviços de atenção, caminha-se de forma renovada para o planejamento e realização de novas ações territoriais, buscando-se o aprimoramento das intervenções a partir do acompanhamento, monitoramento e avaliação constante do trabalho.

Lições aprendidas

- **Sobre a implementação do programa**. Hoje sabemos que o programa #Tamojunto deve ser implementado preferencialmente no primeiro semestre, no período habitual da escola, inserido na programação do horário letivo e considerando a disponibilidade de professores (que devem assumir no máximo duas turmas na primeira experiência com o programa, ou três caso tenha experiência anterior de implementação), que as 12 aulas devem ser oferecidas em frequência semanal para grupos fechados, que os participantes com idade/maturidade semelhante interagem melhor.
- **Sobre a formação de profissionais.** Deve acontecer após sensibilização prévia, é uma oportunidade de apresentação da metodologia para potenciais implementadores e/ou de seguimento à formação daqueles que já iniciaram a implementação dos programas, e também retroalimenta a equipe que sofre flutuações, havendo a necessidade de formar mais de um professor por escola, pois como prática institucional esta não deveria estar centralizada em uma pessoa.
- **Sobre a equipe técnica responsável pelo projeto**. Descobrimos que a manutenção da equipe habilitada foi fator chave para a continuidade qualificada do processo e consolidação das ações preventivas, favorecendo aprimoramento e avanços a partir das lições aprendidas.
- **Sobre o acompanhamento da implementação.** É essencial para garantir fidelidade ao modelo proposto e oferece amparo e apoio para os profissionais implementadores ao longo do processo.
- **Sobre as avaliações.** Devem ser contínuas e ao final de cada ciclo de trabalho. Elas permitiram o acompanhamento da evolução do projeto e a compreensão dos desafios a serem superados ao longo do processo.
- **Sobre a continuidade.** Aprendemos que a comunicação entre equipe técnica e gestores locais é fundamental para garantir o apoio institucional à continuidade da implementação dos programas: as atualizações com dados da experiência, apresentadas em reuniões periódicas, favoreceram o acompanhamento do projeto garantindo o apoio necessário para viabilizar a implementação do programa.
- **Sobre o trabalho intersetorial.** Contribui de forma consistente para a consolidação de políticas públicas mais potentes, articulando objetivos e otimizando esforços e utilização de recursos.
- **Sobre os desafios.** Colocamos a dependência do apoio institucional, a demanda pela expansão do alcance das ações, a necessidade do fortalecimento da intersetorialidade, a continuidade da implementação de forma autônoma pelo município, a permanência do projeto após a transição entre diferentes gestões.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2010). *Portaria nº 4.279, de 30/12/2010*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2009). *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=17050&t=publicacoes

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar.* Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde Escolar.* Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf

Secretaria Municipal de Educação de Curitiba. Departamento de Planejamento, Estrutura e Informações. (2021). Disponível em https://educacao.curitiba.pr.gov.br/unidade/educacao/18401

CAPÍTULO 16

PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES NO DISTRITO FEDERAL: EXPERIÊNCIAS DE APLICAÇÃO E INTERLOCUÇÃO COM O SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Irvana Teixeira Fernandes
Mariana Russo Voydeville Damasceno

Resumo

O presente capítulo busca mostrar a interlocução entre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Programa de Prevenção Famílias Fortes (PFF10-14) destinado a crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e suas famílias. No Brasil, a versão original do programa em formato pré-piloto foi realizada em seis Centros de Convivência que executam o serviço de SCFV, no ano 2013, no Distrito Federal. Pretende-se ainda contar a experiência de cinco profissionais que participaram do pré-piloto e de implementações nos anos seguintes nos Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal.

Palavras chave: fortalecimento de vínculos, família, prevenção.

Considerações iniciais

Este capítulo apresenta experiências atráves de relatos de cinco profissionais que atuaram como facilitadores do Programa Famílias Fortes (PFF) no Distrito Federal (DF). Pretende demonstrar de que maneira esses

profissionais que aplicaram o PFF, diretamente com as famílias, compreendem o programa, quais as suas percepções, a partir da sua prática. Além disso, apresenta as possibilidades de interlocução do PFF com as diretrizes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV. Traz também uma reflexão sobre a importância e a necessidade de que as políticas públicas, voltadas para a proteção e cuidado, desenvolvam e/ou adotem ferramentas estruturadas para realizar prevenção na temática de álcool e outras drogas, no âmbito familiar.

De forma contextualizada, esses profissionais farão o relato de suas experiências com o PFF e como ele repercutiu na sua atuação profissional. Tratam-se de reflexões sobre como o programa impactou em suas vidas, como foi a aplicá-lo e a repercurssão observada na vida das famílias participantes. Ao avaliar suas vivências, tais profissionais apontam os desafios, conquistas e resultados alcançados com este trabalho. Importante destacar que, este capítulo contem o livre relato desses profissionais que atuaram como facilitadores, alguns também como formadores locais do programa. Suas conclusões a partir da prática, ensejam que pesquisas acerca de programas preventivos em álcool e drogas, são fundamentais para a efetivação de estratégias a serem implementadas no Brasil. Os relatos são apresentados por Especialistas em Assistência Social - Educadoras Sociais, trabalhadoras do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no âmbito da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMIDH, do DF, que executam o SCFV nos Centros de Convivência (CECON).

Essas especialistas acompanharam a trajetória da implementação do PFF no Brasil e contam como se deu o processo de agregar esta metodologia ao escopo de estratégias da Proteção Social Básica do DF. Atuantes na seleção e mobilização das famílias, preparação do serviço e do território para receber a prática, organização da logística necessária para o funcionamento dos grupos - lanche, transporte, brindes, adequação de horários de funcionamento das unidades, dentre outras atividades - planejamento e execução dos encontros. Participaram da implementação no pré-piloto e adaptação cultural e, desde então, trabalham como facilitadoras nos grupos de família, formadoras de novos grupos de facilitadores, além de participar em reuniões de mobilização da rede intra e intersetorial do DF, que têm como pauta a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, via fortalecimento familiar.

Ademais, foi convidado a relatar sua experiência, um dos pais que participou do pré-piloto do PFF no DF no ano de 2013 e *a posteriori* foi formado como facilitador, atuando com a equipe do CECON em uma das regiões administrativas do DF.

Fortalecimento de vínculos familiares, uma estratégia de prevenção ao uso de álcool e outras drogas: contextualização no Distrito Federal

O Programa Famílias Fortes é a versão brasileira do *Strengthening Families Programme* (SFP 10-14 UK), desenvolvido pela Escola de Saúde e Assistência Social da Oxford Brookes University, Oxford, Reino Unido (Ministério da Saúde, 2017) e trata-se de um programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, destinado a famílias com crianças e adolescentes de 10 a 14 anos. Sua prática se dá em sete encontros semanais, com os adolescentes e seus responsáveis. E após alguns meses, são realizados os quatro encontros de acompanhamento, completando o ciclo de implementação.

Nos encontros são trabalhados, de forma dinâmica e lúdica, temas que visam o treino de habilidades de vida, habilidades parentais e sociais, partindo da "premissa de que as crianças e adolescentes se saem melhor em seu desenvolvimento social, quando as famílias são capazes de estabelecer limites e regras de convivência e de expressar afeto e dar apoio adequado" (Ministério da Saúde, 2017, p. 10) às suas demandas.

Cada encontro dura duas horas, sendo que, na primeira hora, os adolescentes ficam em uma sala com dois facilitadores de grupo e realizam as atividades do Encontro de Jovens, enquanto os responsáveis ficam em outra sala com um facilitador e realizam as atividades do Encontro de Responsáveis. Na segunda hora, os dois grupos se juntam numa mesma sala para o Encontro de Família, conduzido pelos facilitadores do grupo de jovens e de responsáveis. Nos encontros, há estratégias interativas tais como jogos e encenações, além de recursos audiovisuais, com situações familiares, para executar as atividades do programa.

As atividades para os adolescentes têm um caráter mais lúdico, com jogos, dinâmicas e brincadeiras. As atividades destinadas aos responsáveis são

orientadas por cenas de situações de convivência familiar, que são exemplificadas através de vídeos e, em seguida, realizado diálogo em grupo, com a proposição de exercícios que favoreçam a apreensão participativa do que está sendo abordado. No encontro de família, as atividades são estruturadas para favorecer o diálogo, a cooperação e a demonstração de afeto entre seus familiares.

Cada encontro aborda uma temática a ser trabalhada dentro da estrutura supra mencionada. Os temas são organizados de modo a que, gradativamente, os participantes fortaleçam os vínculos familiares e desenvolvam habilidades sociais, buscando alcançar os objetivos específicos do PFF. Ao final do sétimo encontro, espera-se que os adolescentes compreendam e valorizem seus pais e lidem melhor com o estresse e a pressão dos amigos; que os responsáveis compreendam a importância de apoiar seus filhos, além de tornarem-se mais hábeis em educa-los de forma mais eficaz. Dessa forma, que as famílias participantes do programa desenvolvam maneiras mais eficazes de comunicação e relacionamento. O PFF entende que, "uma relação positiva entre os familiares, cria condições favoráveis para o bom desenvolvimento dos jovens, e tende a afastá-los de condutas de risco" (Brasil, 2017, p. 10).

O Distrito Federal foi a primeira região do Brasil a receber o SFP 10-14 UK que, na fase pré-piloto foi traduzido para Fortalecendo Famílias; e após a adaptação cultural e oficinas de revisão do material, chegou-se ao nome atual, Famílias Fortes. A primeira etapa buscava realizar um estudo sobre as necessidades de adaptação cultural do programa (Capítulo 7 desta obra), o que ocorreu em 2013, com a execução do pré-piloto em 6 dos 18 CECON, que à época eram denominados Centro de Orientação Sócio-Educativa (COSE), nas seguintes Regiões Administrativas (RAs) do DF: Sobradinho, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Taguatinga Parada, Gama Leste e Ceilândia Norte. A partir de então, o DF vem acumulando larga experiência e colaborando sobremaneira na consolidação do PFF no Brasil, contribuindo para a melhoria na qualidade da implementação, nos ajustes necessários ao programa, participando de oficinas de adaptação cultural do material e pesquisas.

Os profissionais que atuaram com o programa no DF são em sua maioria Educadores Sociais dos CECON. Há também facilitadores formados lotados Centros

de Referência em Assistência Social - CRAS[29], assim como, no decorrer dos anos, servidores das políticas de saúde (Centros de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, dentre outros) e educação passaram a incorporar tal metodologia, avançando na proposta de intervenção intersetorial no âmbito da prevenção.

Os CECON, são equipamentos da Política de Assistência Social do DF, que executam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, tipificado na Política Nacional de Assistência Social e estão vinculados à Diretoria de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - DICON que, por sua vez, localiza-se dentro da estrutura organizacional da Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social - SEADS, da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMIDH do Governo do Distrito Federal. Sua finalidade é atender famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, de modo a desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e comunitários e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

As orientações técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS definem o SCFV como um dos serviços de proteção social a serem oferecidos pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), dentro da estrutura do SUAS. Este, deve ser organizado em grupos, por faixa-etária, de modo a garantir aquisições progressivas aos participantes das atividades, de acordo com seu ciclo de vida e com vistas a complementar o Trabalho Social com Famílias - Programa de Atenção Integral às Famílias - PAIF[30], realizado no âmbito da Assistência Social de cada território (Ministério do Desenvolvimento Social [MDS], 2013)

No DF, o referido serviço atende desde crianças, a partir de 6 anos, até idosos. Os grupos formados experienciam atividades planejadas, organizadas e desenvolvidas a partir de percursos temáticos, delimitados de acordo com as necessidades e vulnerabilidades apresentadas pelo grupo, buscando sempre a consonância com os

29 O Centro de Referência de Assistência Social – CRAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social, que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social. http://www.sedest.df.gov.br/cras/

30 Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O serviço PAIF integra o nível de proteção social básica do SUAS. (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais). http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-social-basica/projetos-psb/servico-de-protecao-e-atendimento-integral-a-familia-2013-paif

eixos estruturantes do Serviço: Convivência Social; Direito de Ser; Participação. As atividades em grupos no SCFV têm como seus principais objetivos:

> propiciar entre os usuários oportunidades para a escuta; valorização e reconhecimento do outro; produção coletiva; exercício de escolhas; tomada de decisões sobre a própria vida e do grupo; diálogo para a resolução de conflitos e divergências; reconhecimento de limites e possibilidades das situações vividas; experiências de escolha e decisão coletivas; experiências de aprendizado e ensino de igual para igual; experiências de reconhecimento e nominação de emoções nas situações vividas; experiências de reconhecimento e admiração das diferenças; entre outras (MDS, 2016 p. 20).

Os profissionais capacitados para implementar o PFF no DF, em sua grande maioria, os Educadores Sociais, ingressaram na Política de Assistência Social a partir de 2009, com a finalidade de executar o SCFV nos territórios, onde o intuito é realizar ações de caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (MDS, 2013). No entanto, não havia, nesse primeiro momento, clareza em como executar tais ações, de modo a percorrer os eixos norteadores e garantir o alcance dos objetivos propostos ao SCFV. O SUAS acabava de nascer, e encontrava-se em processo de estruturação e afirmação como Política Pública. Os trabalhadores, de um modo geral, careciam de ferramentas que favorecessem a implementação e consolidação exitosa do que estava preconizado nos documentos orientadores (ainda em fase de elaboração) dos Serviços.

A execução do SCFV foi, então, se constituindo de forma intuitiva e os Educadores Sociais foram estruturando as ações num processo de tentativas, permeadas por erros e acertos, sujeitos à validação dos gestores, dos demais profissionais e dos usuários. Nessa perspectiva, foram desenvolvidos projetos voltados aos vários ciclos geracionais, ainda de forma pouco contextualizada, à questão das vulnerabilidades apresentadas pelos participantes e sem contemplar a sua integralidade como ser social, que vive em comunidade e que transita em vários espaços de trocas sociais, a começar pela família. Ainda não estava claro

que o trabalho no SCFV deveria ocorrer de forma articulada e complementar ao trabalho de acompanhamento familiar realizado nos CRAS, com o intuito de, nos termos da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, "promover o atendimento das famílias dos usuários desses serviços, garantindo a matricialidade sociofamiliar da política de assistência social" (MDS, 2014, p. 16).

Entretanto, a convivência diária dos Educadores Sociais, com as crianças e jovens nos CECON, demonstrava que não bastavam ações voltadas para o desenvolvimento individual de habilidades de vida e apontava para a necessidade de maior integração deste trabalho entre as crianças e jovens, seus familiares e sua comunidade. A situação apresentada conduzia para a urgente necessidade da melhor estruturação do Serviço e a apreensão de ferramentas que pudessem favorecer a sua execução, de modo a estar, cada vez mais, em consonância com as orientações técnicas e, ao mesmo tempo, se aproximar, mais e mais, das necessidades dos usuários. Em meio a esse contexto, em 2013, a SEDESTMIDH recebe, do Ministério da Saúde, a proposta de implementar em formato pré-piloto, o PFF no DF.

Atores sociais do SCFV do DF e suas experiências com o PFF

A partir daqui, apresentaremos a experiência de profissionais que, desde o início, abraçaram essa proposta e encontram-se envolvidas com o PFF, em suas diversas fases de implementação no Brasil. Sua participação, nos mais diversos segmentos, desde a seleção das famílias e execução dos primeiros grupos, passando pela revisão dos materiais e adaptação cultural até a formação de novos facilitadores, tem o intuito de demonstrar o quão diversa e rica tem sido a experiência do PFF no Distrito Federal. São múltiplos olhares e impressões na aplicação desse programa de prevenção nas vidas de quem dele participa, seja como usuário, profissional, ou um pouco dos dois.

Os relatos a seguir são de cinco profissionais que atuaram diretamente com o PFF, quatro deles são Especialistas em Assistência Social, educadoras sociais dos SUAS, sendo que duas atuaram como facilitadoras do grupo de pais/responsáveis e as outras duas como facilitadora do grupo de adolescentes. E o relato de um pai que participou com sua família na fase pré-piloto, como família que recebeu o

programa, e que, posteriormente, formou-se facilitador de grupo e atuou com o PFF conduzindo grupo de pais/responsáveis em um dos CECON da SEDESTMIDH.

Relato I: Educadora Social do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV / SEDESTMIDH - Centro de Convivência de Sobradinho

Estava lotada no Centro de Convivência de Sobradinho à época de execução do pré-piloto, em 2013 e pude acompanhar toda a movimentação em torno da implementação do Programa Famílias Fortes. Não me recordo mais a razão, mas não pude participar da primeira formação de facilitadores, que contou com a honrosa presença dos desenvolvedores do SFP –UK. Entretanto, desde os primeiros momentos, algo já me instigou a respeito do PFF. Era a primeira vez, em quatro anos de trabalho, que víamos os Educadores Sociais saírem por uma semana de seus postos, para fazer uma formação especificamente destinada à aplicação prática de uma metodologia, que parecia ter alguma consonância com aquilo que começávamos a vislumbrar como sendo o SCFV - um trabalho pautado na prevenção de situações que exponham famílias e indivíduos ao risco social e consequente violação de direitos. Em seguida, pude acompanhar minhas colegas retornarem da formação, extremamente motivadas em aplicar a novidade.

O pré-piloto se estruturou de modo que as primeiras famílias fossem acompanhadas pelo grupo de novos facilitadores, que se constituía por profissionais do Ministério da Saúde, em parceria com alguns trabalhadores do SUAS no DF. Como curiosa que sou, logo me aproximei da estrutura do PFF. Estava sempre por ali, nos horários de planejamento, ajudando a organizar o material dos encontros e aproveitando para dar uma folheada nos impressos. O pré piloto aconteceu e eu fiquei espiando pelas frestas… percebi que se tratava de algo que parecia funcionar, que parecia alcançar resultados. Trazer as famílias para dentro do Centro de Convivência, ter a oportunidade de nos aproximar delas, para tratar de temáticas tão relevantes em seu cotidiano, oferecendo estratégias para que pudessem abordar essas temáticas de forma mais didática e proveitosa, era algo maravilhoso!

Há tempos havíamos percebido a necessidade desse trabalho integral, com todos os membros da família, para que os resultados das nossas intervenções

com os jovens pudessem reverberar em todos os seus espaços de convivência. Até então, era nítida a vinculação dos jovens com o serviço e com os profissionais que nele atuam. No espaço intramuros conseguíamos realizar coisas e obter resultados positivos, mas não ia muito além disso. Ao final do dia, os jovens voltavam para as mazelas do seu território e a influência delas sobre suas vidas era preponderante. Já sabíamos que nos aproximar das famílias e do território era urgente! Mesmo porque, a esta altura, já estava claro para todos que o nosso trabalho tinha como principal finalidade complementar o PAIF realizado no CRAS ao que o SCFV está referenciado. Entretanto, não sabíamos muito como fazer isso, e as nossas ações se resumiam a festejos, reuniões e palestras, onde obtínhamos pouca adesão e participação dos familiares e poucas respostas positivas a médio e longo prazo.

Participar de uma formação tão sofisticada! Entrar em contato com uma metodologia estrangeira, que já vinha sendo exitosamente desenvolvida em diversas partes do mundo e acabava de chegar ao Brasil. Atuar no primeiro ente federado a aplicar esta metodologia com o público a quem ela se destina! Era algo extremamente motivador do ponto de vista profissional, sobretudo quando se trabalha com pessoas em vulnerabilidade social, e se acredita no poder transformador das relações e ações de prevenção na vida delas. Fiquei à espreita, aguardando a minha oportunidade de me integrar a esse processo de forma mais direta.

Em 2014, iniciou-se a fase Piloto do PFF. Fiz a formação de Facilitadora e mantive vivo o meu desejo em praticar essa experiência com as famílias do Centro de Convivência de Sobradinho, meio que numa de 'vamos ver no que vai dar!'

Logo em seguida partimos para a prática! Me instigava a possibilidade de trabalhar com uma metodologia pronta, estruturada, com número pré estabelecido de encontros e participantes, um material formatado, que delimitava o tempo, mas que propunha exatamente o que eu vinha buscando na execução do meu serviço: trabalhar com as famílias e não somente com os jovens! Me motivou perceber se tratar de uma abordagem que favorece a prevenção de situações de risco social, a partir do fortalecimento dos vínculos familiares, tratando de temáticas atinentes ao cotidiano dessas famílias - no caso do PFF, aquisição de habilidades de vida, sociais e parentais, para a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, por parte dos jovens.

O primeiro passo era a seleção das famílias. Essa tarefa não seria muito simples, em virtude do distanciamento entre alguns critérios do programa, que

delimitavam o público-alvo como sendo composto por famílias onde não houvesse o uso abusivo de substâncias por nenhum de seus membros, nem o rompimento dos vínculos - na fase da adaptação cultural tais critérios foram revistos - e são essas as famílias que costumeiramente são público da assistência. Na maioria das vezes, mesmo que os jovens selecionados não fizessem o uso de álcool e outras drogas, era sabido que tais substâncias permeiam seu cotidiano, em virtude de sua proximidade territorial com o tráfico de drogas, a existência de muitos bares em volta de suas residências e o consumo livre de bebida alcoólica e drogas como maconha por amigos, vizinhos e até mesmo familiares. Fizemos uma pré-seleção de 12 (doze) famílias, as quais fizemos contato telefônico explicando um pouco sobre o programa e perguntando se havia interesse em participar.

Boa parte das famílias contatadas já tinha alguma informação, ao menos ouvido falar do PFF, pelas famílias que haviam participado da edição anterior e, em virtude disso não encontramos dificuldade ou resistência ao convite. Oito famílias, que somavam um total de 14 (quatorze) jovens, aceitaram participar do primeiro encontro, que nós denominamos de Encontro Zero, onde daríamos as boas vindas, as primeiras explicações sobre o programa, além de aplicar o pré-teste.

Às vésperas do encontro zero, encaminhamos para as famílias um convite, confeccionado em papel colorido e brilhante, entregue enrolado como canudo e amarrado com um laço colorido, com os seguintes dizeres: "Parabéns! Esta família foi selecionada para participar do Programa Famílias Fortes! Será um privilégio contar com a sua presença!" Juntamente encaminhamos uma pasta com alguns informes sobre datas, horários dos encontros, entre outros. A entrega desses convites no final do turno no Centro de Convivência, por si só já causou burburinho. As crianças que receberam se sentiram importantes e as outras vinham até nós falando que também queriam, do que se tratava, porque não haviam recebido. Aproveitamos a oportunidade para ressaltar que estar no do PFF era um privilégio, mas que todos, a seu tempo, poderiam ter a sua oportunidade. Foi uma estratégia que adotamos, e que deu certo, para enfatizar o quão importante era participar do PFF.

O Encontro Zero foi muito rico como primeiro contato de todos com o PFF. Além dos informes e preenchimento do pré-teste, fizemos a confecção de crachás. Cada participante deveria confeccionar o crachá de um outro membro da própria

família, onde além do nome, deveriam escrever no verso uma dedicatória ao dono do crachá. Em seguida, fizemos uma grande roda, onde dançamos ciranda ao som da música "A Grande Família" e, ao final, cada um deveria se dirigir ao dono do crachá, colocá-lo no pescoço da pessoa e dar-lhe um abraço. Todos confeccionaram os crachás com muita delicadeza e carinho, participaram alegremente da atividade e foram embora muito motivados com o que estava por vir.

A partir do Encontro Zero, os encontros foram acontecendo com este grupo de famílias, por mais sete semanas consecutivas, seguindo a programação estruturada e progressiva do PFF, favorecendo a aquisição das habilidades previstas. Os responsáveis aprendiam sobre como são os jovens entre 10 e 14 anos, como estabelecer regras, limites e aplicar consequências adequadas aos maus e bons comportamentos dos filhos, como resolver os problemas com os jovens, expressando seus sentimentos diante de diferentes situações, melhorando a fluidez na comunicação, e sobre como demonstrar amor e dar apoio aos filhos. Os jovens aprendiam estratégias para lidar com as frustrações, como resistir à pressão dos amigos, a respeitar os pais e responsáveis e como estabelecer um bom relacionamento com outras pessoas. As famílias tinham a oportunidade de se divertir com jogos e atividades, de conhecer melhor uns aos outros, seus sonhos e planos, identificar as qualidades dos outros membros, dialogar sobre o que fortalece a família e aprender a resolver problemas juntos.

Ao longo dos encontros era evidente a aquisição, por parte de todos, de habilidades relacionais, que favoreciam o fortalecimento dos vínculos e reforçava o caráter protetivo das famílias. Tornava-se muito gratificante, para mim, na posição de facilitadora, perceber que tínhamos a nosso dispor uma ferramenta capaz de instrumentalizar os participantes com um repertório de estratégias palpáveis para a prevenção de situações de vulnerabilidades a que estavam sujeitos. Até o Encontro 6, não entrávamos especificamente na temática "Álcool e outras drogas", mas o aspecto da prevenção se colocava de forma central, na medida em que, através da ludicidade, a afetividade, o respeito, a proteção, os valores, as regras, o diálogo, eram apreendidos pelas famílias.

Das oito famílias selecionadas e presentes no primeiro encontro, seis seguiram conosco até o final. Chamou atenção que uma das famílias que desistiu era exatamente a única que contava com o pai como responsável por dois jovens,

as demais eram compostas por mães\madrasta\irmã e seus filhos. Foi nítido o constrangimento desse pai em ser o único adulto do sexo masculino e já, a partir do segundo encontro, essa família não compareceu mais, apesar da nossa insistência e constantes ligações. Interessante registrar que esse mesmo pai, no ano seguinte, estava com uma companheira e nos procurou perguntando se os filhos poderiam participar com a madrasta, sendo ela a responsável pelos jovens. Isso denota a compreensão que as famílias têm da necessidade em participar de um programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, com seus filhos. Entretanto, infelizmente, também reforça a condição cultural de que cabe apenas à mulher este papel de cuidadora. As famílias, em geral, acabam prescindindo da figura masculina como aquele que cuida e que participa da formação dos valores. No caso das famílias acompanhadas pela política de Assistência Social, isso se agrava, uma vez que boa parte delas é constituída pela mãe e seus filhos e a figura paterna muitas vezes não está presente. Lamentável perceber que tais aspectos são tão arraigados à nossa cultura, a ponto de fazer que um pai, como o do exemplo acima, sinta-se constrangido em assumir o papel de cuidador e formador.

Ao longo dos sete encontros em que apliquei o PFF no Centro de Convivência de Sobradinho, fui identificando quais eram as principais dificuldades e entraves para a sua execução: negociações em relação à flexibilização dos horários, uma vez que a disponibilidade das famílias era à noite, fora do horário de expediente da unidade; falta de horário, dentro do expediente, para planejamento e preparação dos materiais necessários a cada encontro; ausência de recursos para aquisição de alguns materiais importantíssimos para a fluidez do processo, como brindes, jogos, entre outros; manejo adequado do tempo, de modo a cumprir as tarefas previstas e não haver desencontros entre o grupo de responsáveis e o de jovens, com vistas a não comprometer o tempo do encontro de família - esta dificuldade foi sendo dirimida à medida que houve a apropriação das facilitadoras quanto à proposta do material.

Entretanto, tais dificuldades tornaram-se pequenas frente aos resultados alcançados. Podia perceber, à medida em que os encontros aconteciam, a transformação gradativa no comportamento dos participantes. As responsáveis mostravam-se cada vez mais seguras em relação à educação de seus filhos e, a cada semana, voltavam satisfeitas em relatar os progressos conseguidos em

casa, nos comportamentos e atitudes dos jovens, que estavam respeitando mais as regras e cumprindo as tarefas. Os jovens também relatavam a felicidade em poder ser ouvidos e ter suas necessidades colocadas como pauta da família. Nos encontros de família, podia perceber que jovens e responsáveis estavam cada vez mais próximos e demonstravam afeto com mais facilidade. Uma mãe relatou que pela primeira vez conseguira dizer que amava as filhas. Uma outra disse que tinha ficado mais fácil abraçar os filhos. Por mais de uma vez, as responsáveis relataram a melhora no rendimento escolar dos filhos. Como educadora social, que tinha contato diário com os jovens, pude também perceber uma sensível melhora nos seus comportamentos no Centro de Convivência. Mostravam-se mais próximos, afetuosos e confiantes. Não se envolviam mais em brigas com os colegas e, muitas vezes, ajudavam a solucionar problemas de relacionamento entre seus pares. Em uma ocasião, uma das jovens teve orgulho em relatar, na hora da acolhida, como havia conseguido resistir à pressão de alguns amigos na escola.

Havia tanta alegria naquele grupo, o entrosamento entre as famílias e as facilitadoras era tal, os vínculos estavam tão fortalecidos, que resolvemos realizar um passeio e uma festa de encerramento. Ao final, acabamos realizando, com muita alegria, dez encontros e não apenas os sete previstos pelo programa. Conseguimos um patrocínio e, na noite do encerramento, preparamos uma solenidade, com entrega de certificados emoldurados, jantar e brindes para todas as famílias. Tive o prazer de bordar uma toalha para cada família, com o seu sobrenome.

Dois fatos chamaram muita atenção neste dia. Uma das famílias havia apresentado como sendo um problema da família, assunto que tratamos no encontro três de família, a necessidade do pai de participar mais dos momentos de família. A mãe relatava que sempre o acompanhava em seus programas, na casa de amigos e que ele nunca gostava de acompanhá-la. Ela gostaria muito que ele fosse à igreja com ela, por exemplo. A filha disse que gostaria que ele participasse mais, fosse às festividades da escola e do Centro de Convivência. Na noite do encerramento ele compareceu e estavam todos muito felizes com a sua presença. A mãe relatou que havia duas semanas que ele as acompanhava à igreja.

Em uma outra família, somente os filhos compareceram na noite da formatura. A madrasta, que foi aos encontros como responsável, estava grávida e dera à luz naquela semana. O pai, que os filhos descreviam como muito severo, não

compareceu. Fato é que os jovens foram presenteados com uma bola de futebol, mas não quiseram recebê-la. Disseram que o pai não autorizava que tivessem bola em casa. Foi uma pena olhar para aquelas carinhas de decepção. Sugeri que eles conversassem com o pai e pedissem que ele os autorizasse a levar a bola para casa. Disse que guardaria a bola para eles até obterem a resposta. Qual não foi a nossa surpresa no início da semana seguinte? Os meninos vieram até mim, super felizes e sorridentes, dizendo que o pai havia autorizado que levassem a bola para casa, mas que só estava autorizando porque o comportamento deles havia melhorado muito a partir da participação no PFF.

O relato desses dois episódios, reforça a ideia anteriormente apresentada, do fato da responsabilidade aos cuidados ser sempre relegada às mulheres. A presença e participação da figura paterna nos momentos das vidas de seus filhos ainda é uma questão a ser debatida e melhorada. No caso do PFF, há a previsão de participação de um responsável pelo jovem, podendo haver a participação dos dois – pai e mãe. Na minha experiência como facilitadora, infelizmente não tive a oportunidade de encontrar famílias onde houvesse a participação do pai ou qualquer outra figura masculina. Tampouco facilitei grupos onde mais de um responsável se fizesse presente durante o processo. Não posso afirmar que, para o PFF, especificamente, seja fundamental o engajamento dos pais e sua participação nos encontros. Mas posso dizer, a partir da minha vivência como educadora, que as famílias melhor estruturadas, onde pai e mãe dividem as responsabilidades de cuidar, em que pais frequentam os encontros, acompanham a rotina e o dia a dia de seus filhos têm crianças mais seguras e felizes, jovens mais respeitosos e pacíficos.

Enfim, participar da fase piloto de implementação do PFF no Brasil, no ano de 2014, como Facilitadora de Grupo, pode ser considerada umas das experiências mais enriquecedoras e apaixonantes que vivera na execução do SCFV, desde o meu ingresso em 2009. Ampliou a minha forma de perceber o serviço, à medida que eu compreendia que trabalhar com uma metodologia estruturada, com temas e recursos predeterminados, apresentava-se como uma excelente estratégia para conduzir nossos usuários na aquisição das habilidades previstas nos documentos que balizam a sua oferta, na estrutura da política de assistência social. O PFF tornou-se um divisor de águas na minha prática no SCFV, me motivando a aprofundar meus conhecimentos e fazendo-me sentir capaz, até

mesmo, de criar novas estratégias de atendimento, orientando-me pelas premissas de estruturação, com temas e objetivos bem definidos e contextualizados, número preestabelecido de encontros, com vistas a realizar percursos com início, meio e fim, onde determinadas aquisições pudessem ser asseguradas aos participantes.

A partir de 2014, me vinculei mais e mais ao PFF. Participei ativamente dos processos de revisão e adaptação cultural do DVD e dos manuais. Oportunidade muito rica de diálogo com os consultores do Ministério da Saúde e os pesquisadores da UnB, além de muitas trocas com facilitadores de outros estados. Nos anos de 2015 e 2016, atuei como Facilitadora de grupos no Centro de Convivência de Sobradinho e no CRAS da Fercal. Recebi formação do Ministério da Saúde e me tornei Multiplicadora Local - esta terminologia seria posteriormente substituída por Formadora Local. Processo de extrema relevância para a ampliação do programa no DF. Muito entusiasmante ver o brilho nos olhos dos profissionais ao entrar em contato com tão maravilhosa ferramenta no trabalho da prevenção.

Em 2015, compus o primeiro grupo de facilitadores a realizar os encontros de acompanhamento no Brasil, realizando os quatro encontros com as famílias que participaram do pré-piloto (2013) e do piloto (2014), no Centro de Convivência de Sobradinho. Foi muito prazeroso experienciar este momento de reencontrar as famílias e rever com elas os conteúdos do programa, avaliando se as ferramentas continuavam sendo aplicadas, quais destas vinham dando certo, quais precisavam ser retomadas e, sobretudo, se as habilidades adquiridas continuavam impactando em seu cotidiano familiar. A esse respeito, prefiro deixar como avaliação, os depoimentos coletados com os participantes:

> L. (filho, 15 anos): *O que melhorou com o programa é que agora a mãe não bate mais.*
>
> L. (mãe): *O melhor de tudo é que aprendi a controlar a raiva. Na hora que fico muito nervosa, agora eu canto… canto pra tudo… até pro meu marido quando ele me faz raiva… (risos) ele tá até achando que eu tô ficando maluca...*
>
> E. (filha, 14 anos): *Mudou a forma de conversar, de se expressar, de ouvir o outro, mudou muita coisa, ajudou bastante. Tudo ficou muito melhor, a convivência em casa, a gente escuta um ao outro, a gente conversa ao invés de brigar, temos mais diálogo diariamente.*
>
> M. (mãe): *Antes do programa a minha estrutura familiar não era a que temos hoje. É um programa que vem para fortalecer, para ajudar, para compartilhar os conhecimentos com os pais... Antes a gente não brincava em casa… Agora ele me atende mais. Eu sempre lembro: o que a gente aprendeu no PFF?... Ele entende bem quando eu digo a frase do EU… Em casa a gente fez o quadro e guarda todos os recadinhos… Foi ótimo e quantas vezes tiver e a gente for convidado a gente quer participar.*

Relato II: Educadora Social do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV / SEDESTMIDH - Centro de Convivência do Paranoá

Em um leque de oportunidades, em 2013, fui convidada pelo gestor do CECON do Paranoá para participar da primeira capacitação do Programa PFF. Olhei a proposta e me senti instigada, pois sentia necessidade de ferramentas novas de trabalho. Me atraía o fato de ser uma abordagem que envolvia a família e não apenas o jovem. Como Educadora Social, eu via a carência de recursos para trabalhar a família e sentia falta de ferramentas como essas. Por vezes, os responsáveis nos pediam ajuda para dialogar e ter um relacionamento melhor com os filhos e essa necessidade por parte dos pais se acentuava na fase da adolescência. Fazíamos intervenções junto às famílias mas ainda não era o suficiente pois esse movimento era frequente.

A vontade de implementar o programa foi ratificada principalmente, por se tratar de um programa preventivo e de fortalecimento de vínculo familiar. Esses elementos dão sentido ao nosso fazer como educador social pois coadunam com uma das diretrizes da política de Assistência Social (SUAS), que buscam fortalecer a função protetiva das famílias.

Nos deparamos com desafios na implementação do programa e um dos mais relevantes foi conseguir a adesão dos responsáveis em virtude dos seus horários de trabalho. No processo de seleção das famílias, por vezes não

conseguíamos a confirmação da participação em virtude desta incompatibilidade. Apesar disso, para aquelas famílias que participavam dos sete encontros do programa, identificávamos avanços na condução das ferramentas e habilidades apresentadas no programa.

Vale ressaltar que, no projeto-piloto, em 2013, constatamos a dificuldade que os pais tiveram em escrever, organizar e verbalizar suas ideias e realizar algumas atividades do programa, mas esse fator foi melhorado, a partir de 2014, com a adaptação cultural realizada no programa, em especial no que tange ao material.

Notava-se no olhar dos responsáveis e no comportamento dos jovens a mudança na vida da família participante. Os depoimentos de 2013 relatam isso

> Senhora J.Q.S., mãe de um jovem (11 anos), disse: *mudou muita coisa. Tô adorando. Na hora da janta aproveitamos para conversar. Coisa que não fazíamos antes. Isso é muito bom*

> Senhora G.D.S., mãe de um jovem (10 anos), que disse: *estamos gostando muito. Estamos saindo juntas mais vezes.*

Tanto os pais como os jovens praticavam a empatia ao se colocar no lugar um do outro. Isso melhorou a relação familiar. Os responsáveis exercitavam o amor e limites ao conversar com os filhos e conseguiam que algo fosse realizado sem precisar bater no filho. Os jovens ajudavam mais nas tarefas de casa, entre outros resultados. Uma outra ferramenta utilizada pelos membros da família foi o elogio. Observei que, muitos componentes da família tinham dificuldades de elogiar uns aos outros.

Uma experiência vivida em 2013 na facilitação do grupo foi que, no início do encontro 4, os pais/responsáveis sentiram dificuldade de administrar as consequências para pequenos e grandes maus comportamentos. Acredito que esse encontro foi relevante para que eles percebessem quando aplicar uma consequência pequena e uma consequência grande de acordo com a o mau comportamento. Inclusive a Senhora F. S. O., mãe de dois jovens (10 e 11 anos), fez um relato no encontro anterior que achava que tinha exagerado na consequência do filho mais velho, apesar de que após a consequência, ela agiu com amor, pois o abraçou.

E ao final do encontro 4 ela disse que ia rever suas ações na hora de aplicar as consequências. Esse momento foi positivo para as famílias, pois contribuiu para que os pais/responsáveis repensassem suas ações junto aos filhos.

O tema do encontro 6 foi pertinente, visto que os pais acreditam ser importante proteger os filhos contra o abuso de substâncias, mas a maioria tinha dificuldades de manterem seus filhos longe do uso do álcool, cigarro e outras drogas. Por vezes, não sabem abordar o tema com os filhos sem provocar um afastamento entre ambos, ou ainda, sem fazer com que a relação de confiança deles seja quebrada. Abordar temas difíceis na família sem julgar, é outra ferramenta trabalhada no programa.

Uma das experiências que mais me marcou foi o caso de um jovem de 11 anos do Paranoá que foi impactado positivamente depois da participação do Programa em 2013. O divisor de águas foi quando conseguimos a adesão do pai dele em alguns encontros. Mesmo depois de um tempo notamos que isso persistiu. Passou a ser mais cooperativo nas atividades realizadas no CECON. Exerceu a liderança junto às atividades coletivas e em casa melhorou a relação principalmente, com a mãe. A senhora R.F.S., mãe desse jovem, disse à época: *eu estou adorando e meu filho também. Meu filho fica mais feliz quando o pai dele participa.*

Ainda hoje o impacto desse programa reverbera na minha prática profissional e no meu agir como pessoa assertiva que tento ser. As habilidades elucidadas e trabalhadas contribuíram para o meu crescimento.

Há 8 anos trabalho como Especialista em Assistência Social e atuo junto às famílias do Centro de Convivência como Educadora Social. Nosso maior desejo, meu e de meus colegas de trabalho, é impactar positivamente nas famílias com as quais trabalhamos por meio do fortalecimento de vínculos, mas notamos que ainda não conseguimos alcançar, de modo eficaz, esse objetivo. São várias as questões que, por vezes, limitam nossas ações e intentos. Quando eu conheci a proposta do PFF, foi como se uma luz no final do túnel tivesse sinalizado. A proposta desse programa realmente trabalha a família como um todo e não apenas o filho (adolescente/jovem). O programa estimula e encoraja a mudança de comportamento. Trabalha a relação entre os componentes familiares de modo a aproximar e/ou estreitar os laços. Fiquei empolgada e interessada em poder agregar experiências nesse âmbito de atuação e, pude verificar que, mesmo depois de um

tempo de aplicação do programa junto às famílias, observo que determinados comportamentos e habilidades ainda se mantém devido à influência do programa.

Acredito na exequibilidade desse projeto e no quanto as famílias podem ser impactadas positivamente com a realização das suas ações, visto que sua estratégia é preventiva.

A maioria das famílias que atendemos estão inseridas em um contexto no qual o relacionamento entre os membros é quase inexistente. Os filhos não têm ou veem os pais como referência. Os filhos, na maioria dos casos, não sabem mensurar a consequência e o limite de suas ações, entre outros. Isso reflete o quanto os pais também não tiveram essas noções e muitas vezes não sabem dosar a relação de amor e limites, por também viverem uma realidade semelhante com seus pais. E acaba por se tornar um círculo vicioso de reprodução de experiências negativas e/ou malsucedidas entre as gerações.

Esse fato, mostra o quanto esses membros estão inseridos em um lar com bases frágeis e que em muitas situações o pai/responsável (quando existe essa figura familiar) já não sabe o que fazer e como fazer para "educar" (valor, princípios, moral) os filhos, visto que estes não veem mais os pais como referência. Daí a importância do PFF na vida dessas famílias.

Relato III: Educadora Social do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV / SEDESTMIDH - Centro de Convivência de Sobradinho

Antes do conhecimento do Programa Famílias Fortes eu já vinha questionando o trabalho com famílias a ser realizado no Centro de Convivência. Tal reflexão se dava, pois as ações eram desenvolvidas apenas com as crianças e adolescentes, não havia um envolvimento efetivo da família. Desta forma, as atividades propostas não promoviam de modo eficaz, nenhum tipo de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, que é a essência do nosso serviço.

Entendemos que o trabalho do Centro de Convivência se torna bastante eficaz quando a família faz parte do processo - como acontece no PFF - pois a metodologia faz com que os pais aprendam junto com o jovem todos os temas que são abordados pelo Programa.

Logo após a formação me senti apta a aplicar o PFF, porque reconheci a proposta como transformadora para as famílias envolvidas nas atividades. Um fator primordial para o alcance dos objetivos é a forma como os temas são abordados. Eu, como tenho formação em Artes Cênicas, me senti mais à vontade em trabalhar com os jovens, já que algumas atividades e jogos são bastante familiares por conta da minha experiência com oficinas de teatro. Para melhor envolvimento e apreensão dos adolescentes é necessária a implementação de jogos e o uso da criatividade. Dessa forma, os meninos e meninas têm contato com os temas numa perspectiva lúdica e a assimilação se torna mais exitosa.

Um dos principais desafios é a adesão das famílias convidadas. Infelizmente, boa parte do público ainda não reconhece a necessidade de se instrumentalizar para resolução dos conflitos que acontecem na rotina das famílias. Outra questão é coincidir a agenda dos participantes com a disponibilidade do servidor para a aplicação do Programa, já que, muitas vezes, não é possível ser executado em horário comercial por conta do trabalho dos pais e/ou responsáveis.

Os Educadores, geralmente, fazem um evento para convidar as famílias. Nesse evento são abordados os temas e os objetivos do Programa. Com a experiência, constatou-se que os jovens que participaram do PFF mudaram completamente de comportamento tornando-se mais atenciosos porque estabeleceu-se um vínculo afetivo com o CECON. Em relação aos pais, percebeu-se uma maior aproximação com o Serviço de Convivência e o nosso trabalho passou a ter maior credibilidade na medida em que nos tornamos um espaço de verdadeiro apoio e diálogo para o pais e/ou responsáveis.

Esse tipo de ferramenta faz com que o servidor se sinta produtivo já que os resultados são obtidos a curto prazo e as próprias famílias, uma vez que aderem o Programa, reconhecem a eficácia do trabalho.

Relato IV: Educadora Social do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV / SEDESTMIDH - Centro de Convivência do Paranoá

O programa Famílias Fortes (PFF) foi de grande importância para mim. Sentia a necessidade de capacitação que realmente funcionasse. Fiquei sabendo

que era um programa já implementado na Inglaterra e que foi um sucesso enorme. Fiquei muito curiosa para saber do que se tratava. Sinto que precisamos de mais capacitações como essas para trabalhar com nossas famílias tão sofridas.

Achei a iniciativa extremamente didática. Lembro-me que, durante a formação, aplicava o programa em casa para meus enteados, com bons resultados. Realmente o programa funciona. Fiquei entusiasmada para aplicá-lo no Centro de Convivência do Paranoá. Tivemos alguns desafios. Primeiro, a reunião das famílias. Convencê-las que seria algo efetivo e com consequências práticas e positivas. Depois foi necessário adequar um dia da semana e horário que fossem compatíveis para todos. Houve, ainda, a natural insegurança de se aplicar uma metodologia nova e de origem estrangeira na nossa realidade.

Mas os resultados foram muito positivos. Fico animada com as conquistas que obtivemos junto às famílias que participaram do programa. Vejo que se tornaram mais integradas e fortes. Isso demonstra o quanto o programa funciona. Não senti dificuldade na aplicação da metodologia. Tudo é muito bem explicado. Hoje aplico os conhecimentos adquiridos nos meus grupos de trabalho na minha unidade. Senti que, na conclusão do programa, as relações entre responsáveis e filhos estavam muito mais próximas. Tive experiências incríveis. Presenciei uma mãe falando pela primeira vez que amava o filho, um pai chorando e dizendo que não espancava mais o filho e que aprendeu que pode resolver o problema dialogando. Quase todos os adolescentes que participaram do programa frequentavam o Centro de Convivência onde trabalho. Pude ver a transformação que provocou no dia-a-dia de suas vidas. Jovens mais serenos e seguros. Vi que a maioria das famílias continuou a aplicar a metodologia do programa. Claro que somente sete semanas não são suficientes para uma mudança total e efetiva de comportamento, mas, com certeza, é um importante começo.

Essa experiência enriqueceu muito a minha vida profissional. Apliquei o programa duas vezes na minha unidade e ministrei o curso de formação, também duas vezes, em conjunto com a Secretaria de Assistência Social e os profissionais da área da Saúde. Em cada aplicação aprendo mais. Vivo novas experiências e desafios, porque cada grupo é muito diferente. Vivi uma explosão de emoções escutando e vivenciando histórias de vida tão intensas. Realidade que, às vezes, achamos que não seria possível de existir. Creio que essas vivências me ajudaram bastante na minha

vida pessoal. Aprendi a administrar conflitos na minha própria família. Sou muito grata pela experiência e espero que haja continuidade nesta importante iniciativa.

Relato V: Pai que participou de um grupo do PFF em 2013 (pré-piloto) com sua família numa unidade do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), formou-se em 2014 como facilitador do PFF e em 2015 atuou voluntariamente num grupo no CECON Divinéia (na região administrativa do Núcleo Bandeirante).

Minha história com o Programa Famílias Fortes (PFF) inicia em 2013, quando participei do pré-piloto do programa, com minha esposa e nossa família. No ano seguinte, na fase do piloto, me formei para ser um facilitador do programa e atuei como facilitador do grupo de pais e responsáveis no Centro de Convivência Divinéia, fui voluntário, e conduzi o grupo com os pais\responsáveis.

No pré-piloto, o grupo que participei foi no serviço social, numa unidade do CRAS. E no piloto foi no Centro de Convivência. O que eu pude perceber, dos profissionais, esta é uma visão pessoal, é que eles faziam a parte deles, mas percebi que nem todos. Percebi que uns tinham uma entrega maior, já outros faziam porque tinham que fazer, ou às vezes porque sentiam necessidade de que a família precisava, uma vez que eles trabalham mais tempo ali com aquele adolescente, eles conheciam mais da realidade daquele adolescente, e conheciam pouco da parte da família. Isto é, conheciam só a versão do adolescente e pouco da versão da família. Percebi em alguns momentos algum desconforto quando o grupo era em outro horário do que o que eles trabalham, ou a estrutura do local onde a gente estava não era muito boa, tínhamos que manejar situações quando o aparelho de DVD não funcionava direito, ou a TV que não funcionava, éramos nós facilitadores que tínhamos que resolver ali na hora. Eu creio que não era nada que pudesse comprometer o andamento do programa, mas percebi que tais situações causavam desconforto em alguns facilitadores.

O que me motivou a fazer a formação foram alguns resultados que obtive dentro da minha casa após termos participado do Programa Famílias Fortes, e pela constatação de que alguns critérios morais e éticos que eu tinha estavam certos, e que a partir da experiência com o programa, só vieram a reforçar estes critérios. Muitas vezes eu achava que eu estava sendo muito duro com meus filhos, principalmente

com minhas enteadas. O programa veio reforçar que não, que eu não estava sendo duro, mas que eu estava realmente sendo preocupado com a formação deles, muito preocupado porque eles vinham de uma área de risco. Eles moravam numa área de favela e a mais velha que veio para cá (morar na minha casa e da minha esposa) já tinha um envolvimento com traficante. Ela não traficava, mas ela já tinha algum envolvimento com ele, já conhecia algum esquema com relação às drogas. Então, foi o que mais me motivou, porque quando eu comecei o programa com eles, eu vi que eles perceberam que aquela situação era uma preocupação minha, e não que eu estava sendo carrasco ou autoritário. E sim que eu queria uma forma de dialogar com eles e me preocupava com o bem-estar deles.

Os desafios e as conquistas em trabalhar com o programa, tanto quanto pai, como facilitador, eu tive uma dificuldade em assimilar o programa, em aplicá-lo em casa e ver o resultado, porque no meu caso, o resultado não vinha imediato, o resultado vinha lá na frente. Mas quando a gente via o resultado e lembrava da lição que foi dada, daí fechava todo o ciclo. O desafio era não perder o fio da meada. Esse era o maior desafio, como pai, isso em casa. E adaptar, porque às vezes a gente tem que adaptar alguma coisa a nossa realidade, sem fugir da essência do programa. O maior benefício que eu tive foi ver que o programa, ao passar do tempo, ele estava se tornando automático, natural, ele vai ficando natural em nossa residência. E como facilitador do programa eu também via esta questão. A minha maior preocupação, meu maior desafio, foi fazer com que algumas famílias não perdessem o fio da meada, mesmo quando eles não conseguiam fazer aquela tarefa na semana (durante as 7 semanas da aplicação do programa, há uma "lição de casa" que os responsáveis precisam fazer). Eu ficava muito preocupado com aquilo porque uma semana que deixa de fazer, ele pode perder aquela questão toda, e aquilo pode ser muito importante para aquela família. Esse era o meu maior desafio com as famílias. Tanto é que, em um momento, eu estava achando muito pouco, eu precisava conhecer um pouco mais das famílias. E resolvi fazer visitas. Fiz visita às famílias que a gente estava trabalhando. Tive com os pais, fui visitar, fui ver um pouco da realidade de cada um. E vi que é muito proveitoso e que vale a pena a gente tentar entrar em contato com a realidade de cada um, sei também que dá trabalho, despende tempo, e sei que muitas vezes os facilitadores não têm esta disponibilidade de tempo, mas para mim e para as famílias valeu muito a pena.

O que mais me chamou atenção no programa e eu quis implantar em casa, foram algumas coisas que eu realmente não fazia menção do quanto seria importante, como algumas frases de efeito. É um exercício em que eu tenho que deixar bem claro o sentimento que eu fico quando o jovem faz uma ação, exemplo: "Eu fico triste quando você responde mal a sua mãe, porque sua mãe não merece isso. Já passou por tantas dificuldades e eu gostaria que você falasse de uma maneira melhor com ela". Aprendemos em um dos encontros do PFF, a como elaborar frases para dizer o que queremos de forma assertiva, é o que chamo de 'frases de efeito'. Eu realmente utilizei em casa e percebi que muitas vezes eu passava por cima daquilo que eu sentia. E agora não, agora eu deixo bem claro o meu sentimento para com eles, como por exemplo, quando tem uma situação que eu fico triste com eles, utilizo a frase de efeito, e eu vejo que quando eles estão tristes, ou quando eu faço alguma coisa que eles não gostam, e eles usam esse modo de falar também, ou seja, é recíproco isso, eles também falam e expressam o sentimento deles.

Mais um ponto positivo que o PFF trouxe para nossa relação familiar foi a questão de pertencimento, passar poder, deixar eles se envolverem nas questões da família, chamar para ter conversa, chamar para planejar, vamos supor, ver a parte financeira para fazer um passeio, para que eles participem, para que eles vejam, para que eles tenham noção, às vezes até da dificuldade ou de como é fácil, e de quando se planeja as coisas acontecem. Esse tipo de coisa que eu não tinha, nem imaginava antes, passei a usar em casa. Dizer "eu te amo" também, eu tinha dificuldade em falar para meus filhos "eu te amo", procurar me colocar no lugar deles, procurar exercitar a empatia e tentar ver o ponto de vista do olhar deles, deles como adolescentes, e tentar entender um pouquinho esta questão, que o adolescente tem muito daquilo, de querer ser mas não é, e isso é um conflito muito grande dentro deles.

Os resultados que eu pude detectar nos adolescentes, nas famílias e nos responsáveis. Os adolescentes de cara não aceitam esta questão, eu estou falando como pai, eles acham que toda situação foi combinada antes, que é uma armação. Isso que pude detectar dentro de casa, em conversa com meus filhos. Eles acham que temos conversas antes com a equipe e é dessa forma, é tudo uma armação, foi tudo forjado. Como pai, eu fiquei muito otimista, só que as respostas dos

adolescentes demoram, elas não vem de imediato ali, pelo menos foi assim na minha casa. E, como pai, a gente é muito imediatista, e isso demora, esse período de adaptação, de implantação ele é angustiante às vezes, ele faz com que a gente abandone, se eu não tivesse verdadeiramente abraçado o programa, eu não sei, do fundo do meu coração, eu acho que eu teria lavado as mãos. Eu estou falando isso, porque como eu disse eu tive a oportunidade de acompanhar umas famílias, de ir até eles, de conversar com eles, de tomar um café com eles na casa deles. Eu tive contato com algumas famílias, algumas tenho contato até hoje, e vejo que o programa para eles não surtiu o efeito esperado, pelo fato de que eles não acreditaram no programa, essas questões eu pude identificar. Essas questões foram as que eu pude identificar em todo o programa, tanto quanto participante, como pai, como família participante do programa, como um facilitador do programa.

Na minha vida pessoal ter participado do Famílias Fortes com minha esposa e nossos filhos, melhorou bastante nossas relações. Eu pude trabalhar questões que surgiam em casa, de uma maneira tranquila, pois com o programa, eu vi que o modo que eu conversava com eles era adequado. Então, me afirmou o modo de lidar com eles. Eu pude mostrar para eles que o que eu fazia não era para o mal deles, e sim para que eles fossem pessoas melhores lá na frente, que eles fossem pessoas de bem, verdadeiramente de bem, pessoas comprometidas, pessoas que têm valores éticos e morais voltados para o bem. Eu ter visto que esse era um caminho de lidar com eles, fez com que melhorasse bastante nosso relacionamento. Claro, isso não evitou que nós tivéssemos alguns atritos mais para frente. Tivemos sim. Mas naquele momento foi de suma importância para minha vida pessoal, e para mim mesmo, porque eu olhando para dentro de mim, me tirou um peso, pois às vezes eu me questionava e me cobrava, "puxa vida, as meninas não são minhas filhas (são filhas da minha esposa), será que eu não estou puxando muito, será que eu não estou cobrando muito delas?" Esse pensamento vinha muitas vezes, e eu parava para pensar "realmente eu não devia estar fazendo isso ...". Mas, pelo contrário, eu ter percebido que eu estava no caminho certo para ter um bom diálogo com elas, mesmo nos momentos que eu precisava ser firme, dar limites, e claro que algumas vezes elas não gostavam. Mas vejo que o que eu pensava no sentido de eu ser uma figura masculina na casa, a figura do pai (mesmo não sendo pai delas), então eu tinha que exercer as atribuições do pai, mas deixando bem claro que eu nunca quis tomar o lugar do pai delas. Tanto é que eu até convidei ele

para vir aqui passar um final de semana com elas, até dormir aqui. Já fiz esta proposta para ele, mas a família atual dele não concorda com isso, tanto é que eu tinha esse relacionamento com a mãe dos meus filhos. Ela já veio aqui, passou o final de semana com eles, dormiu no quarto do meu filho, e isso foi tranquilo. Eu vi que foi muito bacana, foi saudável, o fato da gente não ser mais casal, não significava que a gente não pudesse ser amigo. Eu tenho minha atual esposa, ela tem suas filhas, vivemos juntos com eles. Para o meu lado pessoal, ter participado do programa Famílias Fortes, ter aprendido essas ferramentas de manejo com os meus filhos, filhas da minha esposa que moram com a gente e com nosso filho em comum, foi muito importante para eu ter a liberdade de exercer o amor e limites, de maneira saudável para todos.

O PFF como ferramenta do SUAS / SCFV

Observamos vários aspectos comuns nos relatos apresentados sobre as experiências com o Programa Famílias Fortes. Foram descritos os impactos do programa, no aspecto profissional, como em Educadoras Sociais / Facilitador de Grupo dos Centros de Convivência, nas suas vidas pessoais como pais, mães, tios, que aplicam as estratégias do programa em seus contextos particulares, nas relações entre os usuários e o SCFV, mas sobretudo, os impactos do PFF no âmbito intrafamiliar dos usuários participantes.

Podemos elencar uma série de aspectos comuns que permeiam os relatos de experiência. Note-se que todas as Educadoras Sociais apresentam a necessidade de que, no SCFV, ocorram intervenções preventivas, potencialmente efetivas, na família e não somente com os jovens, enfatizando suas forças, os fatores protetores e a resiliência. Elas apresentam como dificuldade o fato de que, os jovens até têm uma melhora nas atitudes a partir das intervenções do SCFV; no entanto, isso não reverbera em casa ou na comunidade, justamente pelo fato das famílias não estarem inseridas no processo. As técnicas do PFF chegaram para responder a tal demanda, na medida em que trazem todos os agentes para o espaço de discussão e construção e que enfatizam a melhora nas relações familiares e na comunicação, propondo mudanças nos níveis cognitivo, afetivo e comportamental de seus membros, por meio de um modelo colaborativo, onde as famílias são estimuladas a encontrar soluções para seus próprios problemas e refletir sobre seus relacionamentos (Murta et. al, 2018).

O caráter preventivo e proativo postulado pelo SCFV "pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais" (MDS, 2014, p.16) perpassa o PFF, uma vez que este foi desenhado para fomentar aspectos protetivos como assertividade, manejo do estresse, empatia, regulação das emoções, afeto e comunicação. Há unanimidade nos relatos, sobre como o programa favorece a prevenção ao risco social e a violação de direitos, aos que dele participam. Os profissionais mencionam a necessidade das famílias em acessar estratégias que tragam temáticas relevantes ao seu cotidiano e que possam subsidiá-las na educação de seus filhos, inclusive no que se refere ao uso de substâncias.

O uso prejudicial de álcool e outras drogas, um dos temas transversais que fundamentam as atividades a serem realizadas no SCFV e, de maneira a contemplar, os seus objetivos e possibilitar o alcance dos resultados esperados (MDS, 2017), também permeia os relatos, ainda que de forma subjetiva. Os facilitadores entendem que o PPF se mostrou um instrumento bastante relevante neste quesito, uma vez que, até 2013, não havia nenhuma iniciativa sistematizada, que abordasse diretamente a questão da prevenção ao uso de substâncias e intervenção com a família. As propostas eram tímidas, isoladas e com pouca efetividade. A temática era tratada de forma pontual e individual, realizada por iniciativas isoladas dos Educadores Sociais. Cada servidor lançava mão de seus próprios instrumentos - de acordo com sua formação, experiência ou capacitação - para a realização do trabalho, que não possuía uma estrutura metodológica que pudesse ser monitorada e avaliada. O planejamento das atividades não seguia uma diretriz unificada para o alcance dos objetivos propostos ao Serviço.

O fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários, com o próprio Serviço e com os profissionais que nele atuam, um dos objetivos principais do SCFV, é outro ponto observado em todos os relatos. O facilitador exerce papel essencial nesse processo, na medida em que se mostra efetivamente vinculado a todos os aspectos que perpassam a execução do PFF. A acolhida aos participantes, a escuta-ativa, o acompanhamento cuidadoso das famílias, sempre verificando se todos compreendem e conseguem aplicar os conteúdos no dia a dia, favorece a construção de um ambiente de confiança que, por sua vez, propicia uma adesão natural à proposta e uma vinculação mais efetiva e duradoura.

A partir da análise dos relatos dos facilitadores apresentados neste capítulo, de suas vivências com o PFF e seu trabalho com as famílias que acompanharam no programa e no SCFV, nota-se que os resultados alcançados, de um modo geral, são positivos, para todos os atores envolvidos. Há referência ao aprimoramento das relações familiares, com o uso constante das ferramentas do programa. Registrando-se significativas mudanças nos comportamentos dos envolvidos, com melhoras atitudinais e relacionais. Aspectos como maior união familiar, melhora nas relações em casa, até mesmo por parte dos membros que não frequentaram os encontros, melhor comportamento dos jovens, com mais respeito às regras, mais respeito às necessidades de cada um, com os filhos participando mais das decisões em família, são, de alguma maneira, mencionados. Nota-se também, que nos relatos, trazem que as habilidades adquiridas permanecem, depois do fim do programa.

Em relação ao SCFV, percebe-se uma maior vinculação de toda a família com o serviço. Jovens e responsáveis demonstram satisfação em participar do PFF. Jovens apresentam importante mudança no comportamento, no CECON, participando mais das atividades, tendo atitudes mais pacíficas e conciliadoras com os trabalhadores e com os colegas. Há também uma maior aproximação e envolvimento dos responsáveis nas rotinas do serviço.

Do ponto de vista dos profissionais, há registro da motivação profissional, a partir do momento em que se tornam facilitadores do PFF. As características da metodologia dão sentido ao fazer das Educadoras Sociais, uma vez que favorecem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, que é premissa básica do SCFV. A aplicação do programa contribui para ampliação do entendimento do serviço, inspirando-as a criar estratégias para sua a atuação, a partir das ferramentas apreendidas. Ao final, fica a sensação de produtividade, em virtude dos resultados atingidos com as famílias. A experiência como formadoras locais de novos facilitadores, também gera satisfação profissional, uma vez que contribuem para a ampliação do programa no DF.

A despeito de todos os aspectos positivos apresentados nos relatos, há que se registrar também as dificuldades, comumente encontradas pelos facilitadores, na execução do PFF. Foram mencionados aspectos como precariedade das instalações dos equipamentos, que punham em risco a qualidade na execução do programa; falta de flexibilização com os horários de atendimento, de modo a contemplar as

necessidades das famílias, e obter uma maior adesão, uma vez que os encontros precisavam ser realizados fora do horário comercial, em virtude dos horários de trabalho dos responsáveis; falta de recursos para a aquisição de materiais essenciais para a plena execução dos encontros; o manejo do tempo nas atividades, o que foi sendo sanado à medida em que se apropriavam das ferramentas e materiais; e a pequena participação da figura paterna nos grupos, o que parece ser uma necessidade das famílias, como ficou demonstrado em alguns relatos.

Importante salientar que as dificuldades apresentadas, não se colocaram como impeditivos para a execução do PFF. Os trabalhadores, de um modo geral, adotaram o programa, na confiança de tratar-se de uma ferramenta que poderia trazer resultados satisfatórios na execução do serviço, impactando positivamente nas vidas das famílias atendidas. Imbuídos dessa confiança, eivaram esforços pessoais no sentido de dirimir as dificuldades que surgiram e entregar, da forma mais exitosa possível, o PFF em suas unidades. Entretanto, faz-se necessário avançar nas reflexões acerca da execução do PFF nos espaços dos Centros de Convivência.

É importante verfiicar os pontos de convergência entre ambos, a fim de ratificar as experiências exitosas acima relatadas. Necessário apontar caminhos para a permanência desta ferramenta de prevenção como sendo uma das estratégias na execução do SCFV. Ambas procuram trabalhar aspectos preventivos, pautados numa convivência familiar saudável, que fortaleça os fatores de proteção, em detrimento dos fatores de risco, com vistas a assegurar a primazia da estrutura familiar, que é a sua natureza protetiva. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos está alocado na estrutura da Proteção Social Básica, definida pelo SUAS, e que tem como um dos seus pilares prevenir situações de risco e vulnerabilidades sociais aos usuários da Política de Assistência Social, garantindo-lhes seguranças de convívio, acolhida e sobrevivência. O Ministério do Desenvolvimento Social, em seu caderno *Concepções de Convivência e Fortalecimento de Vínculos* (2017) indaga: "quais as situações de risco, perigo, incertezas que precisam ser prevenidas, impedidas de acontecer? Ou seja, quais as situações precisam ser antecipadas em suas consequências negativas, exigindo que os envolvidos possam preparar-se para enfrentá-las?"

No campo da assistência social, seriam os riscos surgidos a partir de situações de desproteção social, mais comum em grupos que apresentam

características socialmente desvalorizadas - deficiência, etnia, religião, orientação sexual; agravadas pelas condições precárias de vida, privação de renda ou de acesso aos serviços públicos (MDS, 2017). Tais situações acabam por fragilizar os vínculos familiares e sociais dos indivíduos, deixando-os mais suscetíveis a enfrentar situações de violação de direitos, em virtude da estrutura própria dos territórios onde convivem. Os serviços da proteção social básica, entre eles o SCFV, devem atuar de modo a dirimir este tipo de ocorrência, ou seja:

> sempre que as precariedades do lugar e da situação vivida afetar pessoas, famílias ou grupos sociais produzindo sofrimento ético político, caberá uma ação da política no sentido de possibilitar que a situação seja enfrentada num campo de responsabilidade pública e coletiva, porque estar protegido significa ter forças próprias ou de terceiros, que impeçam alguma agressão/ precarização/ privação venha a ocorrer, deteriorando uma dada condição. (MDS, 2017, p. 9)

Na estrutura do PFF, "a ação preventiva supõe um entendimento sobre a sequência de fatos que geram o fenômeno que queremos prevenir. Com esta sequência temporal como referência, podemos desenhar ações em pontos que antecedem a eclosão do fenômeno" (Ministério da Saúde, 2017, p. 7), considerando os aspectos ambientais, sociais e pessoais que influenciam o surgimento de determinadas situações. Dessa forma, são diversos os pontos de convergência entre o PFF e o SCFV. Alguns deles serão apresentados a seguir, numa estrutura que permita a visualização do quanto os referidos programa e serviço se encontram e se complementam.

O Manual do Facilitador (Brasil, 2017), apresenta os objetivos do PFF, que se resumem em fortalecer vínculos familiares, desenvolver habilidades sociais e maneiras eficazes de comunicação. Criar condições favoráveis para a boa convivência familiar e a prevenção de situações e comportamentos nocivos aos jovens e suas famílias, afastando-os de condutas de risco, reduzindo a agressividade e o isolamento social, a partir da melhora na interação entre pais e filhos. Responsáveis devem reconhecer a importância em apoiar os filhos, envolver-se nas suas rotinas, além de orientá-los e discipliná-los de forma eficaz. Jovens devem compreender e valorizar seus pais, lidar melhor com o estresse e a pressão dos amigos, melhorar o rendimento escolar e evitar o uso de substâncias.

Os objetivos acima mencionados encontram-se, em certa maneira, também descritos no caderno *Perguntas Frequentes* SCFV (MDS, 2017). São objetivos do SCFV fortalecer a convivência familiar e comunitária, com vistas a prevenir situações de risco social. As atividades devem contemplar aspectos de respeito, solidariedade, convívio grupal e afetividade. O trabalho com as famílias deve ser direcionado para que estas alcancem autonomia e protagonismo social, adquirindo competências para a vida em sociedade.

Em se tratando de habilidades de vida e aquisições previstas, mais uma vez, programa e serviço, se misturam e se completam. A melhoria e eficácia nas habilidades parentais, sociais emocionais e cognitivas, o fortalecimento dos laços familiares, a comunicação positiva e a empatia, que são habilidades a serem desenvolvidas no PFF, podem ser equiparadas às habilidades de escuta, reconhecimento e valorização das questões do outro, à experiência do diálogo na resolução de conflitos, à experiência de admirar e reconhecer o outro, que tratam-se de habilidades previstas para o SCFV (MDS, 2017).

Versando sobre habilidades mais especificamente ligadas ao indivíduo, como gerenciar o estresse e as emoções, lidar com a pressão dos pares, melhorar a capacidade de resolver problemas e tomar decisões, desenvolver pensamento crítico e criativo, também previstas no PFF, podemos associá-las às aquisições previstas para o SCFV. Tais aquisições propõem, aos usuários do serviço, vivenciar experiências que contribuam para a construção de projetos individuais e coletivos, desenvolvendo autoestima, autonomia e sustentabilidade, bem como desenvolver potencialidades de ampliação do universo informacional e cultural, em situações que fomentam a responsabilidade e a reflexão sobre motivações e interesses, analisando suas consequências.

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais preconiza que os temas e percursos as serem trabalhados no SCFV, devem sempre partir de três eixos orientadores, a saber: convivência social, direito de ser e participação. Podemos afirmar que os temas dos sete encontros do PFF, coadunam e estão inseridos em algum desses eixos, ou até mesmo em mais de um deles.

Tomemos como exemplo o encontro um, que trata de amor e limites, construção de metas e sonhos e responsáveis que apoiam metas e sonhos dos filhos. Percebemos que o eixo um da convivência social está contemplado nesse

encontro, uma vez que está pautado no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com vistas a estimular no convívio social e familiar, aspectos relacionados ao sentimento de pertença, à formação da identidade, à construção de processo de sociabilidade, aos laços sociais, às relações de cidadania. O eixo dois, direito de ser, também se faz presente nas atividades desse primeiro encontro, pois tal eixo estimula o exercício da infância e da adolescência, com experiências que potencializam a vivência desses ciclos em toda a sua pluralidade. Assim como o eixo três que, por sua vez, tem como foco estimular a participação dos usuários nos diversos espaços da vida pública, começando pelo SCFV e passando pela família, comunidade, escola.

Não faremos aqui o mesmo exercício com os demais encontros do PFF, sob pena de nos tornarmos desnecessariamente repetitivos. Entretanto, o exemplo acima demostra muito bem mais um aspecto de convergência entre PFF, com os temas dos encontros e SCFV, com seus eixos norteadores.

Para finalizar este processo associativo e comparativo entre PFF e SCFV, tomemos as competências necessárias ao facilitador de grupo e ao especialista/educador social, na execução do seu trabalho. Em ambos os casos, é importante que o profissional apresente características como empatia, manejo de grupo, organização e planejamento, responsabilidade e comprometimento com os usuários, responsabilidade na criação de ambiente de convivência participativo e democrático, capacidade de acolhimento comunicação e escuta-ativa, compromisso e atenção continuada aos usuários, liderança, criatividade, ética, respeito à privacidade dos usuários, assertividade. Dessa convergência nas características profissionais pode-se apreender que um bom Educador Social, muito facilmente se tornará um bom Facilitador de grupos de PFF.

Fica clara, a partir dos dados apresentados, a convergência entre o Programa Famílias Fortes e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Evidente também que se trata de experiência muito exitosa no âmbito da Política de Assistência Social do Distrito Federal, no tocante à prevenção de situações de risco e vulnerabilidade social, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Do ponto de vista da aquisição de novas e melhores estratégias aplicáveis à rotina familiar, a observação atenta dos facilitadores e os depoimentos dos participantes ratificam a ocorrência sistemática da transferência de habilidades aprendidas para o cotidiano.

Isto posto, infere-se que permanência do PFF no escopo das ações da Proteção Social Básica do DF passa pela superação de alguns desafios, sejam eles estruturantes ou conceituais. Implementar uma ferramenta que fortaleça os processos protetivos familiares, com uma metodologia estruturada e um formato pronto, é o que os profissionais e gestores almejam. Há que se lidar com barreiras naturais que envolvem os processos de implantação de qualquer metodologia. Diante dos desafios encontrados, vimos que as respostas dos profissionais foram do encantamento de receberem uma prática que já está pronta, que tem uma estrutura, uma lógica e que, apesar de em momentos iniciais terem que se adaptar a maneira de trabalhar, entende-se que o PFF veio ao encontro de uma demanda do SCFV e da comunidade onde trabalham e/ou vivem, como no relato do pai que conta sua experiência pessoal e de ter facilitado grupo do Famílias Fortes. Os facilitadores do PFF do Distrito Federal, ao longo das fases de implementação do programa, mostraram superar barreiras diversas, tais como: falta de recursos humanos (licenças e mudanças de serviço), escassez de recursos, cortes em orçamento, mudanças de gestão, que requer novas e contínuas sensibilizações e pactuações, por verem o grande potencial que as ferramentas do programa trazem, tanto para eles como profissionais, como acima de tudo, para fortalecer o trabalho que desenvolvem junto à sociedade.

Um novo paradigma de ações preventivas pressupõe a articulação intersetorial entre diversas políticas. E o Distrito Federal está avançando neste sentido. Desde 2015, profissionais da Secretaria de Saúde passaram a ser capacitados e a implementar o programa em parceria com os da SEDESTMIDH com estratégia multidisciplinar na facilitação dos grupos. Em seguida, já em 2016, as Secretarias de Educação e de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude passaram a integrar esta rede de prevenção via Programa Famílias Fortes, resultando na articulação local de quatro secretarias - SEDESTMIDH, SES, SEDF e SECRIA.

O percurso da prevenção álcool e drogas no âmbito familiar no DF é um caminho com muitas aberturas e possibilidades. Nesse território, teceu-se uma rede intersetorial que vê sentido em prevenir, em trabalhar para o fortalecimento de vínculos familiares, mesmo com os desafios que cada setor apresenta. Os profissionais colaboradores neste capítulo, que atuam na ponta, alguns também gestores de CECON, destacam que há demandas em fortalecer vínculos familiares,

e que a proposta do Programa Famílias Fortes é interessante, pois há necessidade de trabalhar com a família e não só com as crianças/adolescentes, isto é, fortalecer as relações intrafamiliares com as famílias participando junto deste processo, e que quando participaram da formação e aplicação do programa, em mais de um grupo, viram que é uma estratégia de prevenção interessante para a necessidade de terem ferramentas para trabalhar relação pais/adolescente.

Lições aprendidas

- Envolver a comunidade local que receberá a intervenção em prevenção é algo benéfico para a implementação do Programa Famílias Fortes.
- Ter uma rede intersetorial (saúde, assistência, educação, justiça), que dê estrutura para a implementação do programa, diminui barreiras e facilita a implementação do PFF.
- Ter profissionais engajados e dispostos a aprender uma nova metodologia para aplicar em seu trabalho é um facilitador para que a intervenção aconteça.
- Programa Famílias Fortes dialoga com o que é preconizado pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).
- Pessoas da comunidade podem ser capacitados e atuar conjuntamente com os profissionais da Assistência Social ou do Setor Saúde e Educação na aplicação do PFF.

Referências

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2017). Programa famílias fortes: da teoria à prática preventiva ao aubso de drogas. In Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC. Disponível em https://sgmd.nute.ufsc.br/content/portal-aberta-sgmd-2/e02_m23/pagina-00.html

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS. (2014). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.* Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS. (2016). *Caderno de Orientações: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - Articulação necessária na Proteção Social Básica.* Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/cartilha_paif_2511.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social [MDS]. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. (2017). *Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos*. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. Departamento de Proteção Social Básica. Coordenação-Geral de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. (2017). *Perguntas Frequentes, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)*. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_032017.pdf

Ministério da Saúde [MS]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). *Programa Famílias Fortes: manual do facilitador - introdução e encontro 1*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/familias_fortes_introducao_encontro1.pdf

Murta, S. G., Menezes, J. C. L., Pedralho, M. S., Rocha, V. P., Nobre-Sandoval, L. A., & Aló, C. (2018). Programa Famílias Fortes: da teoria à prática preventiva ao abuso de drogas. Disponível em http://www.geppsvida.com.br/wp-content/uploads/2020/02/Programa_Familias_Fortes.pdf

*Colaboraram para este capítulo: Elizete Américo Silva, Cristina Dezolt, Genice Batista Rêgo, Kleber Santarém Alves.

Sobre as organizadoras

Samia Abreu. Doutoranda em Ciências da Saúde pela University of York, mestre em psicologia pela UnB e psicóloga pela UFJF. Atuou como coordenadora nacional dos programas de prevenção da Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e foi supervisora nacional na adaptação cultural e implementação do Programa #Tamojunto.
E-mail: abreu.samia@gmail.com

Sheila Giardini Murta. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. Coordenadora do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: giardini@unb.br

Viviane Paula Rocha. Atuou na adaptação cultural e implementação do Programa Famílias Fortes no Brasil, pelo Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: vpaularocha@gmail.com

Nádia Pinheiro-Carozzo. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: nadia.pinheirocarozzo@gmail.com

Sobre as/os autoras/es

Adriana Assmann Simonsen. Psicóloga formada pelo IP-USP, aprimoranda em Saúde Mental (2012). Consultora em Prevenção pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde entre 2013 e 2018. Desde 2012 atua com processos formativos nas áreas da saúde e educação.
E-mail: adriana.simonen@gmail.com

Adriano Silva Sampaio de Souza. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: adrianosampaio@outlook.com

Alessandra Aparecida Pereira Chaves. Doutora e Mestre em Tecnologia pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Bacharela em Filosofia pela Universidade Federal do Paraná. Atua na formação continuada de profissionais da educação em Curitiba/PR.
E-mail: alechaves@sme.curitiba.pr.gov.br

Ana Aparecida Vilela Miranda. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: aavmiranda@gmail.com

Ana Carolina Araujo dos Santos Schlotag. Psicóloga, Psicopedagoga, Especialista em Saúde Coletiva. Articuladora Municipal dos Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas: Programas Elos - Construindo Coletivos, #Tamojunto e Famílias Fortes.
E-mail: aschlotag@sms.curitiba.pr.gov.br

Andréa Leite Ribeiro. Especialista em saúde mental, mestre em políticas sociais e cidadania e doutora em Bioética. Foi coordenadora Geral de Políticas de Prevenção e Reinserção Rocial da SENAD. Experiência em Bioética, políticas de drogas para população em situação de rua, reinserção de presos e Bioética.
E-mail: aleite1104@gmail.com

Clarisse Moreira Aló. Historiadora, mestra em História Social. Trabalhou na implementação e adaptação de programas de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas. É consultora de políticas públicas em saúde mental e drogas, e prevenção ao HIV/aids, com foco em Direitos Humanos.
E-mail: clarissealo@gmail.com

Claudio Lorenzo. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UNB; Professor dos Programas de Pós-Graduação em Bioética e Saúde Coletiva da UnB; Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública do DF. Membro do Conselho Assessor da Rede Bioética para América Latina e Caribe da UNESCO.
E-mail: claudiolorenzo.unb@gmail.com

Daniela Piconez e Trigueiros. Psicóloga, especialista em Redes de Atenção à Saúde, membro da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos. Atuou na Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de 2015 a 2017, como supervisora dos Programas Elos e Famílias Fortes.
E-mail: danielatrigueiros@gmail.com

Daniela Schineider. Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSC. Psicóloga, mestre em Educação (UFSC) e doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP), com estágio Pós-Doutoral em Ciência da Prevenção pela Universidad de Valencia (Espanha) e University of Miami (USA).
E-mail: danischneiderpsi@gmail.com

Débora Estela M. Pereira. Mestra em Saúde Coletiva pela Unicamp. Especialista em saúde mental e em psicologia clínica. Psicóloga pela UFSCAR. Atua desde 2009 no SUS e desde 2013 com planejamento, implementação e gestão de programas de prevenção do uso de álcool e outras drogas a nível nacional e local. Atuou como multiplicadora e supervisora do programa #Tamojunto e como supervisora do programa Elos: construindo coletivos no Ministério da saúde de 2013 a 2018.
E-mail: debora.pereira@gmail.com

Deborah Kênia de Castro. Psicóloga, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Trabalhou como consultora técnica na implementação de programas de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No momento, trabalha exclusivamente como psicóloga clínica.
E-mail: deborahkeniac@gmail.com

Douglas Garcia. Doutorando e Mestre em Psicologia pela UFSC; Graduado em Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina; Membro do grupo de pesquisa do CNPq "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas". Psicólogo do SUAS (Secretaria de Assistência Social de Palhoça); Experiência em docência e tutoria na modalidade de ensino a distância em cursos de graduação (Gestão de Recursos Humanos, Processos Gerenciais, Segurança Pública, Segurança no Trânsito e Serviços Penais) e pós-graduação (Sistema de Justiça: conciliação, mediação e justiça restaurativa).
E-mail: garciadouglas90@gmail.com

Edgar Merchan – Hamann. Graduação em Medicina pela Universidad Javeriana de Colombia (1983), com Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1989), Master In Public Health / Epidemiology - University of California Los Angeles - UCLA (1991) e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz (1996). Atualmente é Professor Associado da Universidade de Brasília. Fez estágio Pós-Doutoral junto ao Programa CICAD-CAMH - University of Toronto (2009-2010).
E-mail: merchan.hamann@gmail.com

Eric Brown. Professor Associado no Departamento de Ciências da Saúde Pública da Universidade de Miami - Miller School of Medicine (EUA). Pesquisa a implementação e disseminação de intervenções preventivas baseadas na família, escola e comunidade nos Estados Unidos e na América Latina.
E-mail: ricbrown@miami.edu

Fabio Iglesias. Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: fabiglesias@gmail.com

Fernanda Cristina Kosiaki Ricardo. Pedagoga, Técnica em Saúde Bucal, Especialista em Saúde Mental, Especializanda em Psicopedagogia Clínica e Institucional, em Práticas Inovadoras na Educação e em em Inteligência Socioemocional. Formadora dos Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Programas Elos - Construindo Coletivos, #Tamojunto e Famílias Fortes) em Curitiba/PR.
E-mail: fernandakricardo@gmail.com

Flavia Regina Silva. Técnica em Enfermagem. Formadora dos Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Programas Elos - Construindo Coletivos, #Tamojunto e Famílias Fortes) em Curitiba/PR.
E-mail: flavsilva@sms.curitiba.pr.gov.br

Flora Moura Lorenzo. Doutoranda em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília, com período sanduíche na Oslo Metropolitan University. Atuou na multiplicação e supervisão do Programa Elos - Construindo Coletivos de prevenção escolar ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, ofertado pelo Ministério da Saúde.
E-mail: lora.lorenzo@gmail.com

Hulda Grossmann Pereira da Silva. Gestora Pública, Técnica em Saúde Bucal. Formadora dos Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Programas Elos - Construindo Coletivos, #Tamojunto e Famílias Fortes) em Curitiba/PR.
E-mail: hulda.g@hotmail.com

Irvana Teixeira Fernandes. Graduada em Artes visuais pela UNIMONTES, especialista em arteterapia, professora de Artes nos níveis fundamental e médio na SEDF, Educadora Social na SEDES-DF. Facilitadora do Programa Famílias Fortes em suas diferentes fases, no DF.
E-mail: irvana.artes@gmail.com

Janaina Barreto Gonçalves. Graduada em Relações Internacionais pelo Centro Universitário de Brasília. Atuou por 10 anos no Governo Federal. Entre 2013 e 2017, compôs a equipe de coordenação nacional dos Programas Preventivos na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.
E-mail: janabarreto@gmail.com

Jane Moraes Lopes. Doutora em Psicologia (UFSC), Mestre em Saúde Mental (USP), Psicóloga (UFU). Pesquisadora na área de avaliação de programas de prevenção, membro da equipe nacional de formadores do Programa #tamojunto (2013-2018), atuante na formação de profissionais de educação e saúde para a difusão de intervenções de prevenção e rastreamento do uso abusivo de álcool e outras drogas baseados em evidência (1997-atual).
E-mail: jmoraeslopes@gmail.com

Joamara Mota Borges. Psicóloga pela PUC GO e Mestra pela UNB, Especialista em Psicologia Escolar pelo IEP/ PUC GO. Graduada em Core Energetics pela Rede Brasil/ Instituto NY - USA, pós-graduada em Pathwork pelo NY Pathwork Board. Multiplicadora e formadora federal do Programa Famílias Fortes (PFF) do Ministério da Saúde. Experiência em programas preventivos na área de Educação e Saúde, saúde mental, prevenção de violência e uso de drogas. Contribuiu com a organização e revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação. Desenvolvimento de grupos de estudo e movimento em Psicoterapia Corporal.
E-mail: joamaramota@gmail.com

Jordana Calil Lopes de Menezes. Psicóloga (PUC-GO); Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB); Membro da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP) e do GT-ANPEPP "Relações Interpessoais e Competência Social". Docente na FESGO e FacUnicamps. Coordenadora do Núcleo de Apoio e Atendimento Psicopedagógico na FESGO.
E-mail: jordanacalil@gmail.com

Larissa de Almeida Nobre-Sandoval. Pesquisadora do Instituto Europeu de Estudos de Prevenção - IREFREA (Espanha). Coordenadora adjunta do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: nobre.lan@gmail.com

Luís Gustavo do Amaral Vinha. Professor Adjunto do Departamento de Estatística da Universidade de Brasília. Membro da equipe do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.
E-mail: lgvinha@gmail.com

Maria do Socorro Mendes Gomes. Assistente social e mestre em Gestão Pública pela Universidade de Brasília. Entre 2011 a 2016 atuou como Subchefe Adjunta de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República, quando monitorou a implementação do Programa "Crack é Possível Vencer."
E-mail: ninag.unb.br@gmail.com

Mariana Russo Voydeville Damasceno. Psicóloga (PUC-SP), Formadora do Programa Famílias Fortes (PFF) atuou na adaptação cultural, revisão e implantação do SFP/PFF no Brasil. Certificada pela Oxford, Brookes University como formadora do Strengthening Families Programme (SFP)10-14 (UK), habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa.
E-mail: psicologa.mariana.russo@gmail.com

Marina Pedralho. Psicóloga e bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Capacitar. Integrou equipe de pesquisa de levantamento de necessidades para a adaptação cultural do *Strengthening Families Program* (SFP 10-14) e a equipe do Ministério da Saúde no Programa Famílias Fortes.
E-mail: marina.pedralho@gmail.com

Marina Ramos da Rocha Paes. Graduada em Psicologia, mestra em Atenção Psicossocial e Políticas Públicas e especialista em Gestão Cultural. Foi consultora em Prevenção pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde entre 2015 e 2018 e articuladora do Projeto Redes na Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, a SENAD do Ministério da Justiça, entre 2014 e 2015. Desde 2008, facilita processos de Educação Permanente em Saúde Coletiva.
E-mail: marinarrpaes@gmail.com

Nathan Luz de Beltrand. Psicólogo e Consultor com interesse em metodologias interativas e inovadoras. Realizou formações em Prevenção, adolescência e escola como "Line Up Live Up" e a série Coordenadores do "Universal Prevention Curriculum" ("Introduction to Prevention" e "Media-Based Prevention Interventions").
E-mail: nathan.jtamounto@gmail.com

Paula Yamaoka. Pós-Graduada em Gestão de Pessoas pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF). Psicóloga e Bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Atual Analista de Gestão Educacional, especialidade: Psicologia. Atuou como Consultora Independente no Projeto BRA K47 – Programa Nacional de Prevenção Escolar e Familiar do Uso de Álcool e outras Drogas, realizado em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas em Crimes (UNODC) e outras agências internacionais de saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde. Também atuou como Assistente de Recursos Humanos para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD- Brasil.
E-mail: paulinhavy@gmail.com

Paulo Otávio D'Tôlis. Psicólogo, Mestre em Psicologia (UFSC), Pesquisador no Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial - PSICLIN/UFSC. Experiência em Pesquisas, Editoração, Implementação e Avaliação de programas; Políticas Públicas.
E-mail: paulootolis@gmail.com

Pollyanna Pimentel. Assistente Social, Doutora em Saúde Coletiva/UNIFESP, Docente das Faculdades UNINASSAU e ESUDA, Coordenadora Técnica da Residência Terapêutica do IMIP Gestão Hospitalar e Integrante do Grupo de Estudos GEAD/UFPE e EPIPREV /UNIFESP.
E-mail: pollypimenta@yahoo.com.br

Raquel Turci Pedroso. Graduação em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003), Mestre em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2006), Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (2017), experiência em políticas públicas de saúde e educação no Ministério da Saúde (2005 a 2016). Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC. Psicoterapeuta na abordagem Gestalt-fenomenológica.
E-mail: raquel.turci@gmail.com

Rebeca Chabar Kapitansky. Psicóloga, Psicanalista. Especialista em Atendimento Clínico com Ênfase em Psicanálise (UFRGS); Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UFSC). Consultora Técnica do Ministério da Saúde/ CGMAD (2013-2018).
E-mail: rchabark@gmail.com

Roberta Peixoto Ataides. Internacionalista. Especialista e mestre em Bioética. Atuou na área de saúde do UNODC por quase quatro anos quando contribuiu com a gestão e adaptação de programas de prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas. Atualmente é consultora em saúde global.
E-mail: roberta.ataides@gmail.com

Silvana Solange Rossi. Psicóloga, especialista em educação e gestão em saúde e mestre em saúde coletiva. Consultora para implementação de políticas públicas de saúde e sobre drogas, pesquisa, educação permanente e formação profissional no SUS e SUAS.
E-mail: dudassr@gmail.com

Sthefânia K. R. de Carvalho. Psicóloga e Acompanhante Terapêutica. Especialista em Psicanálise com Crianças. Atua em um "Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil" e é integrante do "Núcleo Ventaniar – Formação e Consultoria em Projetos Sociais".
E-mail: sthefania.carvalho@gmail.com

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

e-livre
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-87180-52-6