

RAQUEL TURCI PEDROSO

**EVIDÊNCIAS EM PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO
CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RAQUEL TURCI PEDROSO

**EVIDÊNCIAS EM PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO
CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

**Tese apresentada como requisito para a
obtenção do Título de Doutor em Saúde
Coletiva pelo Programa de PósGraduação
em Saúde Coletiva da Universidade de
Brasília.**

Orientador: EDGAR MERCHAN HAMANN

BRASÍLIA

2017

RAQUEL TURCI PEDROSO

**EVIDÊNCIAS EM PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO
CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

**Tese apresentada como requisito para a
obtenção do Título de Doutor em Saúde
Coletiva pelo Programa de PósGraduação
em Saúde Coletiva da Universidade de
Brasília.**

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Edgar Merchan Hamann (presidente) FS/UNB

Dais Gonçalves Rocha FS/UNB

Sheila Giardini Murta IP/UNB

Janaína Bianca Barletta UNIP/DF

Helena Eri Shimizu (suplente) FS/UNB

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho João Gabriel, minha enteada Sofia e meu companheiro Telmo Grabher; aos meus pais Luiz Henrique Pedroso e Magaly Turci Pedroso; à minha sogra Jussara Almeida; ao mestre Roberto Tykanori; aos (as) parceiros (as) de compromisso com a política de drogas Andrea Leite, Samia Abreu, Michaela Juhasova, Adriana Simonsen, Janaína Bareto, Débora Pereira, Karen Oliva, Daniela Trigueiros, Flora Lorenzo, Mariana Russo, Jane Lopes, Rebeca Chabar , Nathan Beltrand, Nara Araujo, Roberta Ataídes, Leon Garcia; às pesquisadoras Zila Sanchez, Dais Gonçalves, Sheila Murta e Daniela Schneider; aos parceiros internacionais Gregor Burkhart e Peer Van der Kreeft; ao meu orientador Edgar Mercham Hamann e à Banca Examinadora; às instituições UNB, Ministério da Saúde do Brasil, EMCDDA (Lisboa, Portugal), FAP DF e BRAPEP; às parcerias na docência Jaqueline Assis, Carolina Guidi, Flávia Pinheiro, Luzitano Ferreira, Andersen Daros, Andréa Kairala e Juliene Azevedo; às manas que compartilharam os cuidados comigo e com o meu filho Ana Paula Cerca, Letícia Bührnheim, Malu Valle, Taynara Ferro, Marina de Lorenzo, Sabrina Faria, Maria Silvia Logatti e Renata Barbosa; ao meu terapeuta Luiz Cláudio Pezzini; ao meu mestre espiritual Sri Prem Baba; ao que não se pode nomear e que habita em mim, em todos os seres e em todos os lugares; meu agradecimento pela vivência de doutorar em comunhão.

Doutorar verbo desesperar. Doutorar antônimo inspirar. Doutorar sinônimo despertar.

(Raquel Turci Pedroso)

RESUMO

A presente Tese de Doutorado tem o objetivo de estudar as contribuições e os limites das evidências em prevenção ao uso problemático de álcool e outras drogas no contexto de políticas públicas de saúde e educação. Para tanto, analisou, mediante um estudo qualitativo baseado na Teoria Fundamentada Construtivista, a fase de implantação piloto no ano de 2013 do programa escolar de prevenção ao uso de álcool e outras drogas - Unplugged, coordenada pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de contribuir com a sustentabilidade da iniciativa na sua etapa de disseminação; analisou, por meio de um estudo observacional do tipo longitudinal, descritivo e retrospectivo, os resultados do monitoramento da implantação do programa Unplugged, que passa a ser chamado #Tamojunto em 2014, a partir do instrumento “Formulário de monitoramento – Professor” (2014 a 2016), com o objetivo de avaliar, ao longo do tempo, aspectos relativos à fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade da implantação; avaliou também a capacidade de responder aos objetivos de monitoramento de processo no contexto de intervenções complexas utilizando o instrumento de monitoramento do programa #Tamojunto - “Formulário de monitoramento – Professor” (2014 a 2016); e mediante uma revisão bibliográfica do tipo narrativo, investigou sobre a ciência da prevenção baseada em evidência e sua relação com políticas públicas, em especial sobre os desafios da disseminação de inovações no campo da prevenção, no contexto brasileiro. Verificou-se a probabilidade de aspectos do fluxo de implantação e de adequação do programa #Tamojunto estarem afetando os efeitos potenciais do programa. Revelou-se que para uma sustentabilidade e disseminação como política pública do programa #Tamojunto se faz necessário investir em uma mudança paradigmática da abordagem de drogas pelos profissionais implementadores, impactar na maior adesão a metodologias interativas, adequar o tempo da hora-aula e de planejamento, ampliar o compromisso da gestão escolar e da saúde, e fomentar a ampliação da intersetorialidade entre saúde e educação para uma aproximação com as diretrizes de promoção da saúde. O método de análise de dados desenvolvido na pesquisa demonstrou potencial analítico para contribuir com necessidades de ajustes no monitoramento de processo. Conclui-se que aspectos de adaptação de programas que estão localizados nas etapas iniciais da inovação, nas políticas públicas, devem estender-se por todas as fases, com a finalidade de abranger a diversidade cultural, como é o caso brasileiro, apontando para novas agendas de pesquisa e práticas em prevenção e promoção da saúde que venham a fortalecer as políticas públicas de drogas numa perspectiva de reafirmação da reforma sanitária, com um compromisso permanente com a superação das desigualdades sociais. As evidências na ciência precisam ampliar o pragmatismo da visão convencional das causalidades e abranger a complexidade de situações estruturais, que responde mais adequadamente às especificidades das políticas públicas, especialmente àquelas que impactam nos ciclos de isolamento e desfavorecimento social.

SUMMARY

The purpose of this PhD thesis is to study the contributions and limitations of the evidence-based science in prevention of problematic use of alcohol and other drugs in the context of public health and education policies. At the first step, it analyzed, through a qualitative study based on the Constructivist Grounded Theory, the pilot implementation phase (2013) of the school program for the prevention of the use of alcohol and other drugs - Unplugged, coordinated by the Brazilian Ministry of Health, aiming at contributing to the sustainability of the initiative in its dissemination stage. At the second step it analyzed, through a longitudinal, descriptive and retrospective observational study, the monitoring results of the implementation of the Unplugged program, which is called #Tamojunto since 2014, using the instrument "Monitoring Form - Teacher" (2014 to 2016), with the objective of evaluating, over time, aspects related to fidelity, quality, adaptability and responsiveness of the implementation. At the third step it evaluated the monitoring instrument of the program #Tamojunto - "Monitoring Form - Teacher" (2014 to 2016), in relation to its ability to respond to process monitoring objectives in the context of complex interventions; and at the last step, a bibliographic review of the narrative type investigated the science of evidence-based prevention and its relation with public policies, especially on the challenges of disseminating innovations in the field of prevention within the Brazilian context. The results demonstrate that some aspects of the #Tamojunto program's implementation flow and suitability probably affect the potential effects of the program. It was revealed that, for sustainability and dissemination as a public policy of the #Tamojunto program, it is necessary to invest in a paradigmatic change of the approach of drugs by teachers and other professionals involved in the implementation. It is necessary also to foster greater adherence to interactive methodologies, to adjust the time of the lesson time and of planning, to expand the commitment of school and health management, and to promote the expansion of the integration of health and education public sectors to approximate health promotion guidelines. The data analysis method developed in the research demonstrated analytical potential to contribute with adjustments needs in the monitoring process. We conclude that aspects of cultural adaptation of programs that are located in the initial stages of innovation, in public policies, must extend through all phases, in order to consider cultural diversity, as is the case in Brazil. It points to new research agendas and practices in prevention and health promotion that will strengthen public drug policies with the perspective of a continuing health reform, with a permanent commitment to overcoming social inequalities. Evidence in science needs to broaden the pragmatism of a traditional view focusing in causality, integrating a view based on the complexity of structural situations, which responds more adequately to the specificities of public policies, especially those that impact on the cycles of social disadvantage.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Linha do tempo das Políticas em Saúde Mental e Políticas sobre Drogas.

Figura 2. Diagrama das etapas de Difusão de inovações (ROGERS, 2003; AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011, adaptado).

Figura 3. Diagramas compreensivos formulados para análise de dados.

Figura 4. Perguntas do formulário de monitoramento dos professores #Tamojunto 2015, classificadas na seção “responsividade”.

Figura 5. Perguntas do formulário de monitoramento dos professores #Tamojunto 2016 classificadas na seção “responsividade”.

Figura 6. Exemplo de uma pergunta de múltiplas escolhas da seção “adaptabilidade” do Formulário de monitoramento – professor 2014.

Figura 7. Classificação de pontos de uma pergunta de múltiplas escolhas da seção “adaptabilidade” do Formulário de monitoramento – professor 2014.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipologias de avaliação para cada estágio do ciclo de políticas, adaptada de MELO; RODRIGUES; CONCEIÇÃO (2015).

Tabela 2. Quadros – síntese dos resultados das pesquisas brasileira do programa *Unplugged* #Tamojunto publicadas nos anos de 2013 a 2017.

Tabela 3. Tabela contendo quadro descritivo do número de escolas, professores e formulários “FormSUS” preenchidos por estado, por ano.

Tabela 4. Tabela descritiva dos formulários de monitoramento dos professores #Tamojunto (2014 a 2016)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de distribuição de preenchimento do “FormSUS” comparado ao número de professores.

Gráfico 2. Gráfico de distribuição do número de perguntas por seção/ano.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

MS – Ministério da Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1 O monitoramento e a avaliação de ações de prevenção na produção de evidências	29
3.2 A adaptação cultural na difusão de inovações no contexto das políticas públicas	40
3.2.1 <i>A exploração: o reconhecimento do problema e dos desafios institucionais da inovação</i>	47
3.2.2 <i>A adoção/preparação: a ampliação da sensibilidade cultural da inovação</i>	49
3.2.3 <i>A implementação: a aprendizagem das boas práticas</i>	54
3.2.4 <i>A sustentabilidade: suportes sociais, institucionais e políticos...</i>	58
3.3 O Programa #Tamojunto: uma aposta de prevenção no contexto de políticas públicas	60
4 MÉTODO	69
4.1 Considerações Metodológicas	71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
5.1 ARTIGO 1. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras (Submetido na revista “ <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> ”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, no prelo)	86
5.2 ARTIGO 2 - Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016) (Submetido na “ <i>Revista Cadernos de Saúde Pública</i> ” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer)	106
5.3 ARTIGO 3 – A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas (Submetido na revista “ <i>Interface: comunicação, saúde e educação</i> ” em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer)	126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147

6.1 A prevenção em contexto de políticas públicas e os determinantes sociais de saúde	150
6.2 As evidências para a reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas políticas públicas.....	154
7 REFERÊNCIAS	157
8 ANEXOS	173
8.1 Modelo dos Diários Cartográficos no ano de 2013	173
8.2 Modelos dos Formulários FORMSUS – “Formulário de monitoramento – Professor” nos anos 2014, 2015 e 2016	176
8.3 Documento comprovante de aceite para publicação ARTIGO 1. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras (Submetido na revista “ <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> ”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, no prelo)	195
8.4 Documento comprovante de submissão ARTIGO 2 - Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016) (Submetido na “ <i>Revista Cadernos de Saúde Pública</i> ” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer).....	198
8.5 Documento comprovante de submissão ARTIGO 3 – A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas (Submetido na revista “ <i>Interface: comunicação, saúde e educação</i> ” em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer)	199

1 INTRODUÇÃO

Há uma trama de casualidades e causalidades que envolvem a chegada a esta pesquisa e, acredito que outros pesquisadores como eu, devam se questionar em algum momento se ele escolheu seu estudo ou se seu estudo o escolheu, numa retórica do amor que se sente pelo pesquisar.

E nesses tantos devaneios também já tive a certeza de que não deve haver um só pesquisador que não tenha tido, na sua vida, um professor que o inspirou. E essa inspiração acontece quando percebemo-nos capazes de olhar de um outro jeito para aquilo que antes nos parecia óbvio. Nas tramas das relações humanas, na maioria das vezes para nos percebermos capazes de conhecer, precisamos estar e conviver com aqueles que nos convidam à expressão autêntica, e nos legitimam com reconhecimento e amor nessas expressões.

Paulo Freire, Humberto Maturana e Edgar Morin abrem caminhos para retomarmos a dimensão do amor que há nas aprendizagens. A professora que me inspirou a ser psicóloga amava o que fazia, e era fácil de sentir: era a professora que desmontava a sala e colocava trinta adolescentes, incluindo eu, para dramatizar, falar e expressar como vivíamos as nossas escolhas na sexualidade, no uso de drogas, e assim viver nossas autenticidades. E esse lugar fazia eu querer voltar à escola, ainda que os outros lugares fossem duras filas silenciosas e uma lousa cheia de conteúdo. Quando chegou a minha vez de escolher a minha profissão eu disse: quero ser Psicóloga e trabalhar com prevenção.

E foi o que fiz, além de muitas experiências que hora se aproximavam e hora se distanciavam desse propósito, até que fui convidada em 2013 para coordenar o projeto de implementação de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na “Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas” do Ministério da Saúde (MS) e assim me aproximei não só de uma tarefa, mas de um projeto de vida.

O presente estudo conta uma parte dessa experiência de avaliar a prevenção e dialogar com o lugar que a evidência ocupa hoje nas formulações de políticas públicas nessa passagem da ciência moderna para a pós moderna. Há um recorte específico da avaliação de um programa escolar implementado para adolescentes,

iguais aquela que um dia eu fui, e quando pude viver a emoção e libertação com a prevenção.

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 entre educandos brasileiros. Fez parte desse processo a implementação do programa *Unplugged* que no Brasil passou a se chamar, a partir de 2014, de #Tamojunto. A partir ano de 2015 o Ministério da Justiça (MJ) passa a compor a implementação dos programas. O programa *Unplugged*#Tamojunto foi eleito para tornar essas reflexões iluminadas por uma prática real, especialmente pelo seu caráter inovador de nascer e crescer no contexto de uma política pública brasileira.

A construção dessa tese percorreu as seguintes perguntas de pesquisa:

1. O intercâmbio de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas entre diferentes contextos sociais e culturais traz quais desafios de adaptação? Como mapear e construir respostas a estes desafios no contexto de políticas públicas?
2. Diante dos paradigmas da ciência pós-moderna, como pensar o monitoramento de processo que venha impactar na qualidade de implementação de programas de forma a superar a imposição da fidelidade baseada em padronizações?
3. A adaptação cultural, considerada pela literatura como uma etapa inicial, não deveria ser compreendida como processual e permanente?
4. Como transpor a lógica de programas baseados em evidências para o contexto de políticas públicas?
5. Como mediar a importância da sustentabilidade com qualidade diante da necessidade de manutenção dos impactos de resultados esperados?

Assim, a **Revisão Bibliográfica** apresenta princípios teóricos e paradigmas vigentes no campo da adaptação cultural, monitoramento e avaliação de ações e programas de prevenção baseados em evidência. A evidência científica, derivada de ensaios de causalidade, como os estudos controlados randomizados, é apresentada em sua limitação quanto único método eleito para produzir informações sobre processos e resultados de prevenção ao uso de drogas e promoção da saúde. Os métodos mistos são indicados como um paradigma convergente com a pós

modernidade da ciência e diante de contextos complexos, especialmente no âmbito de políticas públicas de saúde e educação. Discorre-se sobre o desafio de adaptar a boa técnica ao mundo real, para que se torne boa prática. É assim que se propõe que a adaptação cultural deixe de ser um procedimento restrito às fases de preparação e adoção e passe a ser transversal e permanente colocando o monitoramento de processo no patamar de essencial para tomadas de decisões locais, regionais e macro políticas.

Os itens **Objetivos e Métodos** são organizados pela cronologia histórica das pesquisas, culminando em reflexões teóricas que os resultados puderam ampliar sobre as perguntas de pesquisa da presente Tese.

O item **Resultados e Discussão** apresenta os três artigos que compuseram essa Tese. O **ARTIGO 1. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras** (Submetido na revista “*Ciência e Saúde Coletiva*”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, no prelo), configurou-se como um estudo qualitativo, baseado na Teoria Fundamentada Construtivista e analisou os documentos institucionais da implantação piloto do programa *Unplugged* (2013): “Diários Cartográficos”, “Matriz lógica de adaptação cultural” e relatório de pesquisa titulado “Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa Unplugged em São Paulo e Santa Catarina” (UFSC e UNIFESP). As formulações teóricas desse estudo foram organizadas a partir da Teoria de Difusão de Inovações e revelaram a necessidade de uma mudança paradigmática da abordagem de drogas pelos profissionais implementadores, uma maior adesão a metodologias interativas, a adequação no tempo da hora-aula, o compromisso da gestão escolar com fomento da intersectorialidade entre saúde e educação, a consolidação de um monitoramento de processo e um alinhamento ético com os princípios da promoção da saúde.

O **ARTIGO 2 - Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016)** (Submetido na “Revista Cadernos de Saúde Pública” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer), caracterizou-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 Curitiba, 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). Concluiu-se com esse estudo que o método de análise de dados desenvolvido na pesquisa demonstrou potencial analítico para contribuir com necessidades de ajustes verificadas nos Formulários. Verificou-se a probabilidade de 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.

○ **ARTIGO 3 – A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas** (Submetido na revista “Interface: comunicação, saúde e educação” em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer), apresentou-se como uma revisão de literatura, do tipo narrativa, com o objetivo de refletir sobre a ciência da prevenção baseada em evidência no contexto das políticas públicas sobre drogas e os desafios da difusão de inovações no Brasil. Concluiu-se que aspectos de adaptação de programas que estão localizados nas etapas iniciais de implantação de inovações, nas políticas públicas devem estender-se por todas as fases, afim de abranger a diversidade cultural como no caso brasileiro. A inovação em contextos vulneráveis deve cuidar para a não reprodução de fatores de risco sociais e institucionais, pois irá imediatamente descaracterizar-se enquanto tal.

Por fim, as **Considerações Finais** apontam para novas agendas de pesquisa e práticas em prevenção e promoção da saúde, que venham a fortalecer as políticas públicas de drogas numa perspectiva de reafirmação da reforma sanitária, que deve ter um compromisso permanente com a superação das desigualdades sociais. As evidências da ciência precisam ampliar a visão convencional das causalidades e se integrar à complexidade, que responde mais adequadamente às especificidades de políticas públicas, especialmente àquelas que impactam nos ciclos de isolamento e desfavorecimento social.

2 OBJETIVOS

A presente Tese tem o objetivo geral de estudar as contribuições e os limites da prevenção ao uso problemático de álcool e outras drogas baseada em evidências, no contexto de políticas públicas de saúde e educação. Para tanto, seguiu os seguintes passos intermediários:

- Analisou a fase de implantação piloto no ano de 2013 do programa escolar de prevenção ao uso de álcool e outras drogas - *Unplugged*, coordenada pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de contribuir com a sustentabilidade da iniciativa na sua etapa de disseminação, a partir da análise e sistematização de procedimentos percebidos como pertinentes e relevantes para o contexto brasileiro e adequados à cultura do público alvo;
- Avaliou os resultados do monitoramento da implantação do programa *Unplugged*, que em 2014 passou a ser chamado *#Tamojunto*, a partir da análise do instrumento “Formulário de monitoramento – Professor”, entre os anos de 2014 a 2016, de aspectos relativos à fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade da implantação.
- Avaliou o instrumento de monitoramento do programa *#Tamojunto* - “Formulário de monitoramento – Professor” - entre os anos de 2014 a 2016, em relação à sua capacidade de responder aos objetivos de monitoramento de processo no contexto de intervenções complexas; e
- Revisou sobre a ciência da prevenção baseada em evidência e sua relação com políticas públicas, em especial sobre os desafios da disseminação de inovações no campo no contexto brasileiro e de novos paradigmas científicos da pós modernidade.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época. As articulações entre sociedades e Estado, no âmbito coletivo-público-social, definem nas diferentes conjunturas as respostas às necessidades e problemas de saúde, em sucessivos movimentos históricos de recomposição de práticas de produção de saúde (BATISTELLA, 2007; BUSS, 2003; PAIM, 1998).

As crescentes ações em prevenção, que visam a adoção de comportamentos saudáveis por sujeitos, trazem uma problemática atualizada do desafio da saúde, que é a transformação da saúde de um valor individual para um valor coletivo, ampliando a abordagem curativa para social e convocando a necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e na própria crise do setor (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; FREITAS, 2003)

Paim (2008) aponta que há um processo de arrefecimento dos ideais reformistas, que se expressaria na ausência de proposições mais radicais da reforma sanitária brasileira, quando se considera que o Sistema Único de Saúde (SUS) era apenas uma das partes da agenda da reforma sanitária e, portanto, com ela não se confundiria. A prevenção e promoção da saúde são nesse estudo apresentadas como frentes de ação que transbordam os limites de um setor e os limites da reforma como atualmente de impõe.

A radicalização da reforma deveria envolver a instalação de um movimento político com capacidade de produzir mudanças na estrutura da sociedade capitalista, na emergência de um modelo de sociedade menos reprodutor de desigualdade, de doença e de más condições de vida que envolvem as populações do país. Nesse sentido, a reforma sanitária conformaria uma agenda de mudança política que envolve ir além do estrito financiamento, da gestão e do pacto político, para a formatação de um sistema de saúde. O SUS seria algo muito menor do que aquilo que (alguns) reformistas tinham em mente ou em vista (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As sociedades e os modos como estão organizadas em sistemas são complexas na medida em que não interagem de maneira previsível e, por isso, se

faz necessária a compreensão das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho, dos determinantes contextuais e comportamentais e da representação social dos comportamentos a serem prevenidos, como é o caso do uso problemático de substâncias psicoativas (PENELOPE et al., 2009).

A agenda de políticas sobre drogas está posta nas sociedades e ocorrem diferenças entre os modos como países e estados organizam seus sistemas (programas, projetos e serviços). Analisar como essas políticas estão sendo colocadas em pauta ajuda a perceber, justamente, os paradigmas e pressupostos que produzem e são produzidos pelas culturas e sociedades sobre o uso de álcool e outras drogas.

No Brasil, dentre os objetivos da Política Nacional sobre Drogas, a prevenção é apresentada como devendo ser pautada em princípios éticos e pluralidade cultural, orientada para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, em seus diferentes modelos. Ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano e à promoção da saúde, o que inclui: o incentivo à educação para a vida saudável; acesso a prática de esportes, cultura, lazer; a socialização do conhecimento sobre drogas e o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade nas ações (BRASIL, 2011).

As bases do movimento pela promoção da saúde, desde o Relatório Lalonde (1974) à Carta de Ottawa (1986), estabelecem o “campo da saúde” composto pela biologia humana, pelo sistema de organização dos serviços, e pelo ambiente e estilo de vida. Os principais elementos discursivos do movimento da promoção da saúde visam a integração da saúde como parte de políticas públicas saudáveis, a atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, a reorientação dos sistemas de saúde e a mudança dos estilos de vida (BRASIL, 2001; BRASIL 2015a).

O uso abusivo de álcool e outras drogas é apresentado no Brasil como Tema Prioritário na Política Nacional de Promoção da Saúde e compreende em promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo, com a co-responsabilização e autonomia da população a partir de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais (BRASIL, 2015; BRASIL, 2015a). Nesse contexto, cabe lembrar do lançamento das Escolas Promotoras de Saúde pela *Organização Panamericana de la Salud* (2000), que reorienta o setor saúde em sua responsabilidade de colaborar com o setor educativo para a criação

de ambientes saudáveis ao desenvolvimento das crianças e jovens na melhoria da saúde da população em idade escolar, com ofertas de oportunidades educativas e ambientes saudáveis que garantam melhor desempenho no aprendizado e diminuam o fracasso escolar. Esse movimento gera, no Brasil, a instituição do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como uma de suas metas a prevenção ao uso de álcool e outras drogas (SANCHEZ, 2017; BRASIL, 2007).

A intersectorialidade em saúde pode ser definida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes de diferentes setores, como a saúde e a educação, tendo por objetivo a atuação compartilhada para melhoria de serviços. Assim, significa compartilhamento de poder entre os setores, o que exige negociação, consenso e pactuação na inclusão das diferenças, sem sobreposição de um setor. Parte-se do pressuposto de que nenhum setor isolado possui todos os recursos e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde (GIOVANELLA et al, 2009; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Os conhecimentos gerados pelas evidências permitem, então, indicar que a prevenção e a promoção podem, e é recomendado, serem tratadas como um sistema, para então serem organizadas enquanto política (OESTERLE et al., 2010; BURKHART, 2011; FAGAN et al., 2011). Elas não devem ser colocadas no âmbito de mudanças individuais, de respostas pontuais às crises. Elas devem ser incorporadas à perspectiva da reforma política e democrática, porque quando organizadas em sistema, intersectorialmente e de maneira coordenada, as intervenções passam a incidir sobre a determinação social da saúde, como o consumo excessivo de drogas, o bem estar mental, enfim, sob o modo como as mediações entre fatores de risco e de proteção influenciam nas vulnerabilidades sociais e reproduzem desigualdades (RUMEL et al., 2005; BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BUSS; ZIONI; WESTPHAL, 2007).

A agenda de políticas sobre drogas pode ser olhada em paralelo à agenda de políticas em Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica impacta as normas, crenças e serviços de acolhimento aos usuários de drogas e, também, colabora com a construção de uma agenda de prevenção em bases comunitárias e em rede de serviços (BRASIL, 2011). A luta pela mudança do Modelo de Atenção e Defesa de Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental constitui-se hoje na principal questão da Política de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2011). O momento atual é

marcado pela consolidação das políticas públicas em torno do modelo de atenção psicossocial de base territorial, em contraposição ao modelo clássico da psiquiatria, que vê no hospital e no isolamento dos usuários, a principal estratégia de cuidado no campo da saúde mental (BRASIL, 2011).

Inicialmente, as principais estratégias desse processo de Reforma foram o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas e outras estratégias de reinserção e reparação social como o “Programa de volta para casa”, dirigido a pacientes asilares, egressos de hospitais psiquiátricos. Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com uma diversidade de componentes, como consta da Portaria Ministerial 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), republicada em 21 de maio de 2013.

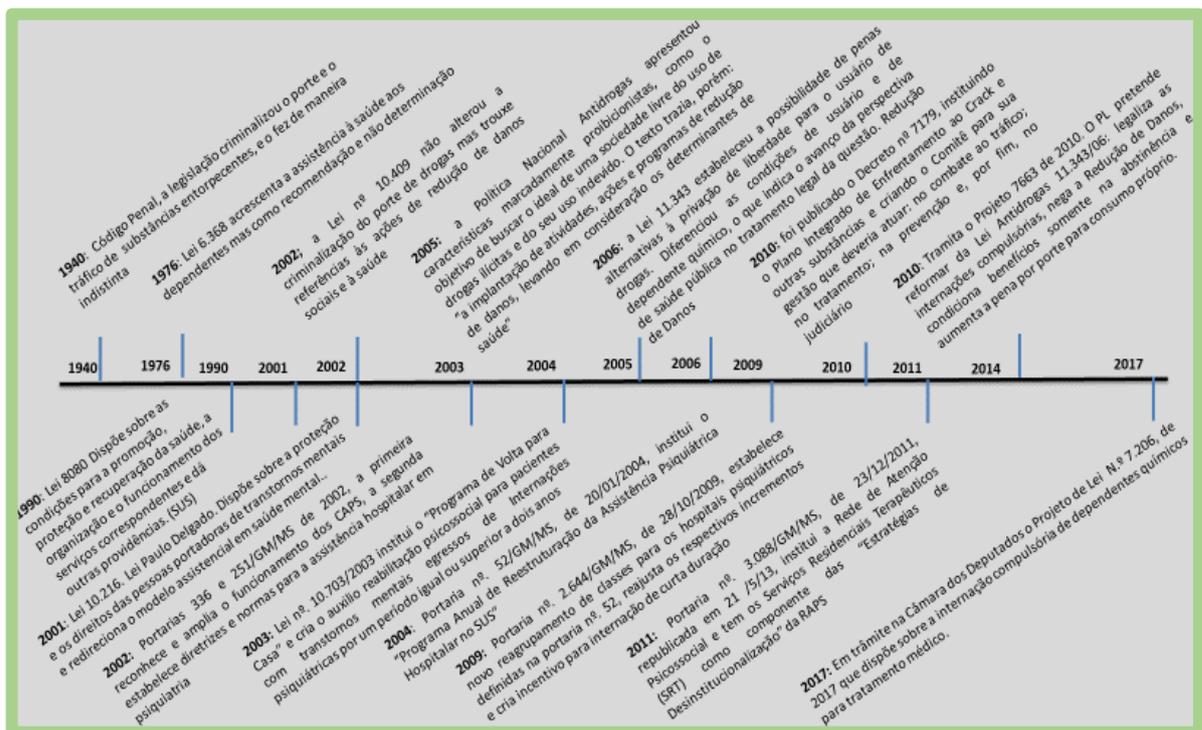


Figura 1. Linha do tempo das Políticas em Saúde Mental e Políticas sobre Drogas.

A RAPS, em parceria com outras redes intra e Intersetoriais, deve organizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção baseadas em boas práticas, em práticas inovadoras, em evidências, alinhada com as diretrizes da Política de Saúde e seus princípios éticos, sobretudo nas modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores de drogas e aos contextos onde são consumidas. As

normas que propõem a criminalização do usuário de drogas ilícitas somada à desigualdade social e econômica do país interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2015).

Essas normas às vezes estão traduzidas em documentos legais ou estão inseridas de forma simbólica na estrutura da sociedade na qual convivemos, podendo resultar na coesão ou na coerção social. Os mecanismos legais para diminuição da coerção social e aumento da coesão são determinados historicamente e estão sempre em disputa na sociedade (BRASIL, 2015).

No âmbito da consolidação ou melhoria das políticas públicas sobre drogas, estratégias de prevenção com base em evidências têm sido defendidas na perspectiva do uso adequado de verbas para a produção dos efeitos desejados e a não produção de efeitos iatrogênicos (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL, 2013; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

A ciência e a evidência, por si, não conseguem atuar no campo de decisões na formulação de políticas, mas podem atuar na mediação entre os diversos interesses pautados nas normas e na cultura. O fazer político, que deveria estar baseado na ética da preservação da vida, é sempre mediado por interesses de sujeitos e grupos sociais. Essa tensão entre diferentes interesses pode, a partir de conhecimentos e evidências, encontrar respostas que permitam a não reprodução de ações que não estejam alinhadas a essa ética.

Segundo as Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas das Nações Unidas (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES, 2014), a evidência indica que diversos fatores contribuem para o uso problemático de álcool e outras drogas. Estes fatores incidem tanto na disposição de um indivíduo em experimentar drogas quanto em sua suscetibilidade para desenvolver um uso problemático das drogas (VOLKOW; LI, 2004). Dentre esses fatores tem-se: o longo histórico de desfavorecimento social e pessoal; temperamento e traços de personalidade que podem ser influenciados por variações genéticas (DICK et al., 2006; MERIKANGAS et al., 2009), problemas pré-natais; experiências adversas na infância, educação precária, ausência de vínculos significativos; isolamento social e transtornos mentais (FERGUSON; BODEN; HORWOOD, 2008, ZUCKER et al., 2008). Além disso, muitos indivíduos que fazem uso problemático de drogas começam e continuam a usá-las em uma tentativa

equivocada de lidar com essas condições adversas de vida, tais como contextos de violência e abuso, pobreza e exclusão social extrema, fome e carga de trabalho excessiva (KHANTZIAN, 1985; PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

Essa complexidade traz um ponto decisivo de mudança nas práticas de prevenção que, ao deixarem de ser baseadas na punição e informação moralista, passam a promover o fortalecimento de vínculos entre sujeitos, instituições e comunidades. A sala de aula e seus vínculos podem favorecer essa proteção que se amplia para todos os contextos que nos fazem expressar nossa humanidade (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

Os adolescentes com frequência se colocam em situações que envolvem algum grau de transgressão e risco, e a escola como espaço de socialização do jovem vive em seu cotidiano a mediação dessas transgressões (ZAPPE, 2014). Teóricos do desenvolvimento humano atribuem essas vivências como algo natural da fase em que o adolescente vivencia a afirmação de sua personalidade. Assumir que comportamentos transgressores fazem parte do cotidiano escolar, pode facilitar a lidar com essas situações, impactando no desconforto e insegurança naqueles que zelam pela instituição (BRONFENBRENNER, 2005; PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

Uma revisão sistemática publicada pela WHO (HAWKS; KATIE; MYANDA, 2002) organizou um conjunto de evidências, de “boas práticas” no campo da prevenção, que são aquelas que demonstraram a partir de ensaios controlados alteração na faixa etária do primeiro uso e no padrão do consumo já iniciado. O documento, resumido por Valério, Pedroso e Garcia (2015) avalia e compara mediadores e resultados para aquelas ações baseadas em intervenções em escolas e recomenda que:

- é necessário considerar os dados de prevalência do início do uso de drogas, pois essa informação varia conforme os contextos socioculturais. A idade inicial irá orientar quais as ações devem ser desencadeadas antes dessa idade, quais são recomendadas para o grupo etário do início do uso e após a idade – intervenções apropriadas para cada faixa etária;
- intervenções antes do uso tem o potencial de desempenhar uma importante mudança nos padrões de comportamento e nas respostas em relação ao álcool. Para essa faixa etária programas curriculares são também relevantes,

especialmente aqueles em que as informações e as habilidades tem um sentido prático e imediato de aplicação;

- estudos indicam que as ações de prevenção após a faixa etária do início do uso têm uma eficácia pouco relevante, especialmente para os grupos que já estão expostos ao uso de álcool e a grupos etários mais velhos que fazem uso de drogas e praticam comportamentos de risco – como, por exemplo, dirigir em estado de embriagues;
- não há estudos suficientes que indiquem o potencial de impacto, nos comportamentos e nos padrões de uso, da inclusão do tema do uso de substâncias nas matérias que fazem parte de um currículo de Educação para saúde. Devido à extensa quantidade de informações que já fazem parte das matérias curriculares, indica-se a incorporação da temática em áreas centrais;
- há um consenso fortalecido de que 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 – para se tornar interessante e ter sentido. Os ajustes culturais se tornam importantes desde o planejamento e durante toda a intervenção, para atender às especificidades de cada grupo;
- ainda que os estudos abordem pouco sobre o modo como a intervenção é realizada e a sua influência na efetividade, estudos recentes indicam que uma fase formativa com aqueles que conduzirão a intervenção, antes da realização da mesma, é importante. É nessa fase que deve ocorrer o mapeamento das necessidades relevantes do contexto da intervenção. O monitoramento do processo pode elevar as intervenções ao nível da pesquisa e contribuir com a produção de conhecimento;
- a participação de estudantes de alto risco nos programas é limitada devido ao elevado absentismo e às taxas de abandono, porém estratégias diversas devem ser planejadas para manter esses estudantes no programa pelo tempo que for possível;
- antes da disseminação dos programas, eles devem ser implementados numa versão piloto e incorporados a eles as sugestões de mudança indicadas pelos professores e estudantes;

- indica-se pesquisas sobre o impacto na redução ou diminuição do uso de substâncias, particularmente o tabaco, álcool e maconha, para a replicação da intervenção;
- os níveis de influências externas devem ser analisados pela comunidade escolar na implementação de programas preventivos, especialmente as familiares e políticas, e para tanto deve envolver os esforços dos agentes escolares como um todo. As habilidades, tempo e recursos exigidos na implementação dos programas devem ser estudadas e combinadas;
- as intervenções devem ser realizadas ao longo de vários anos e planejadas a partir das habilidades, conhecimentos e experiências dos alunos à medida que progredem na escola. Geralmente, é indicado um maior número de sessões no ano inicial (4-10 sessões) com o prosseguimento dos programas de 3-8 sessões e 5-8 sessões nos anos subsequentes. É importante que os programas perdurem ao longo do tempo para maiores resultados na mudança de comportamento;
- a educação normativa trabalhada numa abordagem de influência social garante maior eficácia do que o treinamento de habilidades de resistência. Quando a prevalência de uso de substâncias aumenta, a educação normativa torna-se menos eficaz – por isso faz-se necessário um monitoramento da prevalência do uso;
- programas interativos são, pelo menos, duas vezes mais efetivos do que programas não interativos e requerem facilitadores habilitados no manejo de grupo. Eles devem ser implementados de modo a promover o intercâmbio de ideias entre os educandos;
- programas baseados na transmissão de conhecimento, tendo como foco a informação para mudança de comportamento, tem pouco efeito comprovado. O tipo de informação deve ser relevante aos educandos e ser aplicável às experiências cotidianas - mas isolada é uma estratégia ineficiente; e
- intervenções baseadas na educação entre pares, em que os facilitadores são educandos da mesma faixa etária ou mais velhos, ainda não foram capazes de demonstrar seus efeitos positivos ou negativos – são necessárias novas pesquisas para avaliação dessa modalidade de interação.

É na perspectiva da transformação social que se deve corroborar com o investimento de recursos em práticas facilitadoras efetivas. Se recomenda a disseminação de ações somente mediante a avaliação prévia em termos de eficácia e efetividade e na incorporação de mecanismos de monitoramento de processo (KING et al., 1998; MCLENNAN; MACMIULLAN; JAMIESON, 2004). Para suprir as lacunas na sistematização e produção de práticas com base nas evidências podem se utilizar as seguintes estratégias a) investimento em avaliação científica da efetividade das ações em andamento desenvolvidas pelos profissionais e comunidades e sua transformação em programas estruturados para possível replicação; b) investimento em desenvolvimento de programas com base na ciência, e sua posterior avaliação em termos de eficácia e efetividade; e c) importação dos programas estrangeiros com resultados de efetividade já comprovados.

A prevenção deve ser compreendida como uma estratégia para promover a saúde das populações, superando a prevenção focada em doenças ou focada na mudança dos comportamentos individuais, que não favorece as reformas sociais e políticas necessárias para que enfrentemos as desigualdades que criam barreiras de acesso aos direitos garantidos em constituições e convenções. Não há garantia de direitos sem o exercício da equidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas nos países de média e baixa renda, incluindo o Brasil, ainda vem sendo abordada no âmbito de ações e programas, colocando em pauta o desafio de se constituir enquanto sistema, regulamentado por políticas que desenvolvam e implementem infraestruturas, intervenções e serviços que venham a impactar na redução dos problemas associados ao consumo e no retardamento do início do uso. Ainda distante de ser uma política social, organizada por princípios e diretrizes acordados entre as diferentes esferas de governo, no Brasil há inúmeros esforços, empreitados por iniciativas individuais e por instituições diversas, realizados de forma difusa e pouco articulados entre si. Estes projetos, programas e ações, muitas vezes se definem como preventivos, ainda que não tenham seu efeito preventivo verificado (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; PEREZ-GOMEZ; MEJIA-TRUJILLO; MEJIA, 2016; OLIVEIRA, 2012; CANOLETTI; SOARES, 2005).

Requer ainda mais atenção e cuidado quando grande parte das iniciativas que se apresentam como preventivas são marcadas pela descontinuidade e pelo predomínio do modelo da “guerra às drogas”, já bastante questionado em sua

efetividade, que sob a hegemonia da orientação norte-americana, prioriza a atuação junto ao foco nas drogas em si e sua repressão, desconsiderando outras dimensões psicossociais fundamentais na constituição desta problemática (BUCHER, 1992; CARLINI-COTRIM, 1998; CANOLETTI; SOARES, 2005; FAGGIANO, 2010; SODELLI, 2010; SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER; LIMA, 2011; FERREIRA et al., 2010).

Até meados dos anos 90 a prevenção era compreendida como sendo organizada em três níveis: primária, secundária e terciária, equivalente à prevenção, tratamento e reabilitação (CAPLAN, 1980; LEAVELL; CLARK, 1965). A partir de Gordon (1987), a prevenção passa a ser diferenciada como universal (dirigida a um grupo, com diferentes exposições aos riscos entre si), seletiva (dirigida a um grupo com exposições maiores ao risco e semelhantes entre si) e indicada (dirigida a um grupo em que o comportamento de risco está instaurado). Já o modelo de prevenção proposto por Weisz et al (2005) inclui os determinantes sociais e as variabilidades das mediações entre fatores de risco e proteção, colocando a Promoção da Saúde como a etapa final de intervenções preventivas.

A partir do modelo de Weisz et al (2005), aqui adotado como referencial teórico, os programas preventivos representam um conjunto de estratégias diferentes, visando diferentes aspectos da ecologia do desenvolvimento humano e projetados para a implementação em uma ampla gama de configurações comunitárias e clínicas (BRONFENBRENNER, 2005). A juventude, a família e a comunidade são colocadas no centro desse modelo circular, no qual as características individuais e as conexões sociais configuram processos favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento saudável. Estas interações são circundadas pela cultura, que reflete as influências das diferenças sociais e étnicas nas histórias, normas e valores de indivíduos, famílias e comunidades. Tais diferenças requerem atenção em todas as sociedades, e certamente 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).

No modelo integrativo (WEISZ et al, 2005) a cultura também é apresentada como um conceito de ligação para indicar que a utilização e a eficácia dos

programas de prevenção e tratamento provavelmente serão melhoradas na medida em que se harmonizem bem com as histórias, normas e valores daqueles que os intervenientes procuram servir (CASTRO; BARRERA JUNIOR; MARTINEZ, 2004).

A prevenção, que se organiza a partir de referenciais ecológicos, encontra na Saúde Coletiva aportes metodológicos para produção de evidências que abarquem a complexidade das interações em investigação, e que vá além de explicações de causalidades típicas da produção de conhecimento baseada em modelos lineares. Diversos autores têm expressado seus pontos de vista em relação ao conceito de complexidade e sua influência na avaliação e monitoramento de intervenções: cada problema em cada contexto requer uma resposta social específica consistente em uma combinação de ações em direção às determinações sociais de saúde. (SALAZAR, 2009; SHIELL; HAWE; GOLD, 2008).

Shiell; Hawe; Gold (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.

Muitos avanços já foram conquistados nesta área e há uma significativa produção científica sobre a avaliação internacional de ações preventivas (BECOÑA-IGLESIAS, 2002; EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL, 2013; FAGGIANO, 2010; SLOBODA; BUKOSKI, 2003). Há no mundo uma crescente ênfase, por parte dos tomadores de decisões de políticas públicas, na incorporação de práticas de prevenção do uso de álcool e outras drogas baseadas em evidências, assim como na própria busca de produção de evidências através de avaliação de ações e programas.

Essa ênfase convoca a novos modos de se produzir saberes, que irão influenciar diretamente nas agendas de pesquisas dos países, ao pautar o desafio do alinhamento entre pesquisa e gestão de políticas públicas, com seus diferentes tempos e prioridades e, sobretudo, o desafio de assegurar que, para além do estudo dos impactos, é preciso estudar os processos que sustentam os resultados, a fim de

tornar as ações replicáveis e suportadas por modelos de disseminação que favoreçam a qualidade. (FISHBEIN et al., 2016; DOMITROVICH et al., 2008).

3.1 O monitoramento e a avaliação fundamentados pela complexidade

Política pública é um conjunto de metas definidas por governantes, com diferentes graus de participação dos governados, com o objetivo de solucionar determinados problemas sociais em curso ou preveni-los. Políticas públicas são efetuadas a partir de ações decididas em um governo e, por isso, pressupõem uma escolha do governante de fazer ou não fazer algo pela temática em pauta, que se constitui como a agenda política. (HOWLETT; RAMESH, 1995; KNILL; TOSUN, 2011).

Os pressupostos da formulação de políticas (*policy-making*) requerem o reconhecimento de um problema como público, o que significa que uma situação social deve ser definida como problema que necessita de intervenção do Estado (JANN; WEGRICH, 2007). Nenhum fato objetivo constitui um problema em si mesmo e, por isso, a afirmação da pauta representa uma construção coletiva diretamente ligada a percepções, crenças, interesses e valores dos atores envolvidos, e depende das pessoas afetadas pela questão, dos comportamentos que precisam mudar para solucionar o problema e do suporte dos sistemas (HILL, 2013).

Apesar dos avanços, os informes de medidas sobre drogas na Europa demonstram que boa parte das intervenções preventivas, ainda que estejam bastante difundidas, não se apoiam em evidências científicas, o que tem sido indicado com um dos pontos frágeis nas políticas públicas de prevenção (OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS, 2011).

Mesmo que as evidências tenham mostrado que as políticas pautadas pela “guerra às drogas” não foram capazes de reduzir índices de consumo e de combate ao sistema de produção e oferta de drogas, essa ainda é uma escolha de boa parte dos governantes no Brasil (BUCHER, 1992; CANOLETTI; SOARES, 2005). E aqui as drogas “em si” como um problema público é de natureza política e não científica. Os assuntos ou problemas podem chegar à agenda política por meio das evidências, mas geralmente chegam por meio de outros fatores, como a influência dos meios de comunicação, a difusão de ideias advindas de círculos profissionais, e os interesses de elites políticas, sendo que, muitas vezes, ocorrem na mudança de

partidos no controle do governo, através de eleições (KINGDON, 2003; JANN; WEGRICH, 2007).

Para organizar intervenções preventivas articuladas e sustentadas por paradigmas diferentes do proibicionismo e dos apelos morais centrados na droga como “objeto”, as mudanças não devem estar focadas em sujeitos ou setores, mas devem envolver a transformação de paradigmas de modelos de saúde e de educação. No campo da saúde configura-se como uma mudança do modelo biomédico, centrado na doença, para um modelo pautado na determinação social da saúde (ALMEIDA-FILHO et al, 2003; ROSE, 1992; WHITEHEAD, 2000; GUNNING-SCHEPERS, 1999). No campo da educação configura-se como uma mudança do modelo mecanicista e determinista, fundado na racionalização em que a ação pedagógica é centrada na transmissão de conhecimento, para uma racionalidade aberta que inclui as subjetividades, afetividades e emoções (FREIRE, 1987; MATURANA, 1998; MATURANA; VARELA, 1997; MORIN, 1998; MORIN; EMILIO-ROGER; MOTTA, 2003).

Nesse modelo centrado na doença e no “objeto” droga, há uma inversão entre os investimentos na redução da oferta e redução da demanda no campo do uso de drogas. Morin e Collins (2000) indicam que no ano 2000, o governo dos Estados Unidos investiu US\$ 18,5 milhões com o tema das drogas, sendo que 68% destes foram para redução da oferta (cumprimento das leis, repressão e acordos internacionais). A porcentagem que coube à diminuição da demanda inclui estratégias de tratamento, prevenção e pesquisa sendo que a prevenção foi uma estratégia secundária ao tratamento.

Mesmo com a priorização do investimento na redução da oferta, ela não se mostrou eficaz. Os investimentos em tratamento também não apresentam resultados que possam sustentar uma opção por ele em detrimento da prevenção (BECOÑA - IGLESIAS, 2002). Sales (2004) indica que nos EUA, das pessoas que necessitam de tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas, um pouco mais de 50% conseguem acessá-lo, e desses somente metade dão continuidade ao tratamento. Dos que dão continuidade ao tratamento, 2 a cada 10 pessoas conseguem uma recuperação total.

Já no campo da prevenção foi demonstrado que para cada dólar investido nos EUA em prevenção, em torno de 4 a 5 dólares são economizados em tratamento dos problemas decorrentes do uso de drogas (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG

ABUSE, 2003). Esse investimento não se refere, porém, a qualquer intervenção, mas à prevenção baseada em princípios e orientações com confirmação de redução de consumo ou retardamento do início do uso. Estratégias preventivas que priorizam intervenções exclusivamente informativas ou baseadas no argumento do proibicionismo, e que costumam se realizar por meio de palestras sobre os efeitos nocivos à saúde ou em depoimentos de ex-usuários, não apresentam resultados e podem, inclusive, ter efeitos inócuos ou até iatrogênicos, como o estímulo ao uso (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES, 2014; SLOBODA; BUKOSKI, 2003; BECOÑA - IGLESIAS, 2002; SHAMBLEN et al, 2014; WERCH; OWEN, 2002; EUROPEAN MONIROTING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2011).

O paradigma dos determinantes sociais com as interações entre os fatores de risco e fatores de proteção responde mais adequadamente à complexidade do uso de drogas (ERIKSSON et al., 2010; DALTON; ELIAS; WANDERSMAN, 2007). O uso de drogas deve ser entendido como uma interação entre fatores que protegem e que colocam em risco a saúde do sujeito, que habita e convive em um ambiente e comunidade que possui crenças, normas e valores, e que esses fatores podem incrementar as condições de vulnerabilidade.

Não se trata de focar nos fatores de risco ou nos de proteção, considerando-os estanques e universais como nas primeiras intervenções preventivas desenvolvidas no passado, pois as intervenções consideradas mais efetivas são aquelas que atuam na interação desses fatores, objetivando minimizar os fatores de risco e maximizar os fatores de proteção de cada contexto (COWEN, 2000; PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015).

As tentativas de respostas na prevenção baseadas em relações causais do uso de drogas não são suficientes porque as relações são interacionais e não causais. Com frequência as variáveis consideradas dependentes, aquelas que são os objetos de investigação (como por exemplo o uso de drogas), e as variáveis independentes, aquelas que são manipuladas na investigação (como por exemplo as condições socioculturais, biológicas, psicológicas) se revelam ao longo de estudos como trocadas, as variáveis dependentes se mostram na verdade, variáveis independentes. Isto deve ser considerado na avaliação de políticas ou programas, baseada em resultados, especialmente na adequação aos diferentes contextos.

O estudo dessa cadeia de mediações entre fatores de risco e proteção permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto, incluindo, por exemplo, impactos diferentes sobre gêneros. (BECOÑA-IGLESIAS, 2002; VIGNA-TAGLIANTI et al., 2009; VIGNA-TAGLIANTI et al., 2014; EISENBERG et al., 2014)

Essas interações permitem compreender que a prevenção centrada nos sujeitos e suas mudanças de comportamento pode conseguir algum resultado, mas que dificilmente se sustenta no tempo quando se encontra com as normas sociais e culturais que o influenciam. É difícil mudar comportamentos que coloca os sujeitos em risco sem mudar as normas que os influenciam (ROSE, 1992).

A ciência e suas evidências podem mapear caminhos para superar os desafios de transformação de normas sociais e culturais que sustentam fragmentações e vulnerabilidades de sujeitos e coletivos, e pode atuar na transposição de modelos eficazes para a realidade, da boa técnica à boa prática, indo além de contextos controlados de estudos, que não se reproduzem no “mundo real” e, portanto contribuem com uma parcela na consolidação de sistemas complexos de prevenção, mas não com o todo (TIBBITS et al., 2010; PROCTOR et al., 2009; DURLAK; DUPRE, 2008).

Ainda assim, a probabilidade de se alcançar resultados de efetividade é maior na implantação de um programa previamente avaliado (seja ele local ou importado), do que de um programa desenvolvido localmente sem embasamento em pesquisa (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2009; MURTA, 2011). Em termos de custo-benefício, a implementação de um programa baseado em evidências para o novo contexto se mostra, muitas vezes, mais econômica do que o desenvolvimento e avaliação de um programa novo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

As ações e programas sempre irão fazer parte da rede complexa dos sistemas sociais aos quais estão inseridos. A difusão de boas práticas requer especial atenção, particularmente quando se dá através de políticas públicas já existentes, por ter que se inserir nos contextos e relações previamente estabelecidas.

O percurso epistemológico que fundamenta os caminhos teóricos e metodológicos dessa Tese está balizado pelas seguintes premissas: a não

distinção entre as ciências naturais e ciências sociais sustentada pela defesa de métodos mistos de apreensão da complexidade em estudo; revalorização de estudos humanísticos; e organização do fazer e do dizer no contínuo filosofar sobre a prática (Santos, 2008).

É preciso então definir que o paradigma da complexidade (pós moderno) aqui adotado rompe com a tradição metafísica da ciência, centrada em modelos lógicos de leis causais, para provocar a integração dos sistemas de crenças, dos juízos de valor, que não estão nem antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade mas são parte integrante dessa mesma explicação. Com isso deve-se contextualizar as boas práticas em saúde e não generalizá-las, gerando ao contexto o ônus da não efetividade sustentada por um visão metafísica de resultado.

É assim que a escola se apresenta como lócus de reflexão. A instituição escola se destaca pelo seu papel de atuar e influenciar a mudança das normas sociais, sendo um setor estratégico para a implementação de ações na perspectiva de contribuir com a formação de cidadãos, por ser um espaço privilegiado para as relações humanas, para a reflexão sobre a realidade, para a construção de projetos de vida. Daí a importância da escola como espaço para o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso abusivo de drogas (EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL, 2010).

As ações de prevenção em escolas devem acontecer num clima de relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos para que possa se estender aos demais setores, como o da saúde, na perspectiva da intersetorialidade, e tornando assim possível uma intervenção comunitária, que possa fortalecer a coesão social, percebida como um fator protetor em diversos estudos (EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2008; BECOÑA-IGLESIAS, 2002).

As ações preventivas em escolas não devem limitar-se às mudanças dos sujeitos - estudantes, mas incluir essa dimensão é relevante e o desenvolvimento de habilidades de vida têm sido apresentado como uma estratégia favorecedora de promoção de saúde. As habilidades de vida são as capacidades de se relacionar com os outros a partir de parâmetros de respeito que pressupõe o autoconhecimento, a empatia, a capacidade de lidar com os sentimentos e com o estresse, a comunicação eficaz, o pensamento crítico, pensamento criativo, a tomada de decisão e a solução de problemas. Essas habilidades podem ser

desenvolvidas por meio do ensaio de determinado comportamento em contextos semelhantes aos da vida real, com o espelhamento de competências e atitudes a partir de situações - exemplo vivenciadas na relação com os outros componentes do grupo de educandos e com o próprio professor como modelo (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA; 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; BOTVIN, 2004; EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2011).

Dados demonstram que as intervenções pautadas na promoção de habilidades de vida vêm confirmando seus efeitos preventivos em estudos longitudinais de 20 anos de seguimento. (BOTVIN et al., 1995; SILVA; MURTA, 2008; BOTVIN; GRIFFIN, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Essas evidências revelam as habilidades de vida como fatores de proteção ao uso de drogas, e se destacam as habilidades de manejo das emoções, criatividade, pensamento crítico, resolução de problemas e tomada de decisão (PAIVA; RODRIGUES, 2008). Habilidades exercidas na vivência dos vínculos familiares, tais como a supervisão familiar, compartilhar rotinas domésticas e negociar o uso do tempo livre pelo adolescente também são fatores de proteção importantes frente ao comportamento de risco de abuso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes (ALLEN; COOMBES; FOXCROFT, 2007; OKULICZ-KOZARYN; FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2012; SANCHEZ et al, 2005; KUMPFER; ALDER, 2006).

Trabalhar com habilidades de vida junto à educandos traz um desafio para o campo da educação, especialmente nas instituições em que o currículo está construído em torno da proposta de transmissão de conhecimentos. Por isso, assim como se dá no campo da saúde, na educação os passos para uma intervenção interativa, lúdica, em que o professor ocupa um papel de mediador, não é um caminho já conhecido ou trilhado em muitas das escolas brasileiras. Nessa experiência deve-se romper com posturas de uma prática prescritiva, informativa e autoritária, para aprender a atuar captando paixões, angústias, medos ou alegrias. O que está em questão na prevenção não é somente a adequação de conteúdo, mas uma adequação de modos de ser e conviver: um convite à mediação de emoções (MATURANA, 1998; ARRUDA, 2012).

O tensionamento está posto na medida em que a produção e disseminação de conhecimentos, de “boas práticas”, e a escolha de umas em detrimento de outras

na elaboração e sustentação de políticas de Estado, está mediada por interesses diversos de setores e da sociedade, governos, indústrias, grupos religiosos, grupos econômicos, grupos organizados da sociedade civil e a comunidade científica.

Assume-se nesse estudo, portanto, que evidências não se limitam àquilo que pode ser provado por meio de métodos estatísticos providos de estudos controlados, porque ainda esses estão localizados num tempo, numa cultura, tensionados por interesses diversos. Evidência é aqui definida como a forma mais sofisticada de entendimento na qual há um consenso razoável diante do exposto pelos métodos eleitos, ocupando-se do significado via entendimento e compreensão na perspectiva da complementariedade (SALAZAR, 2011). Mesmo com os cuidados que se fazem necessários com o lugar que se coloca em destaque um tipo de evidência em detrimento de outra, especialmente no que concerne às descon siderações das necessidades de se verificar os ajustes culturais necessários na implementação dos programas a fim de torná-los mais adequados para crianças e adolescentes e seus contextos, é recomendado que as escolas adotem programas com efetividade comprovada e que se some à implantação modelos de monitoramento e avaliação (VIGNA-TAGLIANTI et al., 2009; EUROPEAN MONIROTING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2008; EUROPEAN MONIROTING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2011).

A ciência baseada em evidência traz aspectos éticos relevantes para a tomada de decisões do gestor sobre os métodos eleitos para lidar com determinados problemas sociais. É preciso, porém, responder concomitantemente não só aos resultados e impactos objetivos advindos de modos de pesquisar de uma ciência metafísica, mas a um conjunto de perguntas no campo dos significados sociais e culturais de comportamentos individuais e coletivos que, se não compreendidos, podem interferir na sustentabilidade das políticas (CAMPOS, 2013).

Responder às evidências de intervenções complexas não é uma tarefa fácil, e para a construção de métodos de monitoramento e avaliação se faz necessário ter clareza sobre qual é a natureza e o alcance da intervenção, quais mudanças são pretendidas por ela, quais são as características que identificam a mudança e quais os elementos essenciais da intervenção que podem facilitar essas mudanças e em que contextos favoráveis. As intervenções que buscam mudanças nas dimensões política, social e cultural estão fortemente relacionadas ao contexto em que se

realizam e sofrem modificações durante seus ciclos de implementação - e sua definição operativa não é facilmente standardizável (SALAZAR, 2009).

É por isso que uma intervenção complexa deve dar conta não somente de resultados, mas, também, dos processos, numa compreensão de que a ação acontece em um sistema em que a saúde e a doença são reproduzidas e seu interior. Quando se estuda o comportamento de indivíduos, organizações e processos políticos, o conhecimento produzido pela ciência biomédica, pela noção probabilística de uma variável, é limitado em seu poder explicativo (SALAZAR, 2009).

Para agregar à complexidade, essas intervenções são implementadas em contextos da vida real, de modo que se transformam em várias condições de implementação e essas transformações ocorrem por períodos longos. Reduzir a complexidade das intervenções de promoção da saúde, quer ao condensá-las para um modelo logístico desprovido de atores, quer ao estabelecer sua forma em um ponto específico de sua evolução para facilitar a criação de categorias mais homogêneas e generalizáveis, seria equivalente a negar natureza da intervenção (POTVIN, 2006).

Nas avaliações das intervenções baseadas em evidência há uma tendência à desvalorização do conhecimento resultante de um processo dedutivo: aplica-se o conhecimento teórico a uma situação dada e sobrevaloriza-se a utilidade do conhecimento resultante de uma acumulação de observações empíricas, mesmo quando o número dessas observações é insuficiente. Na pressa de obter diretrizes de prática e padrões para praticantes de promoção da saúde, diminui-se o papel da interpretação e da reflexão na determinação de uma estratégia de ação, sendo que, é aqui que se deve concentrar os esforços de avaliação (POTVIN, 2006; SALAZAR, 2009).

Salazar (2009) propõe que a avaliação da efetividade de intervenções complexas deve se constituir em um processo sistemático, de sucessivas aproximações, porque não se trata de um exercício em um momento único. Isto implica integrar a avaliação no desenvolvimento da intervenção e na gestão da implementação, provocando a integração do monitoramento do processo como uma etapa da avaliação de efetividade. Assim, a avaliação se constituirá a partir de um enfoque sistêmico que inter-relacionará a lógica entre os componentes e destes com o contexto ao qual se inscreve.

A avaliação faz parte do processo de implementação, não sendo somente uma opção geralmente voltada para levantamento de informações sobre os resultados e impactos objetivos, ausente de lógicas explicativas dedutivas da interpretação do processo. O estudo do processo, além de direcionar intervenções no percurso, se torna o insumo mais importante para entender e explicar o “por quê” de um determinado resultado ou efeito. Os modelos teórico-lógicos na avaliação devem estabelecer relações entre aspectos estruturais e operacionais das intervenções com o contexto de implantação, orientando-se avaliações tanto dos resultados quanto dos mecanismos que levam aos resultados, com a contribuição do programa para o alcance de tais efeitos (SALAZAR, 2009).

Há a recomendação de adoção de programas já validados, mesmo que em outros países, pelo fato de terem sido avaliados e serem certificados com base em evidências, normalmente relacionadas com as testagens estandardizadas que respondem sobre efeitos, mas menos sobre processos. Porém o fato de ter apresentado efeitos em determinado contexto não é garantia de que isso será replicado para outro contexto: é necessária a validação e a avaliação (MELO; RODRIGUES; CONCEIÇÃO, 2015).

Todos esses fatores não só afirmam a necessidade da institucionalização de uma cultura de avaliação nas políticas públicas e intervenções em álcool e outras drogas, mas que esta cultura deve produzir informações descritivas de processos, capazes de impactar as tomadas de decisão na área. É imperativo a consideração de multiplicidades de métodos de pesquisa, que levem em conta a diversidade dos cenários, atores e suas interações, que fazem parte dos serviços e das políticas públicas sobre a temática (RONZANI; COSTA, 2015).

No âmbito de políticas públicas, coordenadas pelo Estado, essas devem estar estruturadas de modo a responder sobre diversos aspectos da intervenção frente a um problema social. Nesse processo o campo das análises das políticas se debruça na pesquisa sobre como as políticas são realizadas, qual processo envolve o *policy making*, como as decisões são tomadas, entre outros. Com o crescimento dos estudos no campo político, diversos autores passaram a definir o processo político em diferentes estágios, resultando no que hoje se chama o modelo do *policy cycle*, ou ciclo de políticas. Esse modelo consiste em cinco estágios: *agenda-setting*, formulação da política, tomada de decisão (*decision making*), implementação e avaliação (ou terminação, segundo alguns autores), que consistem na descrição da

cronologia do processo de formulação de políticas (JANN; WEGRICH, 2007; HILL, 2013; HOWLETT; RAMESH, 1995).

Melo e seus colegas (2015) apresentam tipologias de avaliação para cada estágio do ciclo de políticas, como segue o quadro abaixo:

Estágio do ciclo	Descrição das ocorrências	Tipo de avaliação	Descrição da avaliação
Agenda política	Reconhecimento que um questão social é um problema público e merece atenção do governo.	De necessidade	Deve responder à perguntas relacionadas ao problema social.
Formulação da política	Construção de estratégias, programas e soluções para o problema legitimado em pauta pública	De desenhos	Estudo sobre as formas já existentes de lidar com o problema. Contribui com a definição das estratégias e programas com a comparação de contextos e resultados.
Tomada de decisões	Definição das ações técnicas e programas, com planos de ação e direções a serem tomadas	De processos	Coleta de informações ao longo da execução do programa, relacionadas às pesquisas sociais, devendo ser fiel à proposta do programa eleito.
Implementação da política	Alocação de recursos para execução dos programas e planos. Produção de indicadores de monitoramento.	De resultados e impactos	Utilização de métodos mistos, incluindo pesquisas amostrais, estudos quase experimentais e experimentais entre outros, que visam apreender as realidades complexas das ações.
Avaliação (do tipo somativa)	Análise dos resultados da política e dos programas na perspectiva da solução do problema público.	De eficiência	Responde sobre o custo-efetividade que virão a justificar a continuidade das ações.

Tabela 1. Tipologias de avaliação para cada estágio do ciclo de políticas, adaptada de MELO; RODRIGUES; CONCEIÇÃO (2015).

As avaliações, como descritas acima, visam responder à crescente premissa de que as políticas públicas devem estar pautadas pela eficiência, eficácia e efetividade. Na eficiência deve-se considerar o máximo de resultados com um mínimo de gasto financeiro, levando em conta a racionalidade das ações e seus custos - benefício; na eficácia se estuda os impactos diante do problema em determinado grupo em comparação com outras possibilidades ou diante de nenhuma ação; e na efetividade deve-se responder o quanto tal ação tem aplicabilidade ou viabilidade de execução em contextos reais e diversificados (ROQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003; RONZANI; COSTA, 2015).

A articulação entre conhecimento, política e ação é um desafio que coloca as avaliações 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 (SALAZAR, 2009).

A diversidade de contextos de vulnerabilidade e de valores morais e culturais impacta diretamente o modo como as intervenções em políticas públicas são organizadas e realizadas, sendo que, sem uma adequação ao contexto, poderão comprometer desde a adoção até tentativas de disseminação e, por fim, a própria sustentabilidade (FALICOV, 2009; RENISCOW et al., 2000).

Na hora da replicação em novos contextos ou difusão em larga escala, os programas desenvolvidos e testados no contexto de pesquisa são raramente implementados da forma como foram originalmente propostos e manualizados - as adaptações dos programas pelos profissionais implementadores são mais regra do que exceção (DUSENBURY et al., 2003; GOTTFREDSON, 2001; GREENBERG et al., 2001; OZER; WANIS; BAZELL, 2010; RINGWALT et al., 2004; ROHRBACH et al., 2010).

No caso de programas de prevenção destinados às escolas, vários estudos verificaram que os professores frequentemente modificam ou encurtam os currículos dos programas, decidem não realizar ou substituir algumas atividades, ou mudam a metodologia indicada. Estas adaptações podem ser relacionadas com as dificuldades de manejo de tempo e manejo de interação dentro da sala de aula, com fatores externos como greves, com adoecimento e sobrecarga dos profissionais, ou com as suas crenças e normas em desacordo com o paradigma preconizado pelo próprio programa de prevenção. (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015; KNOCHÉ et al., 2010; ODOM et al., 2010; DURLAK; DUPRE, 2008)

Além da capacitação e acompanhamento recomenda-se, no âmbito das políticas públicas, que a implementação da inovação seja analisada continuamente, a partir de dados de monitoramento, de aspectos do contexto interno e externo da ação, durante as diferentes fases: exploração, adoção, implementação e sustentabilidade. Os instrumentos de monitoramento devem captar diferentes características como as organizacionais; as viabilidades de custo e instrumentos de

contratualização; redes de interação com outros serviços; habilidades dos implementadores; lideranças; entre outros (AARONS; HURLBURT; HOEWITZ, 2011).

É importante destacar que, sem a continuidade do monitoramento da implementação, a sustentabilidade fica expressivamente comprometida, e isso não quer dizer que a adaptação não é desejável. A relação entre adaptação e resultados têm efeitos positivos, e o mapeamento das fragilidades podem revelar diferentes aspectos como: ausência de dados que justifiquem recursos financeiros de manutenção da ação; mapeamento de elementos da implementação que precisem de reorientações; distorções da proposta teórico-metodológica que podem vir a prejudicar os impactos esperados; incompatibilidades com os contextos culturais e sociais, especialmente quando a larga escala leva a ação a grupos com características específicas, até então não abrangidas pela prática nas fases anteriores; necessidade de oferta de capacitações para melhoria das habilidades dos implementadores entre outros (DURLAK; DUPREE, 2008).

As ações e programas sempre irão fazer parte da rede complexa dos sistemas sociais aos quais estão inseridos. Assim, a difusão de boas práticas requer especial atenção, particularmente quando se dá a partir de políticas públicas já existentes, por ter que se inserir nos contextos e relações previamente estabelecidas – que devem ser avaliadas tanto em relação aos processos quanto aos efeitos.

3.2 A adaptação cultural na difusão de inovações no contexto das políticas públicas

Na formulação de estratégias de políticas sobre drogas é preciso organizar ações em seus diversos âmbitos como a promoção, a prevenção, o cuidado, a reinserção social e o controle da oferta - e a validação científica desses meios deve ser considerada. O cuidado com a evidência, porém, é requerido no momento em que o intercâmbio de boas práticas exige de formuladores e implementadores de políticas o cuidado de torná-las sensíveis às diferentes realidades (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

As experiências da implantação de programas baseados em evidências em novos contextos culturais - como em diferentes países, tanto em grupos étnicos e subgrupos culturais - reforçam a necessidade de uma adaptação visando aumentar

a relevância cultural da intervenção selecionada (DOMENECH-RODRIGUEZ; BAUMANN; SCHWARTZ, 2011; KUMPFER et al., 2002; SMITH; DOMENECH-RODRIGUEZ; BERNAL, 2011).

A defesa dessa Tese é que a adaptação cultural é um processo e não uma etapa pontual, na medida em que a difusão de políticas públicas traz uma complexidade que, para além de adequações de forma e linguagem de programas, convoca a ordenação de sistemas organizacionais capazes de sustentar uma ação política que atuará na esfera de um problema público.

Berkel et al (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 teórico (BERKEL et al, 2011) foca em quatro dimensões de implementação, conceituadas como comportamentos de facilitadores de programas - fidelidade, qualidade e adaptabilidade - e como comportamentos dos participantes – responsividade. Esse Modelo parte dos avanços propostos por Durlak e Dupree (2008) quando defendem que a adaptabilidade é uma dimensão que deve ser diferenciada da fidelidade. Pelas quatro dimensões 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 entregam e trabalham com 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 a capacidade de resposta dos participantes ou seja, o nível de entusiasmo e compromisso dos participantes em uma intervenção. Essas dimensões servem como potenciais fontes de variabilidade do programa e cada uma demonstrou influenciar os resultados.

O processo da adaptação cultural precisa ser conduzido de forma planejada, sistemática e colaborativa (CASTRO; BARRERA JUNIOR; HOLLERAN STEIKER, 2010). Existem diversos modelos que sistematizam os passos do processo de adaptação cultural de programas baseados em evidências. Burlew e seus colegas (2013) identificaram, a partir da análise de 14 metodologias, três abordagens mais

comuns na adaptação cultural das intervenções relacionados com abuso de substâncias:

a) envolvimento dos membros da comunidade ou da população alvo, desde os profissionais implementadores, líderes comunitários até o público-alvo do programa. Alguns pesquisadores convidam a comunidade somente para validação da versão adaptada, enquanto outros defendem a inclusão da comunidade na revisão da intervenção. A participação dos membros do novo grupo cultural é importante para aumentar a validade social do programa, que se refere a aceitação e percepção de utilidade pelo público alvo (BARRERA; CASTRO, 2006);

b) revisão da literatura e pesquisas a respeito dos precursores etiológicos do problema a ser prevenido, incluindo os fatores de risco e proteção específicos para o novo público alvo; e

c) envolvimento de especialistas para apoiar a tomada de decisões - tanto os desenvolvedores do programa com experiência de sua adaptação em outros contextos, quanto os especialistas em prevenção do problema-alvo. A avaliação contínua é essencial para garantir a qualificação do processo de adaptação. Os avaliadores devem participar no processo desde o seu início. Os instrumentos e métodos de avaliação também precisam ser culturalmente adequados - para permitirem a coleta de dados necessários, sem onerar o processo e desmotivar os implementadores.

Para Rogers (2003), autor da Teoria da Difusão de Inovações, os estágios de difusão de inovações são compreendidos como etapas que passam pela exploração, adoção, implementação, disseminação e sustentabilidade. Aspectos de adaptação cultural e, portanto, de incompatibilidades à cultura, estão na literatura localizados nas etapas iniciais da implementação. Entende-se, porém, que quando se traz a implementação para o âmbito de políticas públicas e não ações pontuais, incrementada pela extensão do território e pela diversidade cultural como é o caso do Brasil, a adaptação passa a fazer parte de todas as etapas, pois termina por caracterizar-se como transversal à difusão: da linguagem à estrutura de formação e mecanismos de implementação com sustentabilidade.

Rogers (2003) indica que a compreensão cuidadosa de como os implementadores da intervenção atualizam, modificam e criticam as ações previstas são informações estratégicas para a adequação da intervenção e organiza quatro elementos centrais para a análise: a inovação propriamente dita; os meios de

comunicação; o tempo requerido para aprender sobre a nova tecnologia; e o sistema social no qual a inovação está inserida.

A “inovação propriamente dita” é um elemento caracterizado pela percepção dos implementadores quanto aos aspectos da nova ação ser, ou não, uma proposta melhor das anteriormente utilizadas, tanto numa perspectiva econômica como subjetiva. Faz-se assim necessária a compreensão de aspectos da compatibilidade e da incompatibilidade (complexidade) com as realidades, e de como as normas e princípios da cultura influenciam na percepção da inovação da ação. Por fim, por ser um importante estágio da inovação, recomenda-se o mapeamento do reconhecimento por outros, das transformações subjetivas, de grupos e institucionais da ação (ROGERS, 2003).

Os “meios de comunicação” são aspectos que identificam os modos como os participantes criam e compartilham informações uns com os outros, a fim de chegar a um entendimento mútuo. Canais interpessoais são considerados eficazes na formação e mudança de atitudes em direção a uma nova ideia, e, portanto, influenciam a decisão de aprova-la ou rejeitá-la. Considera-se que a maioria dos indivíduos percebe uma inovação não com base em pesquisas científicas, mas através de subjetivas avaliações dos pares que adotaram a inovação (ROGERS, 2003).

O “tempo” é o elemento que valoriza a figura do “inovador” como um agente de manutenção e disseminação da estratégia. O “inovador” são os agentes que adotam, sustentam e desenvolvem a capacidade de conhecer e aplicar o novo conhecimento, mesmo lidando com os graus de incerteza da nova ação. Caracteriza-se pela percepção do tempo requerido para aprender sobre a tecnologia pelo “inovador” e a decisão de ampliação para novos contextos (ROGERS, 2003).

O “sistema social” constitui um limite dentro do qual se difunde uma inovação e por isso os padrões de interação da comunidade devem ser compreendidos, para que possam incorporar novas práticas. Os agentes inovadores têm uma função essencial na formação da massa crítica que irá incorporar a inovação e garantir sua sustentabilidade. Para se obter a aprovação do sistema social de uma inovação, é preciso adequar as normas da difusão ao contexto dos indivíduos, grupos e organizações (ROGERS, 2003).

É preciso considerar e dar relevância à fase de exploração da implementação de inovações em serviços públicos, entendendo que é muito diferente do que

quando aplicada à contextos lucrativos, privados. A política pública é um fenômeno complexo que varia de acordo com a natureza do processo político, referindo-se a um conjunto de ações, a qual inclui leis, decretos, ordens. Por isso, diversas são as teorias e abordagens que tratam desse tema em que algumas focam no impacto ou resultado da política, outras no conteúdo, outras ainda no regime ou sistema político que as abarcam (HOWLETT; RAMESH, 1995, KNILL; TOSUN, 2011).

No contexto dos serviços públicos, aqueles comprometidos com incentivos para adoção de boas práticas, são normalmente mais adequados para experimentação da adaptação de práticas e estratégias de implementação (AARONS et al, 2014). É recente o uso de boas práticas baseadas em evidências no campo da promoção do bem-estar da infância e juventude e, também, na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Essa falta de capacitação prévia dos profissionais na temática indica, dentre outros desafios, que é pouco provável que eles estejam aptos às trocas e comunicações sobre as práticas para a produção de conhecimentos organizados. Isso não os impede de terem a percepção e a vivência da capacidade de mudança da nova prática, porém a boa prática irá depender de um cuidadoso investimento nas habilidades, motivações e compromisso dos profissionais e das instituições que suportam as intervenções – no âmbito social, das leis e normas, técnico e de infraestrutura (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011; BURKHART, 2013).

Para evitar que as adaptações realizadas pelos implementadores acabem prejudicando os potenciais efeitos, recomenda-se que os formuladores de políticas e programas criem e sistematizem orientações claras sobre os elementos centrais dos programas que não podem ser modificados, e sobre que tipo de adaptações são adequadas e possíveis (BARRERA; CASTRO, 2006; GREENBERG, 2004). Para aumentar a flexibilidade na implementação do programa os manuais podem, por exemplo, incluir um leque de atividades ou técnicas alternativas, mantendo o cerne do programa (KUMPFER et al., 2008).

Níveis de manualização, portanto, são necessários para a difusão de ações, programas e políticas, mas a capacitação dos profissionais é essencial para que a adequação das técnicas e intervenções não sejam fundamentadas somente nas crenças, mas ampliadas pela compreensão de teorias de mudança nas quais as intervenções se embasam (DURLAK; DUPRE, 2008; DUSENBURY et al., 2010; FIXSEN et al., 2005). O acompanhamento contínuo, oferecendo a assistência

técnica aos profissionais, também contribui para o aumento da capacidade dos profissionais de implementar os programas baseados em evidência (KUMPFER et al., 2008).

Ainda que um sistema integrado para a implementação de boas práticas aponte para a necessidade de que os envolvidos, indivíduos e instituições, possam ter acesso às informações adequadas e habilidades necessárias para a implementação de novas práticas com eficácia, os contextos políticos fazem com que se passe muito rapidamente por essa fase exploratória e se iniciem então a adoção e preparação mesmo em contextos desfavoráveis (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Além da capacitação e acompanhamento recomenda-se, no âmbito das políticas públicas, que a fidelidade da implementação da inovação seja analisada continuamente a partir de dados de monitoramento. Os instrumentos de monitoramento devem captar o grau de fidelidade da implementação, as necessidades de adequação, como também verificar se os efeitos imediatos do programa considerados mediadores na prevenção do uso de álcool e outras drogas estão sendo alcançados.

Como o próprio nome já diz, o que caracteriza a inovação é a proposta de mudar, para melhor (ROGERS, 2003). Na esfera das políticas públicas e da organização de sistemas de implementação de inovações em rede, o “melhor” está sujeito a uma variedade de interpretações, alicerçadas em crenças e normas sociais. Por isso, a sustentabilidade de uma inovação predispõe a necessidade de tecer, no tempo, novos consensos. O novo irá, necessariamente, tencionar o velho, exigindo de lideranças a habilidade de leitura de contexto e de mediação das diferenças e de conflitos, que serão importantes na transposição das diversas fases da difusão de inovações.

No âmbito de inovações de políticas sobre drogas, sejam elas de cuidado ou de prevenção, a disputa de paradigmas que coloca em dois polos opostos a “guerra às drogas” e a “inclusão social” sugere que não se pode negar o quanto o paradigma predominante irá influenciar diretamente na inovação. Convocar organizações mais sintonizadas com a “guerra às drogas” a atuar numa inovação que parte de parâmetros de redução de danos pode não ser estratégico e desperdiçar a chance de obtenção de êxitos na inovação, que poderiam fortalecer a permanência da mesma nas agendas de políticas públicas locais, por exemplo.

Por isso, o ritmo da implementação de boas práticas é, em muitas das vezes, o ritmo das transformações de crenças e normas sociais (PERKINS, 1997; PISCHKE et al., 2015). Enquanto implementa-se o programa, transforma-se o sistema de valores e crenças; enquanto transforma-se a inovação, ao revelar seus bons resultados, fortalecem-se novas crenças e valores. O ponto da medida, nesses casos, é manter viva a inovação enquanto ela está atuando nessas dissonâncias.

As fases de implementação de boas práticas, baseadas em evidências, são tratadas nos modelos lógicos explicativos como lineares. Mas, no âmbito das políticas públicas, a linearidade é por vezes, como já dito acima, imposta pela agenda institucional. Muitas vezes, essa agenda não vem acompanhada nem de legislação que suporta a estrutura da inovação e nem de recursos que incentivem e sustentem a prática ao longo do tempo.

Rogers (2003) define etapas e elementos centrais na difusão da inovação e Aarons e sua equipe (2011) propõe etapas para a implementação de práticas baseadas em evidências em sistemas e serviços públicos, com a definição de fatores internos e externos a serem considerados. Num diálogo entre os dois autores, apresenta-se o diagrama abaixo o qual considera que Aarons e sua equipe (2011) parte da teoria de Rogers (2003) e amplia com novos aprofundamentos que auxiliam na compreensão da difusão de práticas baseadas em evidências no contexto das políticas e sistemas públicos. No diagrama optou-se por manter os elementos propostos por Rogers (2003) por eles trazerem reflexões essenciais para as etapas de implementação de práticas baseadas em evidências. Deve-se, porém, sempre considerar que representações gráficas são retratos estáticos e que os contextos são dinâmicos, podendo fazer com que elementos e fatores tenham que ser considerados em diferentes etapas ou em mais de uma etapa.



Figura 2. Diagrama das etapas de Difusão de inovações (ROGERS, 2003; AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011, adaptado).

Abaixo a descrição das etapas e suas características.

3.2.1 A exploração: o reconhecimento do problema e dos desafios institucionais da inovação

A esfera de gestão pública deve empenhar uma diversidade de estratégias para encorajar a implementação da inovação, e estas podem inclusive requerer mudanças e reformas nas organizações e nas comunidades ou na legislação local como, por exemplo, autorização e reconhecimento dos treinamentos a serem dados aos implementadores da inovação (GREENHALGH et al. 2004).

A restrição de recursos orçamentários desencoraja a implementação de inovações, especialmente em contextos em que a ação demanda tempo de dedicação dos trabalhadores, tempo o qual provavelmente é limitado pela baixa capacidade de dispor de recursos humanos, que impede de absorver novas ações na rotina e acarreta pouca flexibilidade com rotinas e agendas já estabelecidas.

Pode acontecer, assim, um sub-financiamento da prevenção que amplia a tensão entre a implementação de uma evidência, inovadora, e a rigurosidade que preserva uma qualidade de implementação (FAGGIANO et al., 2014).

A percepção dos trabalhadores sobre as melhorias que a nova ação pode trazer em termos de otimização e qualificação do trabalho é um elemento essencial para lidar com os problemas advindos dos recursos humanos escassos (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011). No caso de os trabalhadores terem uma percepção anterior alinhada com princípios diferentes da evidência como, por exemplo, a preferência por ações coercitivas no campo de drogas, o mapeamento dessa incompatibilidade é estratégico, pois essas crenças podem prejudicar a percepção da nova ação como inovadora e potencialmente benéfica para as transformações subjetivas, de grupos e de instituições.

O não conhecimento das boas práticas pelas instituições pode indicar que as evidências não fazem parte, previamente, dos modos de atuação sobre o problema naquele sistema social. Nesse caso, deve fazer parte desse esforço exploratório a indução de mudanças na formação dos implementadores, assim como, o planejamento de mudanças organizacionais, no modo de funcionamento e das interações na instituição, viabilizando um contexto possível para implementação da inovação (GREENHALGH et al., 2004; ROGERS, 2003; GLISSON et al., 2008).

O *advocacy* comunitário, compreendido como esforço das lideranças e movimentos comunitários para influenciar decisões políticas, desde a fase inicial da implementação da boa prática, é uma estratégia que pode acelerar esse empenho nas mudanças políticas e organizacionais, atuando junto aos implementadores e aos legisladores (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011; ROGERS, 2003).

Três aspectos parecem ser importantes desde os primeiros estágios da implementação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011):

- a capacidade da instituição de absorver a prática: preexistência de conhecimentos e habilidades que tornem possível a incorporação do novo conhecimento, assim como mecanismos de trocas de experiência entre os sujeitos;
- a disponibilidade para mudança: instituições que partem de um bom conhecimento e habilidades estão mais propensas a incorporar as mudanças da inovação; e
- a receptividade do contexto: a cultura (as crenças, normas e expectativas compartilhadas da instituição) e o clima organizacional (percepções do impacto

psicológico do trabalho compartilhado no ambiente) afetam a qualidade de implementação e adoção da boa prática.

Diante desses contextos, é possível indicar algumas características capazes de influenciar positivamente na implementação de boas práticas: existência de lideranças institucionais favoráveis ao novo conhecimento e habilidades, e práticas de planejamentos com metas e experiências anteriores bem-sucedidas no campo a ser explorado. Nos micro níveis, as características dos indivíduos implementadores, incluindo os treinadores e desenvolvedores, são fatores importantes e determinantes na adoção ou não da inovação e na sua qualidade, especialmente no que diz respeito aos valores e objetivos relacionados ao trabalho que desenvolvem, às redes sociais da qual fazem parte e a percepção sobre a necessidade de mudança. (AARONS, 2006; GREENHALGH et al., 2004).

As incompatibilidades entre as práticas baseadas em evidência e as práticas já instauradas nos sistemas sociais devem ser mapeadas e, com isso, definidas estratégias de alinhamentos teórico-metodológicos com a inovação, na perspectiva de correção de futuros rumos que possam prejudicar os indicadores de resultados.

Por outro lado, evitar a imposição das práticas àqueles que não se interessam por ela pode e deve ser uma decisão na fase de adoção, a fim de não colocar em risco a prática em si e um possível prejuízo a toda uma rede de parceria que deve ser estabelecida na implementação de sistemas de prevenção.

3.2.2 A adoção/preparação: a ampliação da sensibilidade cultural da inovação

A fase de adoção de uma inovação é, muitas vezes, percebida e conceituada como uma etapa única, enquanto que, no contexto real, as organizações podem experimentar uma inovação de maneira intermitente ao longo do tempo, sem isso significar que a prática seja incorporada aos sistemas e políticas locais (ROGERS, 2003). Sendo assim, ajustes e modificações no programa e na sua forma de implementação visam manter ou aprimorar a aceitabilidade, adesão e os efeitos do programa no novo contexto (NOBRE-SANDOVAL; CORRÊA; ABREU, 2015; BARRERA; CASTRO, 2006; KUMPFER et al., 2002; REESE; VERA, 2007).

As modificações visando a sensibilidade cultural de um programa ou intervenção podem ser classificadas em duas categorias - estruturais superficiais e estruturais profundas (RESNICOW et al., 2000). As adaptações estruturais superficiais ou estratégias periféricas e linguísticas, como denominadas por Kreuter

(2003), são aquelas que visam adequar os materiais e conteúdo do programa às características observáveis, superficiais da população-alvo e incluem traduções, adequação de músicas, identidade visual dos materiais, edição das fotos e imagens adequando as personagens, roupas, comida, locais e lugares de acordo com os costumes e preferências dos participantes, sem modificar a mensagem e componentes centrais do programa original. Estes ajustes superficiais visam aumentar a aceitação, receptividade e engajamento dos participantes (RESNICOW et al., 2010; KUMPFER; XIE; O'DRISCOLL, 2002; KUMPFER et al., 2008).

Já as adaptações da dimensão estrutural profunda contemplam a incorporação daqueles fatores culturais, sociais, históricos, ambientais e psicológicos que influenciam os comportamentos problemáticos da população alvo, nas quais a intervenção visa incidir. A estrutura profunda da cultura se refere aos elementos como valores ou significados e leva a revisão ou modificação dos componentes centrais da intervenção, incorporando os elementos normativos e culturais específicos do público-alvo (BURLEW et al., 2013). Estas adaptações exigem, muitas vezes, um conhecimento mais profundo do contexto cultural da população-alvo (SKAFF et al., 2002). A modificação dos componentes centrais da intervenção guiada pela inclusão de fatores de risco e proteção específicos do público-alvo visa elevar o impacto da intervenção (RESNICOW et al., 2010).

A adaptação cultural envolve modificações tanto no conteúdo do programa, como na forma de implementação (CASTRO; BARRERA-JUNIOR; MARTINEZ, 2004, WHALEY; DAVIS, 2007). As adaptações dizem respeito:

- às características de profissionais implementadores, por exemplo ao invés de programa ser conduzido por especialistas externos, este passa a ser implementado pelos profissionais da saúde do território;
- ao canal de implementação, por exemplo, o monitoramento do programa presencial passa a ser à distância - pelo telefone ou internet; e
- ao local, por exemplo, quando um programa foi originalmente desenhado para ser implementado em espaços comunitários como igreja ou associação, porém na adaptação opta-se pela implementação num serviço de saúde ou assistência social do território.

Vale destacar que quando a adaptação ocorre no contexto de políticas públicas, as decisões sobre a forma de implementação devem objetivar a viabilidade e sustentabilidade das ações nos territórios.

Recentemente, Nobre-Sandoval e seus colegas (2015) resumiram modelos de adaptação cultural em cinco etapas que podem ser aplicadas para importação de programas baseados em evidências no campo de políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. A etapa inicial visa por meio da revisão da literatura e da construção de parcerias com a comunidade avaliar as necessidades da população-alvo, a partir de levantamento de dados sobre prevalência e incidência do uso de álcool e outras drogas e fatores de risco e proteção relacionados com início do uso e abuso das substâncias (BARRERA; CASTRO, 2006; BARRERA-JUNIOR et al., 2013), seguida de uma análise territorial dos equipamentos sociais e redes para inserção de ações de prevenção. Esta etapa também inclui a seleção de programas baseados em evidências que melhor atendem às necessidades locais, considerando uma variedade de critérios, como o custo-benefício, tamanho e durabilidade do efeito, êxito nas adaptações prévias entre outros (KUMPFER et al., 2008).

Em seguida, inicia-se a segunda etapa - a revisão da intervenção original. Neste momento, é necessária a tradução de manuais, protocolos e materiais dos programas, com mínimos ajustes superficiais no conteúdo e formato, como também recrutamento da equipe de adaptação cultural e sua capacitação pelos desenvolvedores dos programas. Nesta etapa é importante desenvolver instrumentos e métodos que permitem registrar as adaptações e avaliar a satisfação, aceitabilidade e adesão dos participantes na próxima etapa, que é o próprio estudo-piloto.

Durante a implementação piloto da versão traduzida dos programas, é necessário um acompanhamento próximo junto aos profissionais implementadores e participantes para registrar as experiências e coletar devolutivas em termos da relevância do programa, satisfação e viabilidade. O estudo piloto traz subsídios tanto para a adaptação do próprio programa quanto para a revisão da forma de implementação, incluindo as estratégias de adesão e capacitação dos profissionais, locais e canais de implementação, entre outras.

A quarta etapa visa refinamento da versão adaptada e aferição da sua eficácia e efetividade. Para se chegar a uma versão final do programa adaptado, pode ser necessário testar o impacto de variações na adaptação - para identificar e descartar as adaptações que interferem nos componentes centrais do programa e reduzem a efetividade. Esta fase do processo pode prever expansão para outras

regiões, para evitar viés cultural na manualização e contemplar a diversidade de contextos.

Após a avaliação de efetividade da versão adaptada do programa, a última etapa do processo de adaptação cultural é, no campo de pesquisa, a disseminação dos resultados e lições aprendidas e, no campo de políticas públicas, a difusão em larga escala.

A adaptação, portanto, vai além de aspectos do programa e da prática em si e se expande para os modos de se operar nas organizações e comunidades, porque uma prática baseada em evidência não pode ser implementada sem a mudança no sistema no qual ela será integrada, e é exatamente essa mudança que irá possibilitar ou não que a evidência se revele nesse novo contexto (TIBBITS et al., 2010).

Múltiplas forças e tensões influenciam a adoção de uma prática inovadora. A evidência, que pode ser mapeada desde os passos iniciais, favorece a tomada de decisão e a construção de caminhos mais eficazes para que a transformação no sistema se dê de forma a ter, futuramente, uma sustentabilidade. Por isso devem ser considerados múltiplos modos de se pesquisar, para que se tenha acesso às crenças, valores e normas culturais que operam dentro das organizações, serviços e sistemas.

Nessa etapa é importante o mapeamento dos modos como os participantes criam e compartilham informações uns com os outros, de forma a verificar se essas interações têm sido capazes de produzir comunicações exitosas e consensos. Como os canais interpessoais são considerados eficazes na formação e mudança de atitudes em direção a uma nova ideia, o uso desses canais já em curso afetará diretamente a adoção da nova prática. É preciso considerar, inclusive, que a maioria dos indivíduos percebe uma inovação não com base em evidências, mas através das comunicações positivas daqueles que implementam a nova prática, e em especial seus pares nas organizações e serviços (ROGERS, 2003, AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Não há sustentabilidade sem que os sujeitos implementadores e as comunidades a serem cuidadas transformem a si mesmos e transformem os padrões interacionais ao longo da implementação. Na adoção, esse engajamento pode ser traduzido como a inclusão radical dos diferentes sujeitos na tomada de decisão sobre qual inovação adotar, onde e com quem, na identificação de limites e

potencialidades da realidade para a adoção da boa prática, na formalização de contratos individuais, coletivos e organizacionais que elevem o compromisso com os objetivos a serem atingidos em cada etapa da implementação (GLISSON; SCHOENWALD, 2005; CAIRNEY, 2016).

A inclusão dos sujeitos é uma aposta na ampliação da capacidade dos mesmos de refletirem sobre a nova prática ampliando seus referenciais teóricos-metodológicos e suas capacidades de leitura do contexto. Aqui se coloca a participação como um processo de educação permanente, a ser potencializada pela troca entre pares e pelo apoio no exercício de novas habilidades que vão ressignificar um conjunto de crenças que, se não forem transformadas, não há transformação social – a finalidade última de uma inovação.

Algumas inovações são induzidas por marcos legislativos (como leis, portarias, decretos e resoluções). Os marcos são instrumentos importantes na sustentabilidade das práticas e podem favorecer o compromisso com as mudanças institucionais necessárias. Porém, quando os instrumentos legais apostam na indução de práticas inovadoras apenas por meio de repasses de recursos financeiros, corre-se o risco de falácia das inovações devido a não indução de mudanças institucionais nos contextos locais. A consequência é que, com o tempo, a falta de evidências fará com que essa inovação não se sustente, porque não foi capaz de produzir modos inovadores de se operacionalizar a prática.

O entendimento de como se dão as relações entre setores e organizações no território, parcerias estabelecidas, tendências comunicacionais, fragmentações e competições, tem um potencial de análise e encorajamento na fase de adoção, assim como irá afetar diretamente a implementação eficaz da prática.

Projeções de custos e benefícios podem ser tratados como atividades educativas que trazem um entendimento ampliado do projeto e desenvolvem habilidades de tomadas de decisão dos gestores e trabalhadores-implementadores na redução da percepção dos riscos associados à inovação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

A estratégia de formar em rede as organizações e serviços de diferentes setores, na perspectiva da intersectorialidade, potencializa a capacidade de se criar uma rede de suporte técnico para a implementação da inovação, e pode ser um fator determinante na sustentabilidade do projeto. As parcerias entre setores, que devem implicar no estabelecimento de metas conjuntas, aumentam a probabilidade, a partir

da produção do comum, da adoção passar a beneficiar tanto a comunidade quanto as diferentes organizações (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015; EUROPEAN MONIROTING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2008; BECOÑA-IGLESIAS, 2002).

Incentivos que tragam vantagens orçamentárias ou ganhos secundários podem ser um fator indutor para a adoção, mas, quando não são possíveis, a prática deve ser incorporada como atividade de rotina das organizações e serviços e não como atividades extras (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Contextos internos às organizações também precisam ser levados em conta desde as fases iniciais da implementação das boas práticas. O porte das organizações, por exemplo, é um fator que pode influenciar: há uma tendência de que organizações com maior capacidade de recursos humanos (conhecimento e habilidades) e orçamentários tenham mais chances de lidar com as mudanças e ajustes na adoção da inovação. Esses ajustes estão relacionados tanto com o modo como estão estabelecidas as hierarquias institucionais até as regras, e como são colocadas em prática os valores compartilhados (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

A identificação e sensibilização de uma liderança organizacional tem sido associada a êxitos na adoção de boas práticas, desde a fase de exploração. (AARONS, 2006)

3.2.3 A implementação: a aprendizagem das boas práticas

As boas práticas são novas ações implementadas em serviços e instituições já existentes e, portanto, alinhadas com rotinas que podem ser diferentes da inovação. Por isso, é necessário um encorajamento desses serviços para implementar a inovação, mesmo com os graus de incertezas da mesma, e garantir condições para sustentabilidade, como a carga horária dos profissionais para treinamentos, encontros, atividades de implementação, acesso à materiais, computadores e sistemas, entre outros (AARONS et al., 2009).

É nessa fase em especial que se iniciam o desenvolvimento das capacidades de conhecer e aplicar os novos conhecimentos por trabalhadores e gestores da implementação. O tempo de duração dessa fase, que vai até a decisão de ampliação da iniciativa, será determinado pelo tempo de aprendizado dos inovadores (ROGERS, 2003).

É possível usar estratégias como um suporte financeiro inicial por parte da organização ou da política que oferta a inovação, mas a longo prazo será insuficiente para a sustentabilidade da implementação da prática, especialmente quando ela atingir novas escalas (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Os contratos entre as diferentes organizações, com descrição de responsabilidades e recursos, é um instrumento comum e pode potencializar as ações que deverão ser integradas às políticas públicas. Para a implementação de boas práticas no âmbito das políticas públicas, todas as esferas – estados, municípios, organizações e indivíduos - têm um papel importante na disseminação do novo conhecimento e das informações necessárias para que se compreenda de maneira ampliada essa ação.

Redes intersetoriais articuladas em sistema de oferta de serviços são essenciais para a transformação. As redes facilitam o compartilhamento de informações, qualificam o suporte para implementação e sustentam a continuidade da iniciativa. A partir da cooperação entre os setores, tendo a gestão compartilhada como fundamento, sugere-se que se invista em um trabalho intersetorial, que permita que os atores, apoiados uns nos outros, possam superar lacunas como, por exemplo, a ausência de recursos humanos suficientes para a inovação. (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015)

Os desafios da fase de implementação incluem a desconexão entre os setores, ausências de informação ou informações interpretadas de maneira equivocada, e crenças baseadas em diferentes percepções de mundo, especialmente quando são incompatíveis com os pressupostos da nova ação. Em relação a esse último aspecto, na prevenção as percepções e as crenças sobre o uso de drogas variam de acordo com as normas e valores sociais e culturais, em interações tensas que favorecem ou não atitudes de diálogo ou isolamento entre os sujeitos na abordagem do tema (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

A análise de conhecimentos prévios e capacidades organizacionais de absorver a prática vai indicar as necessidades de capacitação e suporte, ou as incompatibilidades intransponíveis durante o processo de implementação. Implementadores e trabalhadores das instituições exercem um papel crucial nessa fase e há muitas diferenças no modo como são percebidos os aspectos favoráveis e desfavoráveis da implementação da prática. Uma das adequações que a fase de implementação pode indicar, por exemplo, é que uma prática prevista para

acontecer em um determinado setor possa ser, por decisão, implementada em outro. (AARONS 2006; GREENHALGH et al. 2004).

As lideranças das organizações e serviços e os investimentos nas suas capacidades de coordenação e prontidão para as necessidades da inovação são aspectos que fortalecem os processos, mas que não devem ser considerados de maneira isolada. As lideranças precisam estar nos diferentes níveis do sistema a ser organizado, e não centralizadas, e as organizações desse sistema precisam dar o suporte a essas lideranças, pois o mesmo poderá, assim, promover um clima positivo para a implementação, além de fortalecer atitudes colaborativas (ROGERS, 2003).

Na perspectiva de consolidação de políticas, a transmissão de saberes, modos de se operacionalizar e o monitoramento de indicadores são exemplos de processos que precisam ser alinhados e, quanto mais houverem mecanismos pré-estabelecidos que sejam capazes de disseminar as diretrizes inter e entre organizações, maiores as chances de ordenação da inovação (GLISSON; GREEN, 2006).

A inovação pode ser também uma oportunidade de equalizar as relações inter e intra organizações, quando estas não estão pré-estabelecidas, organizando, assim, uma missão e um propósito conjunto que irá induzir a integração da agenda que pode passar, a partir da inovação, para outros aspectos das políticas locais. Dessa forma, a cada passo de implementação, a inovação inova a si mesma.

Os sistemas políticos já organizados podem ser vistos não como uma barreira à inovação pois, a maior parte deles, já possui mecanismos regularizados, quando não implementados com êxito, que são também necessários para a implantação e sustentabilidade da inovação. Por isso, a implementação de boa prática não deve ser tratada como uma ação isolada, porque para além de mobilizar sujeitos implementadores e suas organizações, ela requer mecanismos de políticas locais estabelecidos e irá, necessariamente, influenciar os mesmos, seja na sua manutenção afirmativa, seja na sua mudança.

A respeito dos níveis de prontidão das organizações, dois aspectos precisam minimamente ser levados em consideração: a estrutura pré-existente para suportar a inovação e a coesão organizacional. A ausência de estrutura e um processo de trabalho caracterizado pela fragmentação indicam a necessidade de uma agenda

pré-inovação que seja capaz de adequar aspectos organizacionais para tornar possível a inovação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

A inovação em contextos vulneráveis revela ainda mais desafios. Adequar os contextos para tornar possível a inovação não quer dizer que é necessário se chegar à um ideal, para só então atuar de maneira a implementar a inovação na organização de um sistema que a sustente. O que está em jogo são as reproduções de vulnerabilidades sociais e institucionais na inovação, o que irá imediatamente descaracterizá-la enquanto inovação (HALE; VINER, 2012).

Freitas (2009) trabalha com o conceito de má fé institucional, entendida como um padrão de atuação institucional que se articula desde o Estado até os micropoderes e as relações cotidianas, em que as hierarquias de classes determinam os recursos simbólicos que as instituições oferecem. A inovação precisa ser acessível aos que irão implementá-la, sendo assim, não se deve partir da ideia de que o implementador já tenha as habilidades necessárias e não o instrumentalizar adequadamente, pois acaba-se atuando na lógica da “má fé”. Por outro lado, em um contexto em que operam desigualdades sociais, há instituições que não levam em conta essas vulnerabilidades nos seus modos de se organizarem e que acabam por produzir iniquidades, negando os próprios sujeitos a quem se destinam.

O mapeamento das habilidades dos diversos atores e da capacidade estrutural das organizações se torna ponto essencial, na medida em que não se pode considerar que todos têm os mesmos níveis de aprendizado e de estrutura organizacional. Igualar é excluir aqueles que não atendem aos critérios da inovação. Por outro lado, não se pode deixar de se implementar a inovação em contextos adversos. Por isso, mais ainda nos contextos vulneráveis, a inovação necessitará de organizações macro, em sistemas, para que se viabilize: uma prática inovadora necessitará de um sistema inovado. (RITTER; MCDONALD, 2008)

Quando esses aspectos não são levados em consideração na dimensão que eles necessitam, há o risco de se criar disposições negativas para a inovação. Há uma tendência dos sujeitos e coletivos polarizarem os fracassos da inovação nas incompetências individuais ou das organizações, reafirmando uma fragmentação já existente ou induzida pela experiência. Há também a possibilidade dos sujeitos e organizações polarizarem na própria estrutura da inovação o obstáculo e passam a não estar dispostos a modificar ou a criar um sistema que viabilize a prática. Em todos os casos o desafio pode estar na imposição de condições prévias que não

estavam disponíveis: a chave é a efetiva implementação de programas efetivos (TIBBITS et al., 2010).

3.2.4 A sustentabilidade: suportes sociais, institucionais e políticos

A sustentabilidade é definida pela continuidade da implementação da prática inovadora pelos serviços e organizações e, por isso, é também apresentada como um resultado de efetividade (DAMSCHRODER et al, 2009). Ainda que evidências precisem ser consideradas na tomada de decisão sobre fatores de adaptação aos contextos, que podem favorecer ou não a sustentabilidade das ações, há uma escassez de estudos na área, em especial no campo de prevenção ao uso de drogas (REESE; VERA, 2007).

As lideranças nas organizações e serviços, necessárias desde a fase de implementação, são consideradas cruciais na sustentação da ação, mas no caso não se trata das lideranças dos organogramas institucionais, mas sim daqueles que exercitam, de fato, a frente de contágio da inovação na sua organização ou serviços e entre setores. São disseminadores de iniciativas e pressupostos que devem, inclusive, influenciar na garantia dos aportes orçamentários, materiais e humanos necessários na sustentabilidade (GLISSON et al., 2008).

A identificação de perfis adequados para a implementação das práticas, considerando os conhecimentos, habilidades e atitudes, influenciam todas as fases e, em especial, a sustentabilidade. Como já afirmado, espera-se que nas fases anteriores já tenha havido a identificação das políticas federais e locais existentes e seus aportes legais que favorecem a inovação e, portanto, identificadas as mudanças ou novas legislações necessárias para a sustentabilidade. Deve-se identificar possíveis fundos orçamentários já existentes que possam ser destinados à prática. As evidências de impacto nos sujeitos e nas organizações e serviços têm um papel fundamental no convencimento dos atores políticos (HORTON, 2014).

Identificar as metas de políticas locais e federais, em especial aquelas que estão relacionadas ao repasse de recursos financeiros, para induzir as inovações no âmbito delas, é uma estratégia que pode vir a fortalecer as boas práticas. Aqui podem ser considerados, inclusive, setores privados que recebem recursos públicos e precisam devolver essa parceria em ações de prestação de serviços e cuidado na comunidade (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Nessa fase deve-se, portanto, ter uma dedicação especial às evidências de processo e de impacto, que podem e devem ser medidas por sistemas de monitoramento implementados, mas também, por meio da colaboração das redes de pesquisadores. As parcerias com as redes de pesquisa aumentam as chances de sustentabilidade e podem fornecer mecanismos para envolvimento continuado das várias partes interessadas, com propostas de resolução de problemas, mecanismos para aquisição de fundos para a sustentabilidade e suporte técnico contínuo. Nota-se que a pesquisa vem contribuir não somente com o impacto, mas também com o processo e as tomadas de decisões sobre os rumos da prática para que ela aumente suas chances de continuidade com qualidade (OESTERLE et al., 2010; BURKHART, 2011; FAGAN et al., 2011).

Quanto maior a capacidade das organizações e serviços de envolverem os diferentes gestores e trabalhadores nas inovações, maiores as chances de continuidade. Isso requer uma comunicação positiva dos processos e resultados bem como atividades de compartilhamento dos princípios da inovação que podem ser incorporados em práticas para além do objeto específico (ROGERS, 2003). Um exemplo disso seria uma escola, ao aderir a um programa de prevenção interativo, a partir de rodas de diálogo e jogos, passar a usar das mesmas estratégias de interação em reuniões de pais e responsáveis e entre equipes.

É importante destacar que sem a continuidade do monitoramento da qualidade e fidelidade da implementação a sustentabilidade fica expressivamente comprometida. As fragilidades podem ser de várias ordens como:

- ausência de dados que justifiquem recursos financeiros de manutenção da ação;
- não mapeamento de elementos da implementação que precisem de reorientações;
- distorções da proposta teórico-metodológica que podem vir a prejudicar os impactos esperados na evidência e as confianças na inovação;
- não compatibilidade entre a inovação e contextos culturais e sociais, especialmente quando a larga escala leva a ação a grupos com características específicas, até então não abrangidas pela prática nas fases anteriores; e
- não oferta de capacitações para melhoria das habilidades dos implementadores.

Essas adaptações devem considerar o elemento de fidelidade. As adaptações acontecem na tensão entre, de um lado, não modificar as características da prática baseada em evidência em nome da fidelidade e, de outro, realizar mudanças espontâneas ou planejadas pelo implementador em nome da relevância ao contexto. As adaptações ao contexto acontecem e devem ser mapeadas numa perspectiva formativa, e não fiscalizadora ou punitiva (CASTRO; BARRERA-JUNIOR; MARTINEZ, 2010).

Ferramentas como *check list* de fidelidade, formulários-*web* de autopreenchimento, observações em campo com roteiros, grupos focais, são alguns exemplos de modos de se monitorar e avaliar processo, tornando-se ainda mais potentes quando realizados em parcerias com as redes de pesquisa. (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011)

Uma vez que uma prática baseada em evidência é implementada nas organizações e serviços, um conjunto de conhecimentos sobre as novas habilidades, assim como o suporte ao desenvolvimento destas, devem ser ofertadas aos trabalhadores e implementadores (DURLAK; DUPRE, 2008; DUSENBURY et al., 2010). Sendo assim, atua-se sobre as normas e crenças das instituições, pois, por ser inovadora, a ação transforma as habilidades anteriormente requeridas e, por isso, deve-se ter clareza que novos arranjos de avaliação do desempenho precisam ser combinados. Ressalta-se que novas habilidades não devem ser avaliadas por velhos arranjos (ROGERS, 2003).

3.3 O Programa #Tamojunto: uma aposta de prevenção no contexto de políticas públicas

Diante dos desafios de repostas ao uso de drogas 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 entre educandos brasileiros. Fez parte desse processo a implantação do programa *Unplugged* que no Brasil passou a se chamar, a partir de 2014, de #Tamojunto. Desde o ano de 2015 o Ministério da Justiça passa a compor a implementação de programas. (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015;

PEDROSO; HAMANN, No prelo; MEDEIROS et al, 2016; SANCHEZ et al, 2016, BRASIL, No prelo a; BRASIL, No prelo).

O fundamento do programa *Unplugged* está baseado na interação de três teorias: “*Social Learning Theory*”, de Albert Bandura, “*Health Belief Model*”, de Irwin M. Rosenstock e “*Reasoned Action – Attitude*”, de Martin Fishbein e Icek Ajzen (VADRUCCI, et al., 2015). As teorias partem da compreensão de que a personalidade é formada a partir da interação entre o ambiente, comportamentos e processos psicológicos, e decorre da observação e modelagem de comportamentos, atitudes e reações emocionais de outros por aprendizagem imitativa. As percepções dos riscos à saúde, por exemplo, são diretamente afetadas pelas variáveis sociais, ambientais e psicológicas sendo que todos esses elementos são determinantes no desenvolvimento de comportamentos de maior ou menor risco à saúde. As crenças subjetivas são determinadas pela intenção de compartilhar comportamentos daqueles que fazem parte dos contextos dos sujeitos, incluindo referências midiáticas.

Não há evidências internacionais de quais seriam os desafios na adequação do programa *Unplugged* em diferentes contextos, tendo em vista que os estudos existentes apontam resultados com relação ao impacto no uso de drogas e não sobre o processo de implantação e suas etapas (FAGGIANO et al., 2010).

O programa #Tamojunto, é organizado em 12 aulas conduzidas por professores em escolas do Ensino Fundamental junto a educandos de 11 a 14 anos, em 2013, e 13 e 14 anos, a partir de 2014. Cada aula tem duração prevista de 45 minutos. Além das 12 aulas há 3 Oficinas para Pais e Responsáveis realizadas, na versão brasileira, por profissionais de saúde da Atenção Básica e da educação. Sua organização metodológica baseia-se no *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; ABREU; KONOSHITA, 2015; PEDROSO; HAMANN, No prelo; VADRUCCI et al, 2015).

O pensamento crítico compõe esse grupo de habilidades de vida. O desenvolvimento dessa habilidade é definido como a capacidade de analisar as situações a partir da interação de elementos do contexto social, ambiental e comportamental, que podem favorecer decisões que colocam o sujeito em risco ou o protegê-lo. O equilíbrio entre fatores de risco e de proteção entre os elementos

indica a tendência de se interagir a partir de comportamento que venha gerar problemas ao sujeito ou seu entorno. O pensamento crítico facilita a capacidade de fazer perguntas e de analisar cuidadosamente aspectos de evidência, razões e suposições. No campo da aprendizagem, o educando avalia o quanto uma informação se aproxima de sua experiência e seu conhecimento, identificando as fontes onde os conhecimentos estão ancorados, contextualizando e compondo-os de forma crítica e dialógica (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017; VADRUCCI et al., 2015).

O trabalho com crenças normativas convida o sujeito a tomar consciência das ideias que interagem em seu sistema de crenças, suas origens e como elas incidem em seus comportamentos. No campo da prevenção, ao reconhecer as crenças que nos formam, aquelas midiáticas, religiosas, culturais, entre outras, e de alguma forma flexibiliza-las ou questioná-las, tem-se como efeito potencial as mudanças de comportamentos.

Nas 12 aulas sequenciais desenvolvidas pelo professor - mediador, bem como nas 3 oficinas de pais e responsáveis, realizadas na parceria intersetorial envolvendo saúde e educação, são trabalhados temas como fazer parte de um grupo, reconhecer, nomear e comunicar as emoções de forma clara e exercitar tomadas de decisão.

Os encontros são compostos por uma atividade de abertura e aquecimento do grupo para a tarefa, atividades em pequenos grupos, energizadores, discussões e trocas com a turma, etapa de reflexão individual e fechamento. As aulas ocorrem no formato de roda, induzindo a construção de um clima seguro de troca de experiências e ambiente interativo de aprendizagem (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

O programa #Tamojunto apresenta-se como essa possível ferramenta para o professor de educandos da faixa etária de 13/14 anos para prevenção na escola na perspectiva da promoção da saúde, trabalho coletivo, fortalecimento de vínculos e desenvolvimento de habilidades de vida. Ao fortalecer o vínculo do grupo, aproximando professor e educando, incidindo nos entraves de comunicação entre educando e seus responsáveis, e exercitando habilidades de vida em um ambiente seguro, mediado pela figura do professor, estes educandos terão potencializados fatores potenciais de proteção ao uso de drogas, bem como estarão mais aptos a manejar outras situações em contextos adversos ou de tomada de decisão (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2007; BOTVIN, 2004; EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2011).

Nesse sentido, o foco do programa #Tamojunto não é a droga ou o uso da droga em si, mas sim como praticar, com os coletivos participantes das aulas e oficinas de pais e responsáveis, habilidades individuais e coletivas que os tornem sujeitos mais críticos a respeito das condições objetivas que os formam, e também possam se unir como agentes transformadores dessas condições no horizonte de uma vida em que eles imprimam seus potenciais no mundo (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

O programa “*Unplugged*” apresentou resultados efetivos em seis países europeus (CARIA et al., 2011; VIGNA-TAGLIANTI et al., 2014; MIOVSKY et al., 2012; FAGGIANO, 2010, VIGNA-TAGLIANTI et al. 2009; FAGGIANO, F et al, 2010; VAN DER KREEFT, 2009) e foi adaptado em outros países da África e Ásia (EUROPEAN DRUG ADDITION PREVENTION TRIAL, 2007). Entre os principais resultados do programa “*Unplugged*” destacam-se: (a) a redução de 30% na probabilidade de os 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 et al., 2011).

No Brasil, desde o início de sua implantação piloto no ano de 2013, têm sido realizados diversos estudos, qualitativos e quantitativos sobre aspectos da implementação. Os resultados dos estudos brasileiros até o presente concentram-se na implantação do programa *Unplugged* #Tamojunto nos anos de 2013 e 2014 (SANCHEZ, et al., 2016; MEDEIROS, 2016; MEDEIROS et al, 2016; PERES, GRIGILO, SCHNEIDER, 2016; PERES, 2014; LOPES, 2016; HERR, 2015; PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015; PEDROSO, HAMANN, No prelo), com exceção do estudo de Sanchez et al (2017) que apresenta resultados dos efeitos do programa em 2014 e se estende até 2015 (*follow up*). Sobre as tendências apresentadas nessas pesquisas, há muitos aspectos que estão em acordo com os resultados desses estudos. Segue abaixo planilhas demonstrativas dos estudos e seus resultados:

SANCHEZ, Z.M. et al. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. <i>BMC public health.</i> , 16(1), 1206, 2016.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Avaliar o impacto do programa <i>Unplugged</i> , no ano de 2013, na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes nas escolas públicas do Brasil.	Ensaio controlado não aleatorizado, conduzido em 2013, com 2185 alunos em 16 escolas públicas de 3 cidades brasileiras. O grupo de intervenção participou de 12 aulas semanais do programa Unplugged para prevenção do uso de drogas e o grupo de controle não recebeu nenhum programa de prevenção escolar no mesmo ano. As análises foram utilizadas para avaliar mudanças temporais e entre grupos no consumo de cada droga.	O estudo sugeriu que não havia evidências de que o <i>Unplugged</i> causasse impacto entre estudantes de 11 a 12 anos. No entanto, o programa parece estimular uma diminuição no uso recente de maconha entre os alunos de 13 a 15 anos (transição de uso para não uso em 85,7% dos casos de intervenção e 28,6% dos casos de controle, OR = 17,5, p = 0,039). Além disso, os alunos dessa faixa etária que receberam o programa Unplugged tiveram níveis de consumo de drogas similares quando comparado aos consumos observados antes do início do programa. No entanto, os alunos do grupo de controle apresentaram uma tendência a aumentar o consumo de maconha e o <i>binge drink</i> .

MEDEIROS, P.F.P. et al. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.</i> , 11:2, 2016.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Avaliar o processo de implementação do programa <i>Unplugged</i> , no ano de 2013, em três cidades brasileiras e entre estudantes do ensino público fundamental (11 a 14 anos).	Neste estudo foram utilizados métodos mistos de avaliação do processo, incluindo grupos focais, formulários de fidelidade e questionários de satisfação. Os participantes do estudo incluíam 36 professores, 11 administradores escolares, 6 multiplicadores, 16 gestores e 1267 alunos de 62 turmas/salas de aula em 8 escolas.	As 12 aulas foram implementadas em 94% das escolas. No entanto, apenas em 57% das aulas elas foram realizadas conforme descrito no manual do programa. A decisão de excluir atividades devido a restrições de tempo foi feita sem uma lógica comum. Os professores relataram dificuldades devido à quantidade de tempo necessário para planejar as aulas e implementar as atividades. Além disso, eles mencionaram que a falta de apoio da gestão escolar foi um obstáculo para a implementação adequada do programa. A maioria dos alunos e professores respondeu positivamente ao programa a partir da análise dos relatórios de mudanças no ambiente de sala de aula e em habilidades pessoais ou conhecimento. O programa <i>Unplugged</i> pode ser implementado de forma viável em escolas públicas brasileiras. No entanto, é necessário reduzir o número de atividades por aula e reestruturar o formato do cronograma de ensino padrão para garantir que o conteúdo curricular normal não tenha prejuízos enquanto o <i>Unplugged</i> está sendo implementado.

MEDEIROS, P. F. P. Avaliação do processo de implantação do Programa Unplugged de prevenção ao uso de drogas em escolas em São Paulo e Santa Catarina. 2016. Tese de Doutorado – UNIFESP, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Avaliar aspectos de fidelidade e aceitabilidade do processo de implantação do Programa de Prevenção ao Uso de Drogas <i>Unplugged</i> em escolas do ensino fundamental II (6º ao 9º ano) de Florianópolis (SC), São Paulo e São Bernardo do Campo (SP) para compreensão das dificuldades, facilidades e potencialidades do programa.	Foram realizados métodos mistos de pesquisa. O programa foi aplicado em 8 escolas públicas de 3 cidades brasileiras e participaram 62 turmas, 36 professores e 1833 estudantes do 6º a 9º ano, no ano de 2013. Na fase quantitativa, os professores preencheram os formulários de fidelidade (aula a aula) e os alunos e professores responderam aos questionários de satisfação global. Os dados qualitativos foram coletados através dos grupos focais com roteiro semiestruturado. Os grupos focais foram realizados ao final do processo de implantação. Foram realizados 14 grupos focais com 100 sujeitos entre professores, gestores políticos, gestores escolares, multiplicadoras e estudantes.	O programa foi implantado em proporções adequadas nas escolas, tendo sido completado -12 aulas dadas- em 94% das turmas. Os professores avaliaram seu enriquecimento das habilidades de ensino com a aplicação do <i>Unplugged</i> . Identificou-se uma boa interação e relação entre estudantes e professores. Dentre as dificuldades destaque para a falta de tempo para se dedicar ao programa, desde a preparação das aulas, como a aplicação das mesmas. Os professores e gestores apontaram a importância de incluir o programa no projeto-político pedagógico na escola. A maioria (77,9%) dos estudantes ficou satisfeita ou muito satisfeita com o programa e sugeriu continuidade (76,5%) no ano letivo seguinte. A formação dos professores para trabalhar com a metodologia em sala de aula e a interlocução entre as multiplicadoras, gestão local e a escola apareceu como um aspecto importante implantação do Programa. Para garantir continuidade no currículo escolar sem comprometer o conteúdo acadêmico, serão necessárias alterações de logísticas e de processo de trabalho no ambiente escolar.

CAINELLI DE OLIVEIRA PRADO, M., et al. Transcultural adaptation of questionnaire to evaluate drug use among students: The use of the EU-Dap European questionnaire in Brazil. <i>Substance use & misuse.</i> , 51(4), 449-458, 2015		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Descrever o processo de adaptação cultural e avaliação para a língua portuguesa brasileira do questionário europeu de prevenção de toxicod dependência (EU-Dap) para identificar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes.	O estudo transversal realizado em 16 escolas públicas em três cidades brasileiras durante o ano de 2013, em uma amostra de 2.969 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e 16 anos. As etapas operacionais envolveram a análise de dados qualitativos coletados por grupos focais com alunos, notas de campo dos entrevistadores e dados quantitativos da avaliação teste-reteste e de não-resposta aos itens.	Os resultados revelaram confiabilidade moderada para os efeitos primários e altos níveis de não resposta, principalmente em 2/3 das questões finais. As questões socioculturais relacionadas aos estudantes brasileiros, o contexto da aplicação e a estrutura do questionário original contribuíram para os resultados insatisfatórios do processo de adaptação transcultural. Os resultados demonstram o desafios de tornar sensível ao contexto e grupos etários questionários influenciados por outros contextos sociais e culturais.

PERES, G. M.; GRIGILO, T. M.; SCHNEIDER, D. R. Percepções Sobre Um Programa De Prevenção Ao Uso De Drogas Nas Escolas Para O Desenvolvimento De Habilidades De Vida. <i>Sau. & Transf. Soc.</i> , Florianópolis, v.6, n.1, p.111.-123, 2016		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Apresentar a avaliação qualitativa da implantação do programa de prevenção ao uso de drogas #TamoJunto nas escolas de Florianópolis sobre aspectos da sua intersectorialidade com a saúde.	A pesquisa foi de caráter qualitativo, exploratório, descritivo e de campo. Participaram 19 profissionais entre gestores, gestores, coordenadores, multiplicadores, profissionais da saúde e educação e pais	O programa foi avaliado como positivo por todos os entrevistados. Compreende-se que ele possibilitou o desenvolvimento de vínculos entre os profissionais da saúde e educação, pais e profissionais, alunos e profissionais, entre os próprios alunos e entre os pais e filhos. Em relação aos profissionais da saúde e educação, o programa contribuiu para o empoderamento, capacitação e fortalecimento da intersectorialidade entre a escola e Unidade Básica de Saúde.

PERES, G. M. <i>Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersectorial</i> . 2014. Dissertação (Mestrado profissional) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Compreender o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas no ano de 2013, <i>Unplugged</i> , a partir do desafio de articulação intersectorial.	A pesquisa caracterizou-se como qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Para coletar os dados foram realizadas vinte e duas entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais com pessoas que participaram do programa de prevenção ao uso de drogas.	O programa foi avaliado como positivo por todos os entrevistados gestores, coordenador, multiplicadores, profissionais da saúde e educação e pais. Possibilitou o desenvolvimento de vínculos entre os envolvidos. Em relação aos profissionais da saúde e educação, o programa contribuiu para o empoderamento, capacitação e fortalecimento da intersectorialidade entre a escola e Unidade Básica de Saúde. A intersectorialidade foi avaliada pelos profissionais de saúde e educação como uma estratégia para potencializar o cuidado à população. Dos desafios avaliados destaca-se: demanda de trabalho excessiva, falta de profissionais, falta de receptividade de um setor para o outro, pessoalidade das relações, organização e tempo de cada setor diferentes, falta de colaboração da gestão, e dificuldade em concretizar a comunicação.

LOPES, J. M. <i>Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes</i> . 2016. Tese de Doutorado - Programa de Pós Graduação em Psicologia/ Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Apresentar a avaliação da implementação piloto do programa <i>Unplugged</i> de prevenção escolar, no ano de 2013, na perspectiva dos professores participantes.	O estudo caracteriza-se pela metodologia mista: dados foram levantados utilizando-se instrumentos qualitativos (diários de campo e grupos focais) e quantitativos (questionários). As análises foram baseadas na <i>Grounded Theory</i> , na estatística descritiva e na triangulação dos dados.	As concepções prévias sobre drogas dos educadores da implementação do <i>Unplugged</i> indicaram que a maioria deles não tinha formação ou experiência com práticas preventivas e acreditavam que a prevenção deveria ser realizada por especialistas; observou-se predominância do discurso proibicionista sobre uso de drogas. Os professores avaliaram positivamente tanto a formação oferecida quanto a metodologia proposta. O <i>Unplugged</i> foi percebido como um programa diferenciado, pela metodologia participativa, conteúdos mais abrangentes e o desenvolvimento de habilidades de vida. Dificuldades em realizar todas as atividades no tempo previsto e em manter a programação curricular de suas disciplinas foram registradas, além de observações quanto à dificuldade de alguns participantes para a condução das dinâmicas grupais. O programa foi considerado mais apropriado para adolescentes de 13 anos de idade; sugeriram sua realização no primeiro semestre letivo, adaptações no material e redução da quantidade de atividades propostas.

HARR, J. F. <i>Avaliação da satisfação do processo de implantação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos</i> . 2015. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Avaliar a satisfação dos educandos participantes no processo de implantação do programa <i>Unplugged</i> , no ano de 2013, como um dos componentes para fins de aceitabilidade e viabilidade do programa num contexto real de prática.	Pesquisa avaliativa, de corte transversal, a partir de delineamentos metodológicos mistos e a estratégia de triangulação de métodos para análise dos dados. Participaram 323 educandos participantes na etapa quantitativa e 30 educandos voluntários para a etapa qualitativa (<i>grounded theory</i>), das sextas, sétimas e oitavas séries do ensino fundamental pertencentes às escolas experimentais que receberam o programa.	Os resultados indicaram satisfação positiva dos educandos no que se refere a apreciação de participar do programa <i>Unplugged</i> , sendo a metodologia interativa do programa como um dos pontos positivos mais fortes comparados com outras experiências de programas preventivos. Também foi possível identificar: mudanças significativas na percepção sobre o conhecimento dos riscos advindos do uso de drogas e o desenvolvimento de habilidades intrapessoais. Resultados discretos foram encontrados para habilidades interpessoais e na mudança das relações com o professor.

PEDROSO, R. T.; ABREU, S.; KINOSHITA, R. T. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. <i>TEXTURA-ULBRA</i> , v. 17, n. 33, 2015.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Apresentar os modelos de prevenção do uso de drogas em escolas e o programa <i>Unplugged</i> #Tamojunt; discutir os resultados das "Oficinas de Pais e Responsáveis"; e; descrever as decisões de gestão relativas à intersectorialidade saúde e educação	Pesquisa qualitativa de Análise de Conteúdo temática e estrutural de 144 diários cartográficos, referentes a oito escolas de três cidades brasileiras que implementaram a versão piloto do programa em 2013.	Os resultados indicaram: ausência de antecedentes intersectoriais entre saúde e educação ou relações prévias que limitavam-se às intervenções pontuais de um setor sobre o outro; as técnicas e estrutura geral das "Oficinas de pais e responsáveis" foram drasticamente adaptadas às demandas dos profissionais que a executariam, bem como as necessidades dos pais e a comunidade participante; o envolvimento de gestores dos equipamentos de educação e saúde, como diretores das escolas e gerentes de equipamentos de saúde, foi escasso; e o multiplicador desenvolveu, ao longo do período de implantação, o papel de articulador das interações entre saúde e educação nos territórios A proposta metodológica do programa <i>Unplugged</i> /#Tamojunt potencializa o compromisso dos profissionais da saúde e da educação para as ações intersectoriais.

PEDROSO R.T.; HAMANN E.M. Adequações do piloto do programa <i>Unplugged</i> #Tamojunt para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> . No prelo.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Elaborar recomendações de adequação do programa <i>Unplugged</i> (2013) ao contexto brasileiro.	Estudo qualitativo, baseado na Teoria Fundamentada Construtivista, analisou os documentos institucionais: "Diários Cartográficos" (n=144), "Matriz lógica de adaptação cultural" e relatório de pesquisa titulado "Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa <i>Unplugged</i> em São Paulo e Santa Catarina" (UFSC e UNIFESP).	As formulações teóricas, organizadas a partir da Teoria de Difusão de Inovações, revelaram que é necessário: mudança paradigmática da abordagem de drogas pelos profissionais; maior adesão a metodologias interativas; adequação no tempo da hora-aula; compromisso da gestão escolar; fomento da intersectorialidade entre saúde e educação; consolidação de um monitoramento de processo e um alinhamento ético com os princípios da promoção da saúde.

SANCHEZ, Z. M. et al. The#Tamojunt Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. <i>Prevention Science</i> , p. 1-11, 2017.		
OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Avaliar os efeitos de um programa europeu adaptado de prevenção de drogas na escola, <i>Unplugged</i> , denominado #Tamojunt no Brasil, que foi implementado pelo Ministério da Saúde como parte da política pública de saúde mental, nos anos de 2014 e 2015.	Ensaio controlado randomizado foi conduzido em 2014 com alunos da 7ª e 8ª séries de 72 escolas públicas em 6 cidades brasileiras. O grupo experimental (n = 3340) frequentou as 12 aulas do programa #Tamojunt e o grupo de controle (n = 3318) não recebeu nenhum programa de prevenção escolar. Dados de linha de base foram coletados antes da implementação do programa e novos dados foram coletados 9 meses depois, permitindo uma correspondência de 4213 adolescentes em ambas as ondas. As substâncias examinadas foram: álcool, tabaco, maconha, inalantes, cocaína e crack. Foram utilizadas análises multinível para avaliar as mudanças no consumo de cada droga entre pontos de tempo e entre os grupos.	Os grupos de intervenção e controle tiveram características similares na linha de base. A idade média dos adolescentes foi 12,5 ± 0,7 anos, e 51,3% eram do sexo feminino. O programa parece aumentar o início do consumo de álcool (primeiro uso de álcool); os alunos do grupo experimental tiveram um risco aumentado de 30% de consumo de álcool pela primeira vez durante o acompanhamento de 9 meses (ARR = 1,30, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) 1,13-1,49, P <0,001) em comparação com o grupo controle. O oposto foi encontrado para o primeiro uso de inalantes: o risco de usar inalantes pela primeira vez após a linha de base foi menor no grupo experimental (aRR = 0,78, IC 95%: 0,63-0,96, p = 0,021) do que no grupo de controle. Os resultados do programa #Tamojunt sugerem que o conteúdo e as lições sobre o álcool podem aumentar a curiosidade sobre seu uso entre adolescentes.

Tabela 2. Quadros – síntese dos resultados das pesquisas brasileira do programa *Unplugged* #Tamojunt publicadas nos anos de 2013 a 2017.

Para o monitoramento das ações do #Tamojunt foram desenvolvidos, pela equipe de gestão do projeto do Ministério da Saúde, instrumentos específicos que tinham como objetivo o mapeamento da fidelidade e qualidade na implementação das ações do programa, além da identificação das potencialidades e lacunas no material didático e na capacitação contínua dos profissionais implementadores.

Em 2013 foi realizado o piloto de implantação do programa, com um instrumento de monitoramento denominado "Diário Cartográfico", que tinha o objetivo de descrever detalhadamente aspectos da implementação visando a adequação do programa à realidade cultural e social brasileira (PEDROSO; ABREU;

KINOSHITA, 2015; PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017). A partir do ano de 2014 foi criado um Formulário de Monitoramento de Processo, integrado à plataforma FORMSUS (Ministério da Saúde), com o objetivo do monitoramento sistemático das percepções e avaliações das experiências, boas práticas e desafios e para que fossem reconhecidas e contempladas as necessidades de revisão e adaptação do Programa, seus materiais e etapas de implementação. Desde 2014 os questionários vêm sendo implementados e aprimorados anualmente quanto à sua forma, conteúdo e fluxo de preenchimento (BRASIL, 2015; BRASIL, No prelo(a); BRASIL, No prelo).

Em 2014, em uma versão já adaptada ao território nacional e às especificidades das escolas brasileiras, 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 interior 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 que o Ministério da Justiça passa a implementar o programa em outros municípios do país. (BRASIL, 2015; BRASIL, No prelo a; BRASIL, No prelo; SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2015).

Uma das ferramentas mais importantes na educação de jovens, especialmente no campo da prevenção, é o uso de estratégias como jogos, role play e dinâmicas de grupo. Parece que há algo em comum entre essas técnicas no que diz respeito à indução de efeitos preventivos porém não se deve considerar a ferramenta específica em si, mas o modo como ela é manejada que é realmente importante. O que há de comum nas técnicas com potencial preventivo é a possibilidade de que elas oportunizem a identificação das condições objetivas de produção e reprodução dos conflitos e das interações pessoais e sociais (PEDROSO, HAMANN, No prelo; PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017; HAWKS; KATIE; MYANDA, 2002).

O que produz a mudança na relação com o uso de drogas não é a informação, mas a construção de critérios de validade para a maior qualidade do conviver. É o praticar, com os coletivos participantes das aulas e oficinas de pais e responsáveis, habilidades individuais e coletivas que os tornem sujeitos mais críticos a respeito das condições objetivas que os formam, e que também possam se unir como agentes transformadores dessas condições no horizonte de uma vida em que eles imprimam seus potenciais no mundo (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017). É quando a conversa se faz metodologia (VIEIRA, 2016).

4 MÉTODO

Para a exploração das perguntas de pesquisa da presente tese, foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos na perspectiva de um desenho metodológico misto (CRESWELL, 2012; CRESWELL; PLANO CLARK, 2011). De tal forma, as questões da pesquisa, descritas como complementares entre si, puderam ser investigadas por diferentes técnicas, quais elas: (1) análise qualitativa baseada na “Teoria Fundamentada Construtivista” (CHARMAZ, 2009), (2) estudo observacional do tipo longitudinal, descritivo e retrospectivo com análise de dados do tipo estatística-descritiva e (3) revisão de literatura, do tipo narrativa.

Em todas as fases da pesquisa multimétodos foram utilizados dados já existentes em documentos institucionais - nenhum dos instrumentos foi elaborado ou aplicado pela pesquisadora.

Assim, pode-se definir o método como do tipo misto com o desenho de *Sequential transformative strategy* (Estratégia Transformativa Sequencial) no qual a abordagem qualitativa ou quantitativa pode vir em qualquer ordem na pesquisa, mas é guiada por uma teoria – que no caso do presente estudo centraliza-se na Teoria de Difusão de Inovações no contexto de políticas públicas (ROGERS, 2003; AARONS, 2011). Esse desenho assegura uma estrutura de métodos para coleta de dados e para os resultados.

A presente Tese foi organizada em três artigos científicos, aqui apresentados no item “Resultados e Discussão”. Os artigos compõem as diferentes fases de investigação com métodos adequados aos objetivos de cada etapa:

- **ARTIGO 1** – Submetido na revista “*Ciência e Saúde Coletiva*”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, No prelo. **TÍTULO:** “Adequações do piloto do programa *Unplugged*#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras”. **MÉTODO:** O piloto do programa *Unplugged* (2013) foi realizado em oito escolas públicas distribuídas nas cidades de São Paulo (SP), São Bernardo do Campo (SP) e Florianópolis (SC), abrangendo um total de 2.161 educandos do Ensino Fundamental. Para a implementação piloto foi organizado um sistema de capacitação, monitoramento e avaliação que previa um articulador essencial, denominado multiplicador, que acumulava a função de formar professores, realizar o acompanhamento em lócus dessa implementação no formato de encontros individuais, e de preencher sistematicamente um instrumento de caráter qualitativo-

descritivo, denominado Diários Cartográficos. Esses Diários se constituíram como a amostragem inicial (CHARMAZ, 2009) do presente estudo. O estudo, de caráter qualitativo, baseou-se na Teoria Fundamentada Construtivista (CHARMAZ, 2009; LEITE, 2015), que consiste no desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes, com a construção de explicações dos processos sociais. Seguiram-se as etapas metodológicas previstas no modelo, a saber: amostragem dirigida à construção da teoria e não visando a representação populacional; construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados e não de hipóteses preconcebidas; constante utilização de método comparativo dos dados entre o mesmo sujeito e entre diferentes sujeitos; redação de memorandos para elaboração de categorias; formulações de relações que levam à construção de teorias a cada etapa de análise; e a revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente. Considerando que a Teoria Fundamentada Construtivista não parte de hipóteses preestabelecidas nem de objetivos especificamente demarcados, mas de uma área de investigação complexa ou de uma problematização aberta e gerativa, a identificação dos dados de análise se dá concomitantemente às formulações teóricas intermediárias. Assim, como amostragem teórica (CHARMAZ, 2009) foram incorporados dois materiais advindos dessas formulações: a “Matriz Lógica de adaptação cultural”, desenvolvida pelos supervisores do programa e o Relatório de pesquisa titulado “Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa *Unplugged* em São Paulo e Santa Catarina” (UFSC e UNIFESP). A etapa de revisão bibliográfica levou à incorporação da Teoria de Difusão de Inovações de Rogers (2003) na apresentação das recomendações, visando contribuir com aspectos da adequação do programa.

- **ARTIGO 2** – Submetido na “*Revista Cadernos de Saúde Pública*” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer. **TÍTULO:** “Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016)”. **MÉTODO:** 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. 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; ABREU; KINOSHITA, 2015). A amostra foi composta por todos os formulários preenchidos pelos professores durante os anos dos 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. Foram analisados 433 Formulários – WEB FORMSUS (Ministério da Saúde) 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).

- **ARTIGO 3** – Submetido na revista “Interface: comunicação, saúde e educação” em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer. **TÍTULO:** “A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas”. **MÉTODO:** Revisão de literatura, do tipo narrativa, com o objetivo de refletir sobre a ciência da prevenção baseada em evidência no contexto das políticas públicas sobre drogas e seu papel de mapear caminhos para superar os desafios de transformação de crenças que sustentam fragmentações e vulnerabilidades de sujeitos e coletivos. Especialmente sobre os desafios da disseminação de inovações no campo no contexto brasileiro, a evidência é estudada em sua capacidade de atuar na transposição de modelos eficazes para a realidade, da boa técnica à boa prática, indo além de contextos controlados de estudos, que não se reproduzem no “mundo real” e, portanto, pouco contribuem com a consolidação de sistemas complexos de prevenção.

4.1 Considerações Metodológicas

O piloto do programa *Unplugged* (2013) foi realizado em oito escolas públicas distribuídas nas cidades de São Paulo (SP), São Bernardo do Campo (SP) e

Florianópolis (SC), abrangendo um total de 2.161 educandos do Ensino Fundamental. Para a implementação piloto foi organizado um sistema de capacitação, monitoramento e avaliação que previa um multiplicador, que acumulava a função de formar professores, realizar o acompanhamento em lócus dessa implementação no formato de encontros individuais, e de preencher sistematicamente um instrumento de caráter qualitativo-descritivo, denominado Diários Cartográficos.

Esses Diários se constituíram como a amostragem inicial (CHARMAZ, 2009) do presente estudo. Eles foram preenchidos por seis multiplicadores que, por sua vez, foram selecionados e formados pelos desenvolvedores internacionais do programa, gerando ao todo 144 Diários Cartográficos da implementação do programa *Unplugged*. Os Diários Cartográficos continham informações do processo que revelavam opiniões, sentimentos, intenções e ações dos multiplicadores, influenciando os tomadores de decisões sobre as necessidades de adequação do conteúdo e da estrutura de implementação do programa ao contexto brasileiro.

Enquanto os multiplicadores acompanhavam presencialmente as etapas de implementação do programa em cada território, supervisores vinculados ao Ministério da Saúde eram responsáveis pela gestão político-institucional. Os supervisores elaboravam documentos-síntese de gestão que demarcavam as tomadas de decisão sobre as adequações do programa, seu alcance e desafios. Ao mesmo tempo a UNIFESP e a UFSC realizaram pesquisas, a partir de métodos mistos, sobre os efeitos e a aceitabilidade do programa.

Considerando que a Teoria Fundamentada Construtivista (CHARMAZ, 2009) não parte de hipóteses preestabelecidas nem de objetivos especificamente demarcados, mas de uma área de investigação complexa ou de uma problematização aberta e gerativa, a identificação dos dados de análise se dá concomitantemente às formulações teóricas intermediárias.

Assim, como amostragem teórica (CHARMAZ, 2009) foram incorporados dois instrumentos advindos dessas formulações: a “Matriz Lógica de adaptação cultural”, desenvolvida pelos supervisores do programa e o Relatório de pesquisa titulado “Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa *Unplugged* em São Paulo e Santa Catarina” - UFSC e UNIFESP (SANCHEZ; SCHNEIDER, 2014).

A etapa de revisão bibliográfica levou à incorporação da Teoria de Difusão de Inovações de Rogers (2003) na apresentação das recomendações, visando contribuir com aspectos da adequação do programa.

Seguindo as etapas de análise da Teoria Fundamentada Construtivista (CHARMAZ, 2009), chegou-se às seguintes classificações teóricas: “A necessidade de mudança de paradigma na prática dos profissionais de saúde e educação”; “A ‘animação’ e o ‘desânimo’ na implementação do projeto”; “Os ‘pontos operacionais’ como maior desafio na adequação ao contexto”. As elaborações das classificações teóricas seguiram a recomendação metodológica da construção de diagramas compreensivos, como seguem abaixo:

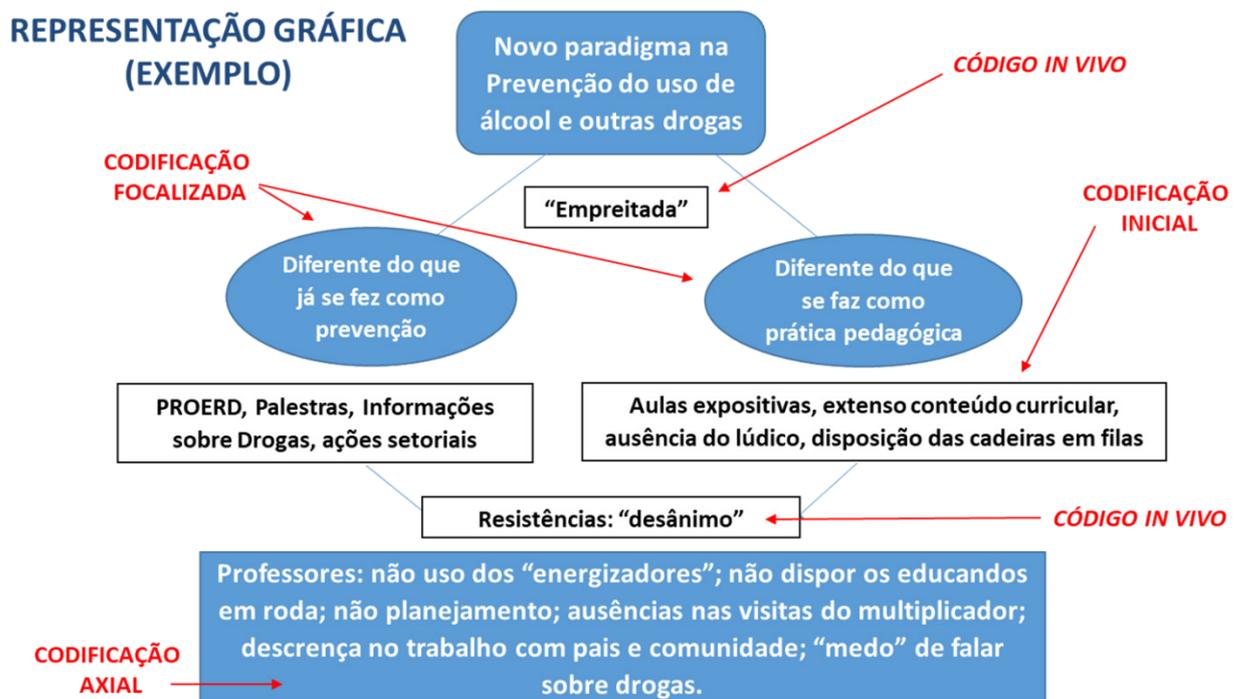


Figura 3. Diagramas compreensivos formulados para análise de dados.

O segundo percurso metodológico caracterizou-se por 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 do estudo foram extraídos do “Formulário de monitoramento – Professor” (2014 a 2016) na plataforma FormSUS do Ministério da Saúde - MS. O FormSUS é um serviço do DATASUS/MS destinado para a criação de formulários na

WEB, de uso do SUS e de órgãos públicos parceiros. Suas normas de utilização são compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS (BRASIL, 2016a), contribuindo com a democratização das informações e da transparência na gestão pública. A plataforma permite coletar dados do público alvo, armazenar de forma organizada, gerar relatórios rapidamente e transpor para outros sistemas.

O “Formulário de monitoramento – Professor” foi preenchido presencialmente pelos professores em frequência variável ao longo dos anos, pois estava relacionado com a visita do multiplicador à escola. Os multiplicadores tinham a função de realizar o apoio sistemático à implementação na perspectiva da educação continuada e também eram responsáveis pela digitação dos dados do formulário na plataforma (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 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, 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.

Haviam outros formulários de preenchimento do professor, que foram acrescidos ao longo dos anos - o formulário de avaliação da formação e de avaliação final da implantação. Esses últimos não foram incluídos no presente estudo por não estarem presentes nos três anos do recorte longitudinal.

Segue abaixo um quadro descritivo do número de professores por estado, por ano, e o número de formulários preenchidos.

SP	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	51	125	123
	2015	81	185	61
	2016	107	162	118
SC	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	16	37	28
	2015	20	40	20
	2016	16	34	4
PR	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	12	22	25
	2015	11	28	31
	2016	11	22	23

Tabela 3. Tabela contendo quadro descritivo do número de escolas, professores e formulários "FormSUS" preenchidos por estado, por ano.

Pelo quadro acima (Tabela 3.) é possível indicar que o número de formulários preenchidos é inferior ao número de professores, revelando uma tendência ao baixo preenchimento.

O primeiro objetivo dessa etapa do estudo foi analisar o próprio instrumento de monitoramento, afim de responder sobre aspectos estruturais e de conteúdo que podem torná-lo uma ferramenta adequada às suas finalidades.

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). Esse tipo de análise considera cada variável como uma dimensão do espaço (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 (score), que variou de 0,0 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 (0,0 e 1,0). Foi assumido na análise que as médias iguais ou maiores que 0,7 são considerados bons níveis. O histograma foi o gráfico eleito para visualização e cálculo de probabilidades (PEDROSO, 2017).

O histograma é um sumário gráfico preparado para dados que tenham sido previamente sintetizados numa distribuição de frequência, de frequência relativa ou de frequência percentual. Ele é construído colocando-se a variável de interesse no eixo horizontal e o tipo de frequência que se queira representar no eixo vertical. A frequência de cada uma das classes é mostrada por um retângulo cuja base é o intervalo da classe no eixo horizontal e a altura corresponde (no eixo vertical) à frequência de ocorrência do intervalo da classe. A distribuição de Frequência Cumulativa (área entre valores) mostra o número de observações com valores menores ou iguais ao limite superior de cada classe. Desta forma calcula-se a porcentagem de observações com valores menores ou iguais ao limite superior de cada classe, definindo a área de probabilidade acumulativa (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 0,0 a 1,0; (2) em cada histograma gerado foi identificada a Média e a probabilidade dos valores avaliados ficarem iguais ou acima de 0,7; (3) e por último foi gerado um gráfico de Tendência da Evolução das seções avaliadas para verificar a variação nos anos.

Os formulários, incluindo o “Formulário de monitoramento – Professor”, foram elaborados pela equipe de gestão da implantação do programa #Tamojunto do Ministério da Saúde nos anos de 2014 e 2015, e no ano de 2016 com a parceria do Ministério da Justiça. As perguntas contidas nos formulários variaram entre os anos em sua forma e conteúdo. O objetivo do monitoramento era o de mapear fragilidades na implantação para favorecer as tomadas de decisões de melhorias, sejam elas por

exemplo em relação ao apoio da gestão escolar à ação, de clareza pelo professor-implementador sobre procedimentos e de habilidades e atitudes.

Na construção gráfica abaixo (Gráfico 1.), da evolução nos anos, percebe-se que no ano de 2014 houve um maior preenchimento quando comparado ao número de professores, seguido de 2016 e por último o ano de 2015:

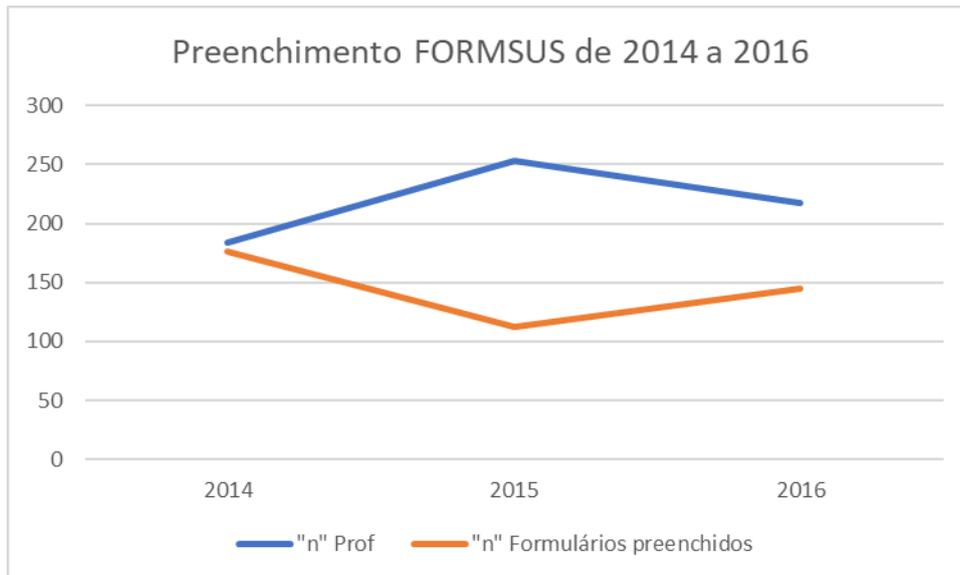


Gráfico 1. Gráfico de distribuição de preenchimento do “FormSUS” comparado ao número de professores.

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 validação de construto é constituída por dois tipos: a convergente e a divergente. A validação convergente requer que a escala deva se correlacionar com outras variáveis, também, relacionadas entre si. Já a validação divergente, requer que a construção da escala não seja correlacionada com variáveis desiguais (BOWLING, 1997).

Pelo modo como foram construídos os formulários de monitoramento e no contexto da complexidade da intervenção, a validação convergente demonstrou

um método adequado e embasou a decisão pela definição e organização dos indicadores em dimensões - seções.

As definições da classificação das perguntas/indicadores por seção (fidelidade, qualidade, adaptabilidade e sustentabilidade) foram realizadas pelos pesquisadores, baseadas na perspectiva teórica de Berkell e seus colegas (2011). Foram critérios de exclusão: perguntas de identificação (perfil), perguntas abertas, assim como não foram analisadas as respostas contidas na opção “Outro(s)” quando havia essa alternativa de preenchimento livre em perguntas fechadas.

Segue abaixo quadro descritivo das características das seções dos formulários “Formulário de monitoramento – Professor” nos anos de 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 intersectorial 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	Múltipla 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 adaptações realizadas
Escalas	Alternativas múltiplas; Afirmativa/negativa (Sim, Não, Não se aplica); e Escala de Relevância (Muito relevante, Relevante, 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

Tabela 4. Tabela descritiva dos formulários de monitoramento dos professores #Tamojunto (2014 a 2016)

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:

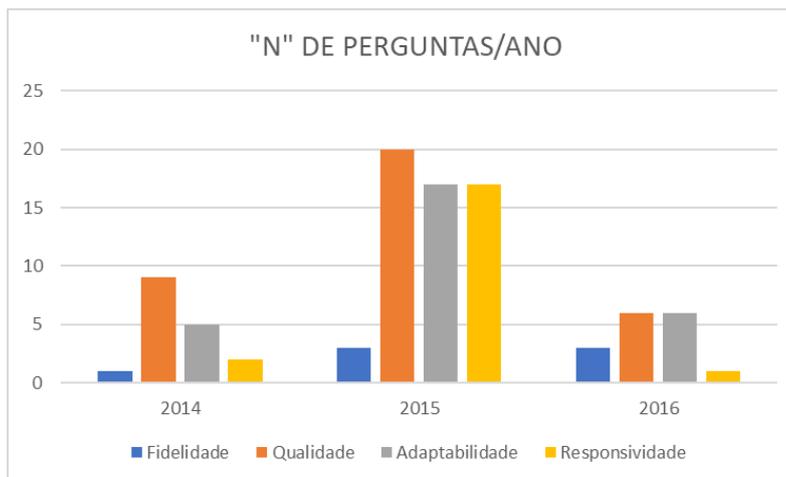


Gráfico 2. Gráfico de distribuição do número de perguntas por seção/ano.

Foi definido inicialmente a variação de pontos mínimo e máximo de 0,0 a 1,0 ponto. Para cada pergunta e escala de respostas, individualmente, foi definido como seriam as pontuações. É importante destacar que, pela forma como as perguntas eram feitas, nem sempre uma resposta pontuava da mesma maneira. O “Sim” ou o “Sempre”, por exemplo, poderiam significar 0,0 ou 1,0 pontos a depender da pergunta. Aqui, como resultado, recomenda-se uma padronização para que facilite a programação da análise dos dados – independente da escala escolhida, que as perguntas possam ser feitas de forma que as respostas tenham sempre o mesmo valor.

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 -“Sempre”, “Frequentemente”, “Raramente” e “Nunca”. Já o ano de 2016 tiveram 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 um exemplo de como conteúdos similares da seção “responsividade” foi explorado de formas diferentes entre os anos de 2015 e 2016, respectivamente:

Os educandos se interessam pelos energizadores.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pelas encenações.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pelos debates.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pelas atividades do caderno do educando.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pela roda de conversa em grupo.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pelo trabalho em pequenos grupos.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre
Os educandos se interessam pelo desenho e colagem.	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Sempre

Figura 4. Perguntas do formulário de monitoramento dos professores #Tamojunto 2015, classificadas na seção “responsividade”.

Durante as aulas do programa, os educandos geralmente	<input type="checkbox"/> Cumprem os combinados
	<input type="checkbox"/> Se interessam pelas atividades propostas
	<input type="checkbox"/> Se interessam pelos temas das aulas
	<input type="checkbox"/> Estão interagindo mais entre si
	<input type="checkbox"/> Tem respeitado mais os colegas
	<input type="checkbox"/> Estão mais receptivos ao convívio comigo
	<input type="checkbox"/> Nenhuma das opções

Figura 5. Perguntas do formulário de monitoramento dos professores #Tamojunto 2016 classificadas na seção “responsividade”.

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 pública, 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 autopreenchimento com aferição em escalas.

Dentre a variação de mínimo e máximo de 0,0 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 0,0 ou 1,0 pontos a depender da pergunta. Para as perguntas que tinham quatro escalas de respostas como, por exemplo - “Sempre”; “Frequentemente”; “Raramente”; e “Nunca” - dividiu-se o valor atribuindo 1,0; 0,66; 0,33; e 0,0 respectivamente. Para as perguntas com escala binária, atribuiu-se 1,0 e 0,0 respectivamente.

Para as 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.

Segue abaixo um exemplo de uma questão desse tipo na seção “adaptabilidade” 2014:

Que estratégia(s) você tem utilizado para realizar as aulas do #Tamojunto:

Campo não Preenchido

Campo Preenchido

- Realizar a aula com outro profissional
- Utilizar mais de um horário para uma aula do #Tamojunto
- Realizar as aulas no próprio horário da sua matéria
- Realizar as aulas em outra periodicidade que não a semanal
- Fazer acordos com professores de outras disciplinas para que o programa seja realizado em horários diversificados
- Implementar o programa como uma disciplina específica
- Implementar o programa em horário alternativo à carga horária formal da escola
- Realizar as aulas em espaços alternativos à sala de aula

Figura 6. Exemplo de uma pergunta de múltiplas escolhas da seção “adaptabilidade” do Formulário de monitoramento – professor 2014.

A resposta que indica um alto nível de adaptabilidade do programa ao contexto seria “Realizar as aulas no próprio horário da sua matéria”. No caso as demais respostas indicariam que o professor tem tido a necessidade de organizar arranjos, menos sustentáveis a longo prazo, para incluir as aulas do programa no currículo escolar. Como o professor podia responder a alternativa de maior representação da adaptabilidade, junto com as outras alternativas, foi necessário em casos como esse fazer um escore de pontuação que considerasse todas as possibilidades combinatórias, quais elas: maior pontuação para a escolha da resposta que representa a adaptabilidade ao contexto, quando não associada a outras alternativas; seguida das pontuações em que a alternativa mais representativa estava associada a uma ou mais outras alternativas, em que a quanto mais alternativas associadas menor a pontuação; e um terceiro grupo de pontos em que a resposta mais representativa não foi elencada, diminuindo a pontuação para quanto mais alternativas fossem escolhidas ao mesmo tempo. Entende-se aqui, portanto, que quanto mais arranjos institucionais são necessários menos adaptado o programa está ao contexto. No caso do exemplo acima a pontuação ficou:

Questão: Que estratégia (s) você tem utilizado para realizar as aulas #Tamojunto?

Total de alternativas: 8

Alternativa correta: “Realizar as aulas no próprio horário da sua matéria”

ALTERNATIVAS	PONTUAÇÃO
CORRETA	1,00
CORRETA + 1 ALTERNATIVA	0,91
CORRETA + 2 ALTERNATIVAS	0,84
CORRETA + 3 ALTERNATIVAS	0,77
CORRETA + 4 ALTERNATIVAS	0,70
CORRETA + 5 ALTERNATIVAS	0,63
CORRETA + 6 ALTERNATIVAS	0,56
CORRETA + 7 ALTERNATIVAS	0,49
1 ALTERNATIVA NÃO CORRETA	0,42
2 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,35
3 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,28
4 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,21
5 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,14
6 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,07
7 ALTERNATIVAS NÃO CORRETAS	0,00

Figura 7. Classificação de pontos de uma pergunta de múltiplas escolhas da seção “adaptabilidade” do Formulário de monitoramento – professor 2014.

A organização das perguntas por seções, fundamentada pela literatura de avaliação de processo de implantação de programas (BERKEL et al, 2011), assim como a classificação das respostas segundo escores de pontuação, foi testada quanto a sua capacidade de gerar informações. Essa organização e pontuação demonstrou estar em consonância com as necessidades do projeto e de aferição de dados de monitoramento, incluindo as necessidades de modificação das perguntas ano a ano e em conformidade com as mudanças advindas dos contextos reais de implantação do programa.

O monitoramento de processo ise dá pelo desenvolvimento de mapas de implementação, que devem incluir 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 (HAWES; SHIELL; RILEY, 2009).

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 – implementadores e de educandos. No caso dos professores, por exemplo, elogiar ou reconhecer atitudes positivas dos educandos durante a aula do #Tamojunto 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 e Seidman (2007) denominam de mudança no nível de configuração sendo esse, portanto, um aspecto relevante do monitoramento de intervenções complexas.

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. 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 os aspectos acima citados, 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.

No campo do uso de drogas, por exemplo, é possível assumir que nenhum programa, em si e percebido enquanto fórmula, é capaz de garantir resultados de retardamento do início do uso de drogas ou de diminuição de uso iniciado (ALBERTANI; SODELLI, 2014). Por isso os aspectos dos formulários de

monitoramento foram acima destacados, porque há um foco nos formulários ao longo dos anos no monitoramento do programa em si enquanto que, nesse estudo, assume-se o posicionamento de que para avaliar os riscos e os danos à saúde que o uso de drogas pode trazer é preciso uma visão sistêmica que inclua os componentes do processo, as interações e relações. Parte dessas respostas podem estar em métodos qualitativos de investigação e, por isso, indica-se que os métodos mistos de monitoramento têm um alto potencial de trazer hipóteses explicativas para resultados de análises quantitativas (SALAZAR, 2009).

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. As faltas de hipóteses explicativas restringem o aprimoramento da intervenção ao longo dos anos.

A presente tese percorreu trilhas teórico-metodológicas fundamentadas pela epistemologia da complexidade para avaliar, a partir de métodos mistos, a perspectiva da evidência na tomada de decisões em prevenção no contexto de políticas públicas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1. Adequações do piloto do programa *Unplugged#Tamojunto* para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras (Submetido na revista “*Ciência e Saúde Coletiva*”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, No prelo)

Adequações do piloto do programa *Unplugged#Tamojunto* para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras

Adaptations of the pilot of the program *Unplugged#Tamojunto* for health promotion and drug prevention in Brazilian schools

Autor 1: Raquel Turci Pedroso¹

Autor 2: Edgar Merchan Hamann²

RESUMO:

A prevenção ao uso de álcool e outras drogas no Brasil é marcada pela descontinuidade e pelo predomínio de um modelo não baseado em evidência. No ano de 2013, a Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, implementou o programa escolar europeu *Unplugged#Tamojunto*, nos municípios de São Paulo/SP, São Bernardo do Campo/SP e Florianópolis/SC, envolvendo 2161 educandos da rede pública. O objetivo da pesquisa foi a elaboração de recomendações de adequação do programa ao contexto brasileiro. O estudo qualitativo, baseado na Teoria Fundamentada Construtivista, analisou os documentos institucionais: “Diários Cartográficos”, “Matriz lógica de adaptação cultural” e relatório de pesquisa titulado “Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa *Unplugged* em São Paulo e Santa Catarina” (UFSC e UNIFESP). As formulações teóricas, organizadas a partir da Teoria de Difusão de Inovações, revelaram que é necessário: mudança paradigmática da abordagem de drogas pelos profissionais, maior adesão a metodologias interativas, adequação no tempo da hora-aula, compromisso da gestão escolar, fomento da intersetorialidade entre saúde e educação, consolidação de um monitoramento de processo e um alinhamento ético com os princípios da promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Promoção da Saúde; Prevenção Primária; Saúde Escolar; Programas Governamentais

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia da Educação pela PUC -SP, Doutoranda da Pós graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UNB). E-mail: raquel.turci@gmail.com

² Médico, Mestre em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (UNB), Master In Public Health / Epidemiology - University of California Los Angeles – UCLA e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. E-mail: merchan.hamann@gmail.com

ABSTRACT:

The prevention of alcohol and drug use in Brazil is marked by the discontinuity and the predominance of a model not based on evidence. In the year 2013, the General Coordination of Mental Health, alcohol and other drugs (Ministry of Health), implemented the European school program *Unplugged#Tamojunto*, in the municipalities of São Paulo/SP, São Bernardo do Campo/SP and Florianópolis/SC, involving 2161 Public school students. The objective of the research was the elaboration of recommendations of adequacy of the program to the Brazilian context. The qualitative study, based on the Constructivist Grounded Theory, analyzed the institutional documents: "Cartographic Diaries", "Logical Spread sheet of Cultural Adaptation" and a research report titled "Results of the Pilot Deployment of the Unplugged Program in São Paulo and Santa Catarina" (UFSC and UNIFESP). Theoretical formulations, based on the Theory of Diffusion of Innovations, revealed that it is necessary: a paradigmatic change in the approach of drugs by professionals, greater adherence to interactive methodologies, adaptation of class time, commitment to school management, promotion of intersectoriality between health and education, consolidation of monitoring process and ethical alignment with the principles of health promotion.

KEYWORDS:

Health Promotion; Primary Prevention; School Health; Government programs.

A promoção da saúde no Brasil, instituída enquanto política,¹ assume a necessidade de se tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, convocando a uma atuação ampliada, intersetorial, não focada no binômio saúde-doença em perspectiva exclusivamente clínica. A promoção da saúde tem, ao longo dos últimos anos, se aproximado e se distanciado das abordagens definidas como preventivas justamente por se aproximarem, em algumas vertentes, de uma abordagem centrada em aspectos individuais exclusivamente.²

No campo da prevenção de agravos e doenças há a prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Ainda distante de ser uma política social, organizada por princípios e diretrizes acordados entre as esferas de governo, há no Brasil algo mais difuso e pouco articulado entre projetos e programas que se definem como preventivas, mas que não têm seu efeito verificado.⁵ As iniciativas que se apresentam como preventivas são marcadas pela descontinuidade e pelo predomínio do modelo da "guerra às drogas", já bastante questionado em sua efetividade, que desconsidera dimensões fundamentais na constituição desta problemática, em especial os valores fundantes que embasam a perspectiva da promoção da saúde: o reconhecimento da subjetividade das pessoas e dos

coletivos, a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social.^{1, 6, 7, 8}

O desenvolvimento de estratégias de prevenção baseadas em evidências tem sido considerado na melhoria das políticas, influenciando a escolha de “boas técnicas” para o uso adequado de verbas públicas.^{9, 10, 11, 12, 13} A prevenção e a promoção se nutrem de uma ciência baseada em modelos de evidência, mas a ciência, e sua pretendida objetividade, é insuficiente para, de modo isolado, captar e responder às complexidades que incluem o espírito humano.^{3, 4} A evidência traz aspectos éticos relevantes para a tomada de decisões do gestor sobre os métodos eleitos para lidar com determinados problemas sociais, porém deve-se ir além dos indicadores de uso de drogas como centrais na valorização de uma técnica. Deve-se abranger, também, o mapeamento no campo dos significados sociais e culturais de comportamentos individuais e coletivos que, se não compreendidos, podem interferir na sustentabilidade das políticas – para que uma boa técnica se torne uma boa prática.¹⁴

No campo das políticas públicas, um estudo sobre a eficácia da prevenção demonstrou que, para cada dólar investido em prevenção, em torno de 4 a 5 dólares são economizados em tratamento dos problemas decorrentes do uso de drogas.¹⁷ Nessas estratégias não são incluídas intervenções coercitivas, que costumam se realizar por meio de palestras sobre os efeitos nocivos ou em depoimentos de ex-usuários, pois estas não apresentam desfechos mensuráveis.^{10, 13, 18, 19}

O uso de drogas deve ser entendido na perspectiva dos determinantes sociais, como a interação entre fatores que protegem e que colocam em risco a saúde do sujeito, que habita e convive em um ambiente e comunidade que possui crenças e valores, e que esses fatores podem incrementar as condições de vulnerabilidade.^{8, 20, 21, 22} O estudo dessa cadeia de mediações entre fatores de risco e proteção permite também evidenciar os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto, incluindo, por exemplo, impactos diferentes sobre gêneros.^{23, 24, 25}

Estudos indicam que adolescentes que consomem álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fazem, estão mais propensos a consumir álcool em padrão *binge* (consumo de cinco doses ou mais numa única ocasião), apresentarem padrões de consumo pesado (consumo superior a 19 dias por mês) e fazer uso de drogas ilícitas.¹⁵ Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde

Escolar do ano de 2012 indicam, entre adolescentes do nono ano do Ensino Fundamental das Escolas Públicas e Privadas, a prevalência de 50,3% para experimentação alcóolica e 26,1% para consumo nos últimos 30 dias, o que reforça a indicação de que as ações de prevenção devem acontecer, portanto, antes do primeiro consumo.¹⁶

Em estudo recente, Szalavitz (2016)³⁰ aponta para o mito da “personalidade aditiva” e indica que há traços de caráter universais que são comuns a todas as pessoas que fazem, ou não, uso problemático. A pesquisa acrescenta que não são os traços em si que são mais ou menos protetores e, por isso, não se trata de eliminar determinados traços em detrimento de outros, mas são os extremos de personalidade e temperamento, alguns dos quais estão associados com talentos, e não déficits, em que se eleva o risco. Sloboda (2012),³¹ na mesma direção, indica que os fatores de predisposições do ponto de vista genético, neurobiológico e de comportamento são insuficientes para explicar o uso problemático de drogas, pois o fator que ativa a predisposição sempre será a interação com o ambiente.

Há a necessidade que o campo da prevenção supere a lógica curativa de um modelo verticalizado de se pensar saúde pública, e passe a integrar a perspectiva da saúde coletiva que amplia a percepção sobre o conceito de risco, e compreender que os agravos e doenças compartilham os mesmos mediadores de vulnerabilidades de coletivos e que passam, assim, a abranger o aspecto ecológico e adaptativo da saúde na comunidade.²⁶

As escolas se destacam pelo seu papel de compartilhar e problematizar as normas sociais e por isso são contextos privilegiados para a promoção da saúde, e essas ações devem acontecer num clima de relações de solidariedade entre pessoas e grupos e devem se estender aos demais setores, como o da saúde, na perspectiva da intersectorialidade, tornando possível uma intervenção comunitária que fortaleça a coesão social, um fator protetor.^{27, 28}

As evidências demonstram que a promoção de habilidades de vida vêm confirmando seus efeitos preventivos. Destacam-se o desenvolvimento das habilidades de manejo das emoções, criatividade, pensamento crítico, resolução de problemas e tomada de decisão.^{11, 12, 29} Os fatores de proteção são, porém, multifacetados e por isso não devem ser confundidos com modelos comportamentais ideais – deve-se superar a tentativa de identificar traços de

personalidade que possam vir a tornar o sujeito mais ou menos propenso a tornar-se um usuário problemático de drogas.

Diante dos desafios de repostas ao uso de drogas 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) vêm investindo desde o ano de 2013 na adaptação, implantação e avaliação de programas de prevenção do uso de drogas entre educandos brasileiros. Faz parte desse processo a implementação do programa *Unplugged*, que apresentou resultados de efeitos preventivos em sete países europeus e foi adaptado em vários países da África e Ásia.^{22, 23, 24, 32, 33} A avaliação contínua dos programas é uma diretriz da iniciativa brasileira e o programa *Unplugged* está a ser avaliado nas suas diferentes etapas de implementação, quanto às necessidades de adaptação cultural, avaliação de processo, eficácia e efetividade, pelas Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).³⁵

O programa *Unplugged*, nomeado no Brasil em 2014 de *#Tamojunto*, é organizado em 12 aulas conduzidas por professores em escolas do Ensino Fundamental junto a educandos de 11 a 14 anos, em 2013, e 13 e 14 anos, a partir de 2014. Além das 12 aulas há 3 Oficinas para Pais e Comunidade a serem realizadas, na versão brasileira, por profissionais de saúde da Atenção Básica e da educação.³⁴ Sua linha teórica baseia-se no modelo *Comprehensive Social Influence Model*,³⁵ que se define pelo seguinte tripé: (1) promoção de habilidades de vida; (2) informações sobre drogas; e (3) pensamento crítico frente às crenças normativas. Cada aula tem duração prevista de 45 minutos.

Na literatura há diferentes modelos de adaptação cultural, mas que coincidem por conterem passos que orientam uma investigação que se utiliza de métodos quantitativos (efeitos) e qualitativos (descritivos-analíticos) para levantar as necessidades de adaptação.^{36, 37} Falicov (2009)³⁸ compreende a adaptação cultural como um caminho intermediário entre duas posturas extremas: de um lado o entendimento de que a evidência tem um caráter universal que pode ser replicado a qualquer grupo e, de outro, a compreensão de que uma evidência encontrada em um subgrupo cultural não pode ser adaptada.

O presente estudo analisou aspectos das fases de adoção e implementação piloto do Programa referido para a construção de recomendações de adequação da implementação ao contexto brasileiro, com a identificação de procedimentos que

sejam percebidos como pertinentes e adequados à cultura do público alvo, contribuindo com as futuras etapas de disseminação. Parte-se, portanto, do entendimento de que a construção de hipóteses indutivas e dedutivas a partir de evidências de implementação do programa *Unplugged* favorecem a construção de políticas públicas no campo da prevenção e promoção em saúde, na identificação de fatores que possam operar de forma determinante na sustentabilidade da iniciativa.^{38, 42}

A teoria fundamentada nas evidências das experiências

O presente estudo, de caráter qualitativo, baseou-se na Teoria Fundamentada Construtivista^{41, 44}, que consiste no desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes, com a construção de explicações dos processos sociais.

Seguiram-se as etapas metodológicas previstas no modelo, a saber: amostragem dirigida à construção da teoria e não visando a representação populacional; construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados e não de hipóteses preconcebidas; constante utilização de método comparativo dos dados entre o mesmo sujeito e entre diferentes sujeitos; redação de memorandos para elaboração de categorias; formulações de relações que levam à construção de teorias a cada etapa de análise; e a revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

O piloto do programa *Unplugged* (2013) foi realizado em oito escolas públicas distribuídas nas cidades de São Paulo (SP), São Bernardo do Campo (SP) e Florianópolis (SC), abrangendo um total de 2.161 educandos do Ensino Fundamental. Para a implementação piloto foi organizado um sistema de capacitação, monitoramento e avaliação que previa um articulador essencial, denominado multiplicador, que acumulava a função de formar professores, realizar o acompanhamento em lócus dessa implementação no formato de encontros individuais, e de preencher sistematicamente um instrumento de caráter qualitativo-descritivo, denominado Diários Cartográficos.

Esses Diários se constituíram como a amostragem inicial⁴¹ do presente estudo. Eles foram preenchidos por seis multiplicadores que, por sua vez, foram selecionados e formados pelos desenvolvedores internacionais do programa, gerando ao todo 144 Diários Cartográficos da implementação do programa *Unplugged*. Os Diários Cartográficos continham informações do processo que

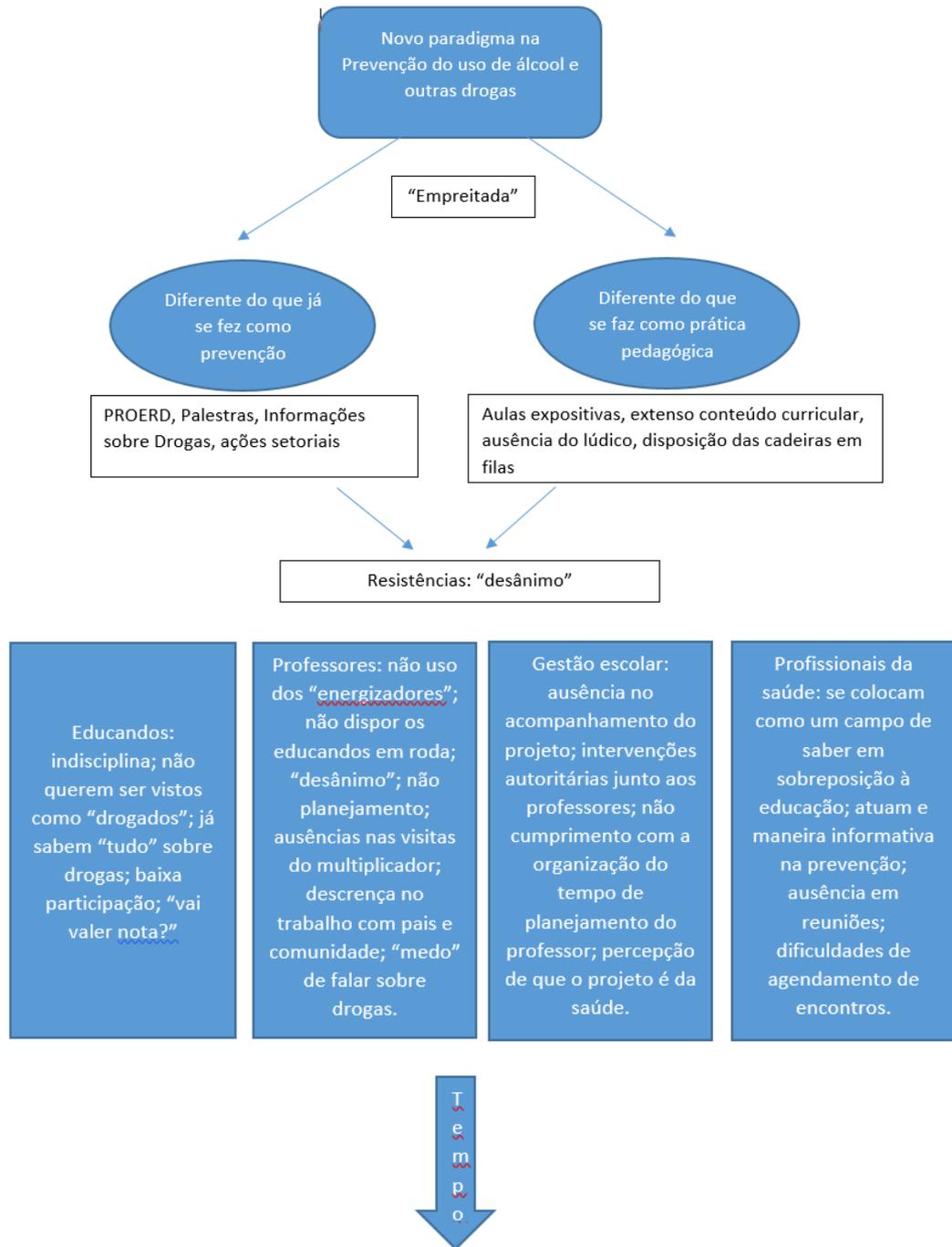
revelavam opiniões, sentimentos, intenções e ações dos multiplicadores, influenciando os tomadores de decisões sobre as necessidades de adequação do conteúdo e da estrutura de implementação do programa ao contexto brasileiro.

Enquanto os multiplicadores acompanhavam presencialmente as etapas de implementação do programa em cada território, supervisores vinculados ao Ministério da Saúde eram responsáveis pela gestão político-institucional. Os supervisores elaboravam documentos-síntese de gestão que demarcavam as tomadas de decisão sobre as adequações do programa, seu alcance e desafios. Ao mesmo tempo a UNIFESP e a UFSC realizaram pesquisas, a partir de métodos mistos, sobre os efeitos e a aceitabilidade do programa.

Considerando que a Teoria Fundamentada Construtivista não parte de hipóteses preestabelecidas nem de objetivos especificamente demarcados, mas de uma área de investigação complexa ou de uma problematização aberta e gerativa, a identificação dos dados de análise se dá concomitantemente às formulações teóricas intermediárias. Assim, como amostragem teórica⁴¹ foram incorporados dois instrumentos advindos dessas formulações: a “Matriz Lógica de adaptação cultural”, desenvolvida pelos supervisores do programa e o Relatório de pesquisa titulado “Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa Unplugged em São Paulo e Santa Catarina”. (UFSC e UNIFESP).

A etapa de revisão bibliográfica levou à incorporação da Teoria de Difusão de Inovações de Rogers (1995)⁴⁰ na apresentação das recomendações, visando contribuir com aspectos da adequação do programa.

Seguindo as etapas de análise da Teoria Fundamentada Construtivista⁴¹, chegou-se às seguintes classificações teóricas: “A necessidade de mudança de paradigma na prática dos profissionais de saúde e educação”; “A ‘animação’ e o ‘desânimo’ na implementação do projeto”; “Os ‘pontos operacionais’ como maior desafio na adequação ao contexto”. A elaboração das classificações teóricas seguiram a recomendação metodológica da construção de diagramas compreensivos, como seguem abaixo:



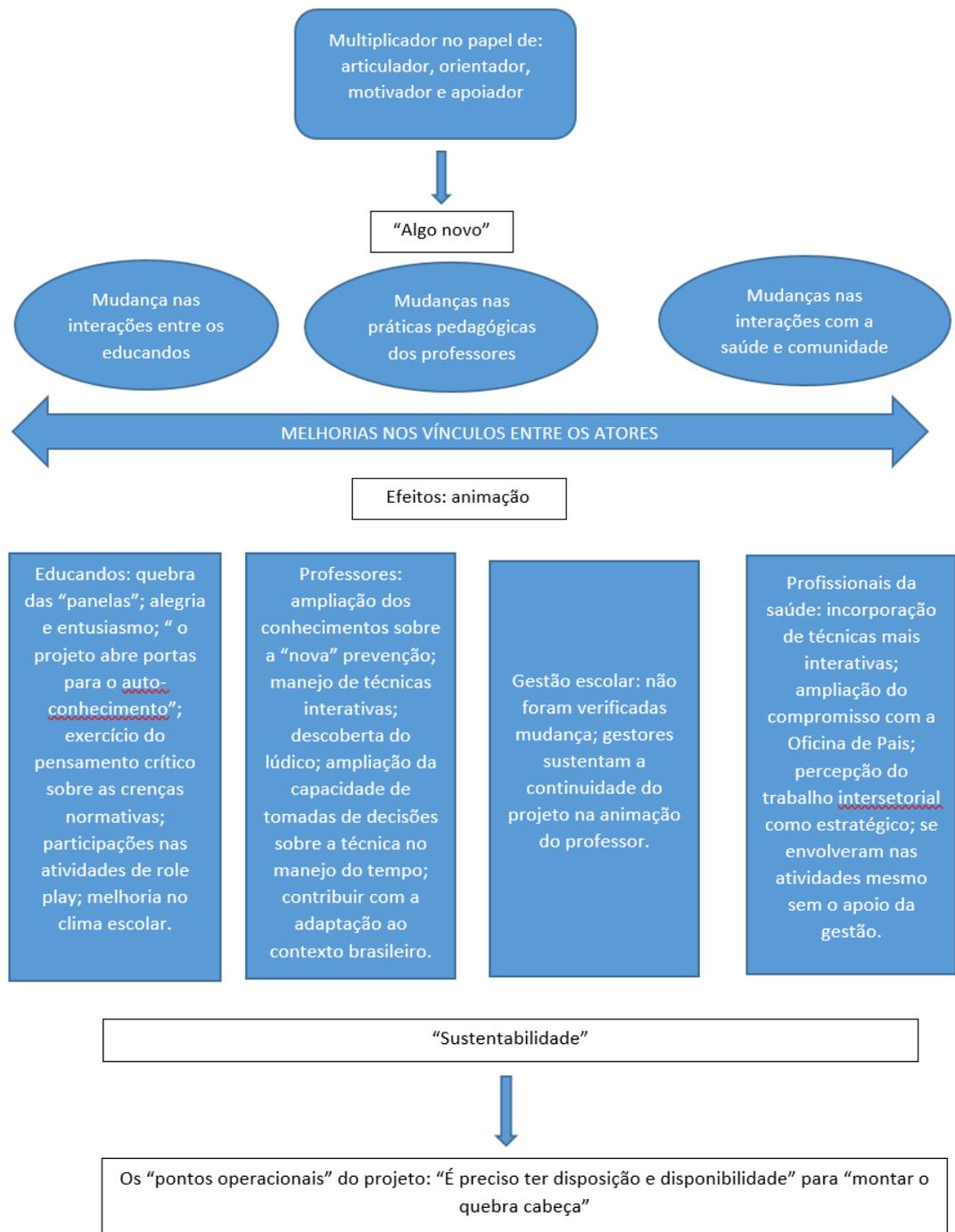


Figura1. Diagramas compreensivos

Categorias de análise e a construção dos argumentos

A necessidade de mudança de paradigma na prática dos profissionais de saúde e educação

Os multiplicadores descreveram que para se ter a compreensão do programa e obter o manejo adequado das técnicas propostas, foi necessário um investimento na ampliação do campo teórico-conceitual junto aos professores. Esse investimento

dialogava com saberes prévios sobre prevenção mais próximos a ações informativas e coercitivas e foi percebido como uma “empreitada”. Em alguns contextos o próprio professor vivenciou isso junto aos educandos que manifestaram resistências iniciais como, por exemplo, questionar o professor se ele os percebia como “drogados” ou afirmando que “já sabiam tudo sobre as drogas”.

Fazer a transição da passagem de informação para a mediação de interações foi um desafio. O multiplicador incentivou o professor a experimentar a técnica, ao mesmo tempo em que trazia os “por que” e “para que” da estratégia percebida como “algo novo”. As dificuldades em lidar com a proposta e com a indisciplina levou os professores a tomarem decisões de adequação que estiveram mais relacionadas com transmissão de informação e cobrança de aprendizagem de conteúdo.

O programa original prevê que as aulas tenham uma duração de 60 minutos, porém, no contexto brasileiro, elas variaram entre 40 e 50 minutos. Isso exigiu uma flexibilização no planejamento e execução das atividades: além de ter que lidar com um tempo mais curto do que o necessário, o professor não se percebeu tendo habilidades para produzir modos mais interativos. As maiores dificuldades relatadas pelo professor foram: organizar a sala em roda, o que muitas vezes não era possível pela própria estrutura do local; incentivar as discussões em pequenos grupos para depois realizá-las em grupos maiores; as dinâmicas de aquecimento e de divisão de grupos, denominadas “energizadores”, na qual os educandos podiam “se energizar demais”.

Houve desafios semelhantes relatados pelos profissionais da saúde na realização da Oficina de pais da comunidade. Como o formato original de programação da oficina não foi seguido em nenhum contexto, houve a indução pelo multiplicador do planejamento dos encontros de modo intersetorial (saúde e educação). Houve uma sobreposição inicial do setor saúde sobre o da educação, tanto no planejamento quanto na condução da oficina, e uma tendência de opção pelo caráter informativo. Os convites aos pais e comunidade para a participação na Oficina seguiram o envio de convite impresso via educando, usuais na organização. A baixa adesão nas oficinas foi compreendida pelo multiplicador como uma baixa participação na instituição/escola. Uma aluna chegou a comentar que sua mãe não foi porque ela não é “drogada”. Uma professora exemplificou relatando que a reunião de pais, hoje, na escola em que leciona, parece um “velório”.

A “animação” e o “desânimo” na implementação do projeto

Os multiplicadores atuaram no fomento da intersetorialidade entre saúde e educação. A intersetorialidade era um fator de “desânimo” para os profissionais quando não havia apoio dos gestores das escolas e dos equipamentos de saúde para a realização das ações conjuntas. Houve relatos de constrangimento dos profissionais de saúde que, nas horas de dedicação às atividades intersetoriais, estariam se “ausentando do trabalho”.

Houve, na maioria dos contextos, um distanciamento do gestor escolar com o professor do programa, o que se configurou como um “desânimo” e, nesse contexto, a figura do multiplicador se tornou mais essencial. Esse distanciamento, porém, foi descrito como parte de uma rotina escolar acumulada de tarefas, organizada em um calendário com prazo e que é concorrido no segundo semestre, período em que ocorreu o projeto. Há descrições de práticas mais impositivas em relação à chegada programa e, para os professores que se sentiram “obrigados” a atuar, esse foi um fator de desânimo.

O prejuízo no cumprimento curricular das disciplinas regulares, ocasionado pela entrada do projeto, foi agravado pelo não envolvimento da gestão. Nos contextos em que a gestão se dispôs a rever arranjos institucionais não houve um desânimo, já quando o professor teve que lidar sozinho houve “desânimo”, revelado como “Só não desisti porque já tinha me comprometido”. Esse compromisso foi relatado como sendo “de profissional para profissional”, e esse vínculo com confiança entre o professor e o multiplicador foi importante para que o professor expressasse as dificuldades de implementação – tensionada pela percepção do professor de que suas habilidades estivessem em avaliação e não o projeto em si.

O professor relatou que as relações de trabalho e vínculos nas instituições, agravadas pela alta vulnerabilidade à violência que estavam imersos, eram um fator e “desânimo”. O tema das drogas gerava medo no professor especialmente nas escolas que estão na rota do tráfico.

Um fator de “animação” foi as mudanças das relações em sala de aula, caracterizada pela descoberta do “lúdico”. Dentre os efeitos do programa são descritos: melhoria na relação professor e educando; melhoria na relação dos educandos entre si (quebra dos “grupinhos”); resgate de educandos desinteressados; melhoria na prática do professor; “o projeto abre portas para o

autoconhecimento”; melhoria na disciplina; exercício do pensamento crítico por parte dos educandos; e vivência de prazer, emoção e alegria em sala de aula, especialmente nas interações dos educandos entre si e nas encenações (*role play*), atividade identificada como a preferida dos educandos.

Os “pontos operacionais” como maior desafio na adaptação ao contexto

Os pontos operacionais se revelaram como o maior desafio de organização do processo de trabalho. Em uma parceria entre o multiplicador e os profissionais das escolas para a organização da agenda de implementação foram previstas visitas de acompanhamento numa frequência mínima quinzenal. Em alguns contextos o coordenador pedagógico da escola assumiu a tarefa de organizar as agendas, mas foi desestabilizado pelas demandas da escola. Os calendários eram revistos pelo multiplicador permanentemente, e essa tarefa tomou o maior tempo gasto à distância. As mudanças de rotina eram inicialmente mobilizadas por *e-mail*, mas como esse mecanismo não se mostrou eficaz para a comunicação, elas eram complementadas por contatos telefônicos ou, em último caso, por visitas presenciais fora da data prevista, como “montar um quebra-cabeça”. O multiplicador se percebeu como essencial nessa fase, o que gerou preocupações em relação à sustentabilidade do projeto.

Houve uma consonância entre as escolas do que deveria ser ajustado em relação à linguagem e ao conteúdo do programa, inclusive entre as cidades participantes, além do entusiasmo de professores em colaborar com as propostas. Essas adequações se revelaram como exequíveis aos multiplicadores.

Da prevenção à promoção da saúde: recomendações de adequação do programa *Unplugged* e seus desafios no contexto das desigualdades sociais

O programa *Unplugged* está baseado na interação de três teorias⁴²: “Social Learning Theory”, de Albert Bandura, “Health Belief Model”, de Irwin M. Rosenstock e “Reasoned Action – Attitude”, de Martin Fishbein e Icek Ajzen. As teorias partem da compreensão de que a personalidade é formada a partir da interação entre o ambiente, comportamentos e processos psicológicos e ocorre a partir da observação e modelagem de comportamentos, atitudes e reações emocionais de outros por aprendizagem imitativa; as percepções dos riscos à saúde são diretamente afetadas

pelas variáveis sociais, ambientais e psicológicas sendo que todos esses elementos são determinantes no desenvolvimento de comportamentos de maior ou menor risco à saúde; e as crenças subjetivas são determinadas pela intenção de compartilhar comportamentos daqueles que fazem parte dos contextos dos sujeitos, incluindo referências midiáticas.

Não há evidências internacionais de quais seriam os desafios na adequação do programa, tendo em vista que os estudos existentes apontavam resultados com relação ao impacto no uso de drogas e não sobre o processo de implantação e suas etapas (Faggiano *et al.*, 2010). No Brasil, a avaliação de processo apresentou resultados que dialogam com o presente estudo e serão abaixo detalhados.³⁵

É possível reafirmar que boas técnicas precisam, para se tornarem boas práticas, de um mapeamento das incompatibilidades entre a técnica e o contexto. Os ambientes, as crenças subjetivas e as normas sociais atuam nas intenções dos sujeitos, os aproximando ou os distanciando de práticas de risco às suas saúdes e das coletividades.

As incompatibilidades mapeadas irão interferir diretamente na difusão de inovações e seus estágios. Os estágios de difusão de inovações⁴⁰ são compreendidos como etapas que passam pela adoção, implementação, disseminação e sustentabilidade. A Teoria de Difusão de Inovações indica que a compreensão cuidadosa de como os implementadores da intervenção atualizam, modificam e criticam as ações previstas, são informações estratégicas para a adequação da intervenção e organiza quatro elementos centrais para a análise, a saber: a inovação propriamente dita; os meios de comunicação; o tempo requerido para aprender sobre a nova tecnologia; e o sistema social no qual a inovação está inserida.

A “inovação propriamente dita” é um elemento caracterizado pela percepção dos implementadores quanto aos aspectos da nova ação ser, ou não, uma proposta melhor que as anteriormente utilizadas, tanto numa perspectiva econômica como subjetiva. Se faz assim necessária a compreensão de aspectos da compatibilidade e da incompatibilidade (complexidade) com as realidades, e de como as normas e princípios da cultura influenciam na percepção da inovação da ação. O “meios de comunicação” é um elemento que identifica os modos como os participantes criam e compartilham informações uns com os outros, a fim de chegar a um entendimento mútuo, considerando-se que a maioria dos indivíduos percebem uma inovação não

com base em pesquisas científicas, mas por meio de subjetivas avaliações dos pares que adotaram a inovação. O “Tempo” é o elemento que valoriza a figura do “inovador” como um agente de manutenção e disseminação da estratégia mesmo lidando com os graus de incerteza da nova ação. O “Sistema social” constitui um limite dentro do qual se difunde uma inovação e por isso os padrões de interação da comunidade devem ser compreendidos para que possam incorporar novas práticas.

Seguem abaixo formulações teóricas das recomendações sobre a adequação ao contexto brasileiro do programa *Unplugged #Tamojunto*, organizadas nos estágios da Teoria da Difusão de Inovações de Rogers (1995)⁴⁰, emergentes das análises acima descritas:

- **A inovação propriamente dita:** as análises dos dados revelam que há aspectos da percepção da ação como inovadora que podem ser melhorados. Sobre esses aspectos destaca-se como recomendação: incluir um momento de apresentação institucional do projeto para a comunidade escolar (professores, educandos, pais e outros), com foco nos elementos de inovação do projeto; adequar etapas prévias de adesão das diferentes instâncias (Estaduais, Municipais e Locais) à implementação do programa; instituir o acompanhamento presencial do professor implementador, com foco em elementos de melhoria da implementação articulando os aspectos teóricos que embasam o programa; criar arranjos locais sustentáveis para a manutenção da função do multiplicador; e incorporar o programa numa lógica curricular e não extracurricular.
- **Os meios de Comunicação:** houve fragilidades na comunicação entre os diversos atores da implementação, incluindo a comunidade, e uma baixa troca de experiências dos implementadores entre si e com os gestores das unidades escolares e de saúde. Para o aprimoramento desses canais, propõe-se como adequação: incluir na estrutura de implementação momentos de troca dos professores entre si sobre a experiência de implementação; adequar o convite para a Oficinas de pais e comunidade na perspectiva da mobilização comunitária; ampliar a relação com as gestões das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde e educação para elevar os níveis da prevenção e promoção da saúde às políticas públicas locais; e incluir os gestores locais em níveis

de decisão estratégicas do projeto no fomento da gestão participativa e compartilhada.

- **O Tempo:** o tempo de aprendizagem da inovação pelos diferentes atores da implementação influenciou na superação dos desafios da ação. O reconhecimento da inovação pelos gestores se revelou como um elemento influenciador no tempo de aprendizagem do professor e profissional de saúde pois possibilitou, ou não, que os encontros de acompanhamento pudessem se concretizar. O multiplicador se revelou como um ator estratégico para a capacitação do “inovador” influenciando no cumprimento das agendas previstas para a ação. Considerando a necessidade de ampliação da aprendizagem e da rede de inovadores, recomenda-se: que a formação presencial inicial deve ter a participação de um representante da gestão escolar e a participação integral dos implementadores (saúde e educação); incluir na formação presencial inicial um momento de início de construção de agenda das atividades previstas no projeto; priorizar ações de planejamento e acompanhamento da implementação de forma coletiva e não individual; criar instrumentos que monitorem indicadores de processo de implementação; e compreender as recomendações dos professores de adaptação do material como produção permanente de conhecimento inovador.
- **O Sistema Social:** os paradigmas de atuação no campo da temática das drogas, desde as concepções baseadas em aspectos morais até aquelas relacionadas com pedagogias participativas, influenciaram nos desafios da implementação e nos compromissos com a fidelidade. As relações entre os campos da saúde e educação na perspectiva da intersetorialidade se revelaram como aspectos essenciais para concretização do envolvimento da comunidade. As organizações, com suas regras e modos de operar (saúde e educação), perceberam que há a necessidade de flexibilização em padrões institucionais para a implementação da inovação e outros em que a inovação deve se adequar aos padrões não passíveis de mudança. Considerando os aspectos do sistema social na sustentabilidade da inovação, sugere-se como recomendação de adequação: realizar um mapeamento junto

aos atores dos antecedentes de prevenção do território, assim como os antecedentes intersetoriais (saúde e educação); ampliar a implementação do projeto ao longo do ano para diminuir danos no conteúdo curricular; adequar o tempo-aula; e considerar padrões diferenciados de acompanhamento aos professores de turmas com histórico de violência.

A avaliação de processo da implementação do programa no Brasil³⁵ traz elementos que possibilitam complementar as formulações teóricas acima descritas. Dentre elas, destacam-se as recomendações que indicam a necessidade de adequação do tempo da hora-aula, o planejamento estratégico entre os setores envolvidos e a ampliação do apoio da direção escolar.

Dentre os elementos elucidados nesse presente estudo está a dificuldade dos profissionais de saúde e educação, incluindo a gestão, em implementar essa prevenção baseada em princípios interativos e de diálogo e que caminha para a produção de novas condições de inclusão social. No caso do *Unplugged*, essa dificuldade se deu no interior do contexto de um currículo escolar e agenda pedagógica voltado para as atividades disciplinares centradas na transmissão de conteúdos, com pouca flexibilidade de tempo e de novas organizações institucionais. A gestão escolar esteve distante das demandas do grupo de professores e a relação entre a escola e a comunidade mostrou-se fragilizada.

Os professores sentem medo de falar sobre drogas e a atuação intersetorial entre saúde e educação não se revelou uma prática dos setores. A prevenção ainda é percebida pela saúde como uma ação de dar informações corretas e há um desconhecimento sobre os marcos teórico-conceituais e práticos das evidências na prevenção.

Freitas (2009)⁴³ trabalha com o conceito de má fé institucional na educação, entendida como um padrão de atuação institucional que se articula desde o Estado até os micropoderes e as relações cotidianas, em que as hierarquias de classes determinam os recursos simbólicos que as instituições oferecem. Num contexto em que operam desigualdades sociais, há instituições que não levam em conta essas vulnerabilidades nos seus modos de se organizarem e que acabam por negar os próprios sujeitos-educandos. As condições de trabalho fazem da própria instituição, ela mesma, espaço de acirramento da violência simbólica. Essa perspectiva nos coloca diante de um grande desafio na mudança paradigmática da promoção da

saúde, que é fazer “boas práticas” em instituições que, nas suas trajetórias de vulnerabilidades, levaram a uma negação do diálogo, da ludicidade, do prazer da autonomia. Há um acesso universal à escola, mas não há um acesso universal à educação e isso se dá por mecanismos de reprodução de desigualdades, em que as instituições não são organizadas para os mais vulneráveis, e reproduzem as suas invisibilidades.⁴¹

A vivência desse outro caminho, não de “guerra às drogas”, mas de coesão social, pode ser libertador. Ao trabalhar com promoção da saúde, em que o profissional ocupa um papel de mediador junto a educandos, rompe-se com posturas de práticas prescritivas, informativa e autoritária e aprende-se a atuar captando paixões, medos e alegrias.³ O que está em questão na promoção da saúde não é apenas a adequação de conteúdo, mas uma adequação de modos de ser e conviver: um convite à mediação de emoções.³ O multiplicador, em momentos desse projeto, ocupou esse lugar de mediador junto aos profissionais e o professor ocupou esse lugar de mediador junto aos educandos. O *Unplugged #Tamojunto* foi capaz de produzir vivências de revalorização do professor e do profissional de saúde em seu papel social. Essa prevenção pautada pela ética da promoção da saúde é um caminho que contribui com o rompimento dessa reprodução, de geração em geração, de mecanismos de invisibilidade. Uma prevenção pontual, moral, proibicionista, é reprodutora de desigualdades e está distante dos princípios da promoção da saúde. Uma prevenção interativa, voltada para o desenvolvimento de habilidades de vida, de reflexão crítica sobre as crenças e normas sociais, produz uma emoção, uma marca de libertação. É por isso que o professor não desistiu do projeto.

1. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014: Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União* 2014; 11 nov.
2. Czeresnia DO. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia DO, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 39-54.
3. Maturana H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
4. Morin E. *O problema epistemológico da complexidade*. 2ª Edição. Lisboa: Europa-América; 1996

5. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A Promoção de Saúde enquanto Estratégia de Prevenção ao Uso De Drogas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 267-273.
6. Bucher R. A ética da prevenção. *Teor. e Pesq.* 1992; 8(3): 385-398. 1992.
7. Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(16):115-29.
8. Brasil. 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, 2015.
9. Hawks D; Katie S, Myanda M. *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*. Switzerland: World Health Organization; 2002.
10. Becoña Iglesias, E. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
11. World Health Organization (WHO). *Outcome Evaluation Summary Report: WHO/UNODC Global Initiative (1999-2003) on Primary Prevention of Substance Abuse*. Geneva: WHO; 2007.
12. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention* 2004; 25(2): 211-232.
13. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Brasília; 2014
14. Campos GW. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(10): 2797-2805.
15. Sanchez ZM, Santos MG, Pereira AP, Nappo SA, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. *The Journal of Pediatrics* 2012; 163(2): 363-368.
16. Malta DC, Machado IE, Porto DL, Silva MMA, Paula Freitas PC, Costa AWN, Maryane Oliveira-Campos M. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol Suppl Pense* 2014; 203-214.
17. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide*. 2. ed. Maryland: NIH Publications; 2003.
18. Shamblena SR, Coursera MW, Abadia MH, Johnsona KW, Younga L, Browneb TJ. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. *Drugs: Education, Prevention, and Policy* 2014; 21(2): 110-119.

19. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European Drug Prevention Quality Standards: a manual for prevention professionals*. Lisbon; 2011.
20. Eriksson I, Cater A, Andershed A-K, Andershed H. What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5:477– 482.
21. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
22. ROSE G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
23. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR, Burkhart G, Caria MP, Vadrucci S, Faggiano F. “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.
24. Vadrucci S, Federica D, Vigna-Taglianti FD, Der – Kreeft PV, Vassara M, Scatigna M, Faggiano F, Burkhart G. The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion* 2015; (0): 1 –10.
25. Vigna-Taglianti FD, Vadrucci S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal Epidemiol Community Health* 2009; 63(9): 722-728.
26. Merchan-Hamann E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(Sup. 2):85-92.
27. European Drug Addition Prevention Trial (EU-DAP). *Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools*; 2013.
28. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Insights: Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Official Publications of the European Communities; 2008.
29. Paiva FS, Rodrigues, MC. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e pesquisas em psicologia* 2008; 8(3): 672-684.
30. Szalavitz M. *Unbroken Brain: A Revolutionary New Way of Understanding Addiction*. St Martins's Press; 2016.
31. Sloboda Z; Meyer D; Glantz T; Ralph ET. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Substance use & misuse* 2012, 47:1-19.

32. Miovsky M, Novak, P, Stastna L, Gabrhelik R, Jurystova L, Vopravil J. Resultados del programa de prevención escolar Unplugged sobre el uso del tabaco en la República Checa/The Effect of the School-Based Unplugged Preventive Intervention on Tobacco Use in the Czech Republic. *Adicciones* 2012; 4(3):, 211-218.
33. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D, Panella M, Scatigna M, Siliquini R, Varona L, van der Kreeft P, Vassara M, Wiborg G, Galanti MR. 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.* 2010; 08(1-2):56-64.
34. Pedroso RT, Abreu S, Kinoshita, RT. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura* 2015; (33): 9-24.
35. Medeiros PFP, Cruz JI, Schneider DR, Sanudo A, Sanchez ZM. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2016; 11:2.
36. Castro FG, Barrera Jr M, Steiker LKH. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010; (6): 213-239.
37. Domenech-Rodríguez M, Wieling E. Developing culturally appropriate, evidence-based treatments for interventions with ethnic minority populations. In: Rastogi M, Wieling, E, editors. *Voices of Color: First-Person Accounts of Ethnic Minority Therapists*. Oaks, CA: Sage; 2004. p. 313-333.
38. Falicov CJ. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Fam Proc.* 2009; 48:292–309.
39. Renisow K; Soler R; Braithwaite, RL; Ahluwalia JS; Butler J. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community Psychology*, 2000; 28(3), 271-290.
40. Rogers EM. *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: Free Press; 1995.
41. Charmaz K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
42. Vadrucci S; Vigna-Taglianti FD; Van de Kreeft P; Vassara M; Scatigna M; Faggiano F; Burkhart G; EU-DAP Study Group. The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion* 2015; 1757-9759 Vol 0(0):1-10.
43. Freitas, L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. In: SOUZA, J. *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. p.281-304.
44. Leite, F. Raciocínio e procedimentos da *Grounded Theory* Construtivista. *Revista de Epistemologias da Comunicação* julho-dezembro/2015; Vol 3(6) nº 6, 76-85.

5.2 ARTIGO 2 - Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016) (Submetido na “*Revista Cadernos de Saúde Pública*” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer)

Título Completo: Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016)

Título Resumido: Monitoramento do programa #Tamojunto (2014 a 2016)

Autor 1: Raquel Turci Pedroso

Autor 2: 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 Curitiba, 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. Verificou-se a probabilidade de 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

As ações para prevenção e promoção da saúde, que buscam mudanças políticas, sociais e culturais, não são facilmente standardizáveis 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 favoráveis¹.

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^{2,3}.

O modelo de prevenção proposto por Weisz et al (2005)⁴, 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^{1,5}.

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%⁶.

Ainda que o desenvolvimento de estratégias de prevenção com base em evidências esteja sendo propagado^{7,8,9}, 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 política¹⁰.

Reduzir a complexidade da prevenção para promoção da saúde, quer ao condensá-las em um modelo logístico desprovido de atores, quer ao estabelecer generalizações de um ponto de sua evolução para a criação de categorias mais homogêneas, seria equivalente a negar natureza da intervenção¹¹.

Salazar (2009)¹ 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 avaliação¹². Tófoli (2013)¹³ 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 decisão¹⁴.

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^{15, 16}.

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^{17, 18}.

Melo et al (2015)¹² 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^{14, 19}.

A sustentabilidade é definida pela continuidade das ações pelos serviços e, por isso, é também apresentada como um resultado de efetividade²⁰. 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 ações²¹.

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 exceção²².

No caso de programas escolares de prevenção, os professores modificam os currículos, não realizam ou substituem algumas atividades, mudam a metodologia indicada. Estas 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^{23, 24}.

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^{23, 25, 26, 27, 28}.

O programa de prevenção escolar *Unplugged* foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores europeus - Eu-Dap, vinculados a Universidades de 7 países distintos^{29, 30}. 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^{23, 25, 31}.

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^{28, 32, 33}.

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^{23, 25}. 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. Desde 2014 os questionários vêm sendo aprimorados anualmente quanto à sua forma, conteúdo e fluxo de preenchimento^{32,33}.

O presente estudo tem dois objetivos: (1) avaliar o instrumento em relação à sua capacidade de responder aos objetivos de monitoramento de processo; (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 plataforma²³.

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, 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.

Segue abaixo tabela descritiva da amostra de formulários:

SP	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	51	125	123
2015	81	185	61	
2016	107	162	118	
SC	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	16	37	28
2015	20	40	20	
2016	16	34	4	
PR	Ano	"N" Escolas	"N" Prof	"N" Formulários preenchidos
	2014	12	22	25
2015	11	28	31	
2016	11	22	23	

Fig 1. Tabela número de escolas, professores e formulários "FORMSUS" preenchidos por ano, por estado.

O primeiro objetivo desse estudo é analisar o próprio instrumento de monitoramento, afim de responder sobre aspectos estruturais e de conteúdo que podem torná-lo uma ferramenta adequada às suas finalidades.

Berkel et al (2011)³⁴ 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 modelo³⁴ foca em quatro dimensões da implantação "fidelidade", "qualidade", "adaptabilidade" e "responsividade". Por estas 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^{34, 24}.

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)³⁵.

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 0,0 a 1,0 pontos; (3) resolução de gabarito de cada resposta a partir dos referenciais teóricos das seções³⁴; (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 (0,0 e 1,0). Foi assumido na análise que as médias iguais ou maiores que 0,7 são considerados bons níveis. O histograma foi o gráfico eleito para visualização e cálculo de probabilidades³⁹.

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 0,0 a 1,0; (2) em cada histograma gerado foi identificada a Média e a probabilidade dos valores avaliados ficarem iguais acima de 0,7; (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 ferramenta³⁶.

Segue abaixo quadro descritivo das características das seções dos formulários “Formulário de monitoramento – Professor” (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 intersectorial 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	Múltipla 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 adaptações realizadas
Escalas	Alternativas múltiplas; Afirmativa/negativa (Sim, Não, Não se aplica); e Escala de Relevância (Muito relevante, Relevante, 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

Fig 2. Tabela descritiva dos formulários de monitoramento dos professores #Tamojuntó (2014 a 2016)

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 - “Sempre”, “Frequentemente”, “Raramente” e “Nunca”. Já o ano de 2016 tiveram 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.

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 necessários³⁷. 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 e Seidman (2007)³⁸ 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 prevenção⁴⁰. Há, porém, nos formulários, em todos os anos, um foco na investigação de características do programa em si.

Salazar (2009)¹ 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 os aspectos acima citados, 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^{23, 26}, 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 – implantação⁴¹, é importante destacar que em um ciclo de 12 aulas, de um programa que está inserido num contexto das políticas pública, 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 0,0 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 0,0 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; 0,66; 0,33; e 0,0 respectivamente. Para as perguntas com escala binária, atribuiu-se 1,0 e 0,0 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 0,7 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.

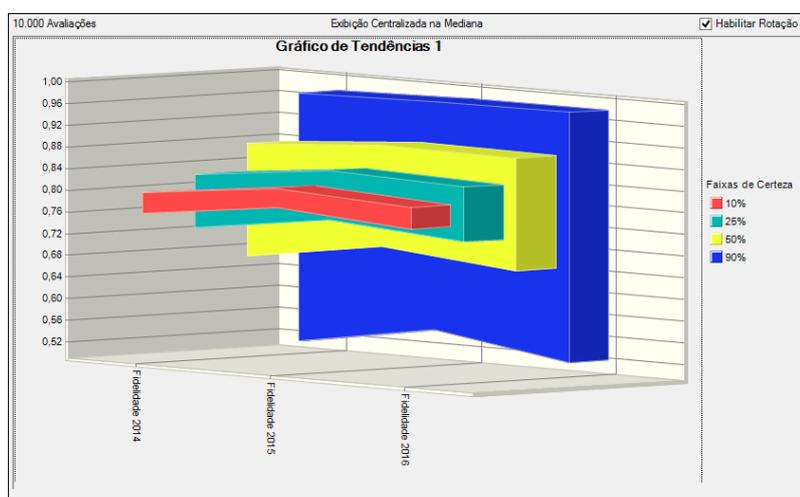


Fig. 3. Gráfico de tendências da seção “Fidelidade” – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.

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%.

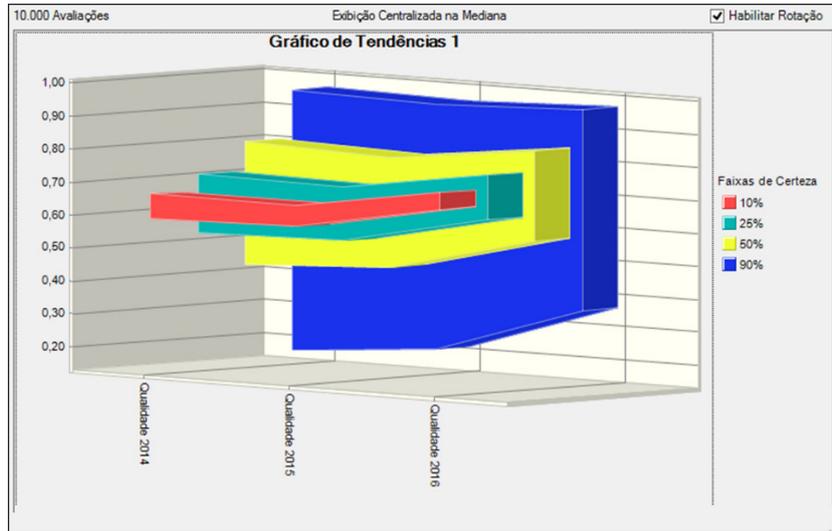


Fig 4. Gráfico de tendências da seção “Qualidade” – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.

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.

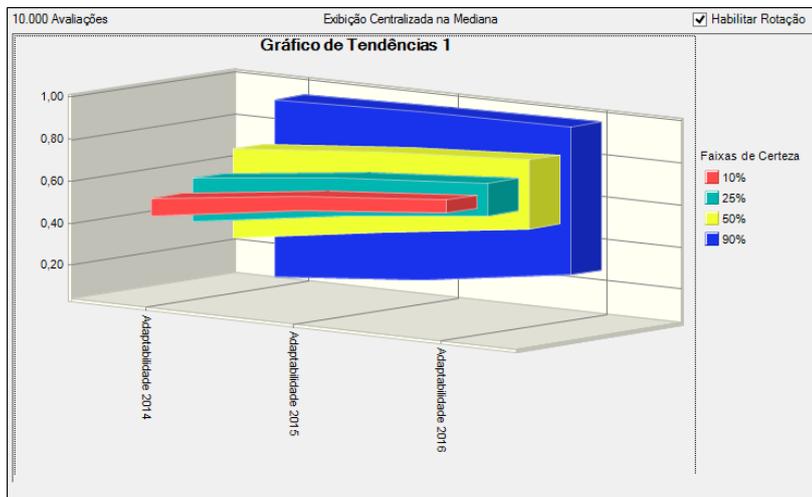


Fig 14. Gráfico de tendências da seção “Adaptabilidade” – 2014 a 2016, criado a partir dos Histogramas.

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.

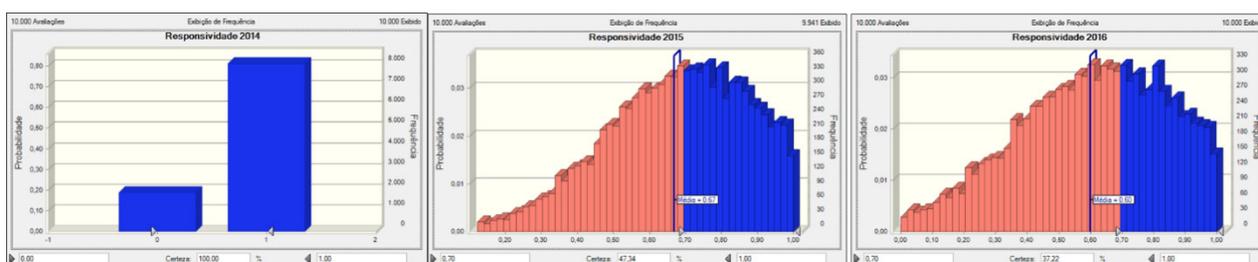


Fig 5. Gráfico binário e Histogramas das tendências de pontos da seção “responsividade” nos anos de 2014 a 2016.

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 fidelidade³⁷. 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 monitorados³⁸.

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)^{41,14}.

O programa “Unplugged” apresentou resultados efetivos em seis países europeus e foi adaptado em outros países da África e Ásia^{42,30}. 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 frequente⁴³.

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^{23, 25, 26, 27, 44, 45, 46, 47, 48,49}.

A pesquisa de Medeiros (2016)²⁶ 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^{25, 48}.

Lopes (2016)⁴⁸ 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 houveram dificuldades na condução das dinâmicas grupais. A pesquisa de Pedroso e Hamann (No prelo)²⁵ 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^{23, 25, 26, 44, 45}. Peres (2014)⁴⁴ 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^{25,26,44,45,46,48,49}. 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 demonstraram a satisfação dos educandos tiveram

descobertas significativas nas mudanças nos padrões relacionais entre eles e com o professor^{25,26,27,46}.

O ensaio clínico do programa (2014 e 2015)⁴⁷, 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 uma recomendação 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)⁵ indica 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)³⁷.

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.

1. Salazar L. Efectividad em promoción de la salud y salud publica: reflexiones sobre la practica em America Latina y propuestas de cambio. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009.
2. Buchele, F, Coelho E, Lindner S. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2009;14(1):267-273.
3. Buss PM, Pellegrini-Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1): p. 77-93.
4. Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment. *American Psychologist*. 2005;60(6):628–648.
5. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ: British Medical Journal*. 2008; 336(7656):1281-1283.
6. Cerqueria D, Lima RSD, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, et al. Atlas da Violência. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.
7. Becoña-Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
8. World Health Organization. Outcome Evaluation Summary Report: WHO/UNODC Global Initiative (1999-2003) on Primary Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO, 2007.
9. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas. Brasília, 2014.

10. Campos GW. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013; 18(10): 2797-2805.
11. Potvin L. "Should we worry about the enthusiasm toward evidence-based health promotion practices?." *Promotion & education*. 2006; 13:228–229.
12. Melo MHS, Rodrigues DRSR, Conceição MIG. Avaliação de programas de prevenção e promoção em saúde mental. In: Murta SG, Leandro-França C, Dos-Santos KB, Polejack L (organizadores). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.
13. Tófoli LF. Evidências soterradas pelo projeto de lei sobre drogas. *Carta Capital*, São Paulo, 17 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/evidencias-soterradas-pelo-projeto-de-lei-sobre-drogas>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
14. Ronzani TM, Costa PHA. Desafios para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas. In: Fernandez OFRL, Andrade MM, Nery-Filho A (organizadores). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.
15. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, [S.I.]. 2011;38(1):4-23.
16. Falicov CJ. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family Process*, [S.I.]. 2009;48(2): 295-312.
17. Hill M. *The Public Policy Process*. Harlow, England: Pearson Educational, 2013.
18. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Oxford University Press, Oxford, 1995
19. Roquayrol MZ, Almeida-Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.
20. Damschroder L, Aron DC, Keith RE, Kirsh, SR, Alexander JA, Lowery, JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*: IS, [S.I.]. 2009;4: 50.
21. Reese LE, Vera EM. Culturally relevant prevention: the scientific and practical considerations of community-based programs. *The Counseling Psychologist*, [S.I.]. 2007;35(6):763-778.
22. Ozer, EJ, Wanis MG, Bazell, N. Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. *Prevention Science*, [S.I.]. 2010;11(1):42-55.

23. Pedroso RT, Abreu S, Kinoshita RT. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura, Canoas*. 2015;(33):9-24.
24. Durlak JA, Dupre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, [S.l.]. 2008;41: 327-350.
25. Pedroso RT, Hamann EM. Adequações do piloto do programa Unplugged #Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. No prelo.
26. Medeiros PFP, Cruz JI, Schneider, D, Sanudo A, Sanchez, ZM. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2016;11:1-11.
27. Sanchez ZM, Sanudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira, APD, Faggiano F. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC public health*. 2016;16(1): 1206.
28. Brasil. Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de São Paulo: Brasília. No prelo.
29. European Drug Addition Prevention Trial. Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools. 2013. Disponível em: <[http://www.eudap.net/GUIDE/Guide%20\(ENGLISH\)%20DESIGN.zip](http://www.eudap.net/GUIDE/Guide%20(ENGLISH)%20DESIGN.zip)>. Acesso em: 16 mar. 2017.
30. Faggiano F Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D, van der Kreeft P. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, [S.l.]. 2010;108(1-2):56-64.
31. Vadrucci S, Vigna-Taglianti FD, van der Kreeft P, Vassara M, Scatigna M, Faggiano F, EU-Dap Study Group. The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion*, [S.l.]. June 2015; 10: 49-58.
32. Saúde Mental em Dados. Brasília: Ministério da Saúde, ano 8, n. 12, jul. 2015.
33. Brasil. 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. Ministério da Saúde: Brasília, 2017. No prelo.
34. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prevention Science*, [S.l.]. 2011;12: 23-33.

35. Pereira JCR. Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
36. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University, 1997
37. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *American journal of community psychology*. 2009;43(3-4):267-276.
38. Tseng V, Seidman E. A systems framework for understanding social settings. *American Journal of Community Psychology*. 2007; (39):217–228.
39. Pedroso LHTR. Gerenciamento de riscos em projetos: uma visão prática. São Paulo, 2017.
40. Albertani HM, Sodelli, M. Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível). In: Fernandez OFRL, Andrade MM, Nery-Filho A (organizadores). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.
41. Gouveia FF, Montalvão JB, Brito MS. Gerenciamento de lições aprendidas: estudo de caso de projeto de integração laboratorial. Fundação Getúlio Vargas, 2010.
42. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR, Burkhart G, Caria MP, Vadrucci S, Faggiano F. “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.
43. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR, EU-Dap Study Group.. Effects of a school-based prevention program on European adolescents’ patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*. 2011;48(2):182-188.
44. Peres GM, Grigilo TM, Schneider DR. Percepções Sobre um programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas para o desenvolvimento de habilidades de vida. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis. 2016;6(1):111.-123.
45. Peres GM. Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial. [Dissertação Mestrado] Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
46. Horr JF. Avaliação da satisfação do processo de implantação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos [Dissertação Mestrado] Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
47. Sanchez ZM, Valente JY, Sanudo A, Pereira APD, Cruz JI., Schneider D, Andreoni S. The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a

Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*. 2017: 1-11. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28361199>. DOI: 10.1007/s11121-017-0770-8.

48. Lopes JM. Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes [Tese de Doutorado] Florianópolis, SC: Programa de Pós Graduação em Psicologia/ Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
49. Medeiros PFP. 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]. São Paulo, SP: UNIFESP, Departamento de Medicina Preventiva; 2016.

5.3 ARTIGO 3 – A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas (Submetido na revista *“Interface: comunicação, saúde e educação”* em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer)

Autor 1: Raquel Turci Pedroso

Autor 2: Michaela Batalha Juhasova³

Autor 3: Edgar Merchan Hamann

Título: A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas

RESUMO:

A política pública baseada em evidência para ser realizada necessita de recursos, da adesão e da convergência de grupos de interesse, aceitação dos eleitores e da pressão política. O desafio é agregar à agenda política e da ciência a pauta das vulnerabilidades sociais. A presente revisão de literatura, do tipo narrativa, tem por objetivo refletir sobre a ciência da prevenção baseada em evidência no contexto das políticas públicas sobre drogas e os desafios da difusão de inovações no Brasil. Conclui-se que aspectos de adaptação de programas que estão localizados nas etapas iniciais da inovação, nas políticas públicas devem estender-se por todas as fases, afim de abranger a diversidade cultural, como é o caso brasileiro. Na inovação em contextos vulneráveis deve-se cuidar para a não reprodução de fatores de risco sociais e institucionais, pois irá imediatamente descaracterizá-la enquanto tal.

PALAVRAS – CHAVE:

prevenção ao uso de drogas; políticas públicas, ciência baseada em evidência.

Title: Evidence-based science in Public Policies for reinventing alcohol and drug use prevention

SUMMARY:

To be carried out, evidence-based public policy needs resources, membership and convergence of interest groups, acceptance from voters and from political pressure. The challenge is to add to the political and scientific agenda the subject of social vulnerabilities. The present narrative literature review aims to reflect on the science of

³ Michaela Batalha Juhasova Graduada em Estudos Internacionais e Diplomacia – University of Economics in Prague, e mestrado em Relações Internacionais – Universitaet Potsdam, Universitaet Humboldt zu Berlin e Freie Universitaet Berlin. Atualmente, atua como assessora da coordenação dos programas de Prevenção do Uso de Álcool e outras Drogas nas escolas e comunidades da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

evidence based prevention in the context of drug public policies and the challenges of diffusing innovations in the Brazilian context. We concluded that aspects of adaptation of programs that are located in the initial stages of innovation in public policies must extend through all phases, in order to embrace cultural diversity, as is the case in Brazil.

In innovation performed in vulnerable contexts, caution must be considered to avoid the reproduction of social and institutional risk factors, as it will immediately de-characterize it as such.

KEYWORDS:

prevention of drug use; public policy, evidence-based science.

Título: Ciencia basada en la evidencia en Políticas Públicas para reinventar la prevención del uso de alcohol y drogas

RESUMEN:

Para ser llevado a cabo, las políticas públicas basadas en la evidencia necesitan recursos, pertenencia y convergencia de grupos de interés, aceptación de los votantes y presión política. El desafío es agregar a la agenda política y científica el tema de las vulnerabilidades sociales. La presente revisión de la literatura, narrativa, pretende reflexionar sobre la ciencia de la prevención basada en la evidencia en el contexto de las políticas públicas sobre drogas y los desafíos de difundir las innovaciones en el contexto brasileño. Concluimos que los aspectos de adaptación cultural de los programas, que se ubican en las etapas iniciales de la innovación en las políticas públicas, deben extenderse a través de todas las fases, a fin de abarcar la diversidad cultural y social, como es el caso en Brasil. En el caso de la innovación en contextos vulnerables, se debe tener cuidado para evitar la reproducción de los factores de riesgo sociales e institucionales, ya que lo desmaterializará inmediatamente como tal.

PALABRAS CLAVE:

prevención del uso de drogas; política pública, ciencia basada en la evidencia.

A prevenção aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas vem sendo abordada, no Brasil, no âmbito de ações e programas, colocando o desafio de se constituir enquanto política pública. No país há esforços realizados de forma difusa e pouco articulada entre si de ações que se definem como preventivas, ainda que não tenham seu efeito verificado^{1,2,3,4}.

Política pública é um conjunto de metas definidas por governantes, com diferentes graus de participação dos governados, com o objetivo de solucionar problemas sociais em curso ou preveni-los, que se tornam uma agenda política⁵.

Analisar como as políticas de drogas são colocadas em pauta pelas sociedades e governantes ajuda a perceber os paradigmas que são produzidos sobre o uso de álcool e outras drogas.

No âmbito da consolidação ou melhoria das políticas públicas sobre drogas, a prevenção com base em evidências tem sido defendida para o uso adequado de verbas na produção dos efeitos desejados e na não produção de iatrogenias^{6,7,8}. A evidência da ciência, isoladamente, não consegue atuar no campo decisional da formulação de políticas, mas pode mediar os diversos interesses pautados nas normas culturais. O fazer político, baseado na ética da preservação da vida, pode, a partir de evidências, encontrar respostas que não permitam a reprodução de ações que não estejam alinhadas a essa ética.

Mesmo que as evidências tenham mostrado que as políticas pautadas pela “guerra às drogas” não foram capazes de reduzir índices de consumo, de produção e de oferta de drogas, estas ainda são uma escolha de governantes⁴. É aqui que o uso de drogas, entendido como problema público, é tratado como de natureza política, não científica. Os problemas podem chegar à agenda política por meio das evidências, mas geralmente chegam por outras vias, como a influência dos meios de comunicação, a difusão de ideias advindas de círculos profissionais e interesses de elites políticas, sendo que, muitas vezes, ocorrem na mudança de partidos no controle do governo, por meio de eleições⁹.

A ciência pode mapear caminhos para superar crenças que sustentam vulnerabilidades de sujeitos e coletivos, e pode atuar na transposição da boa técnica à boa prática, indo além de contextos controlados de estudos, que não se reproduzem no “mundo real” e, portanto, pouco contribuem com a consolidação de sistemas complexos de prevenção^{12,13,14}.

A política pública baseada em evidência necessita de recursos, da adesão e da convergência de grupos de interesse, da aceitação dos eleitores sobre a abordagem do problema e da pressão política. O desafio é agregar à agenda política a pauta das vulnerabilidades sociais^{10,11}.

Para suprir a necessidade de sistematização e de produção de práticas com base nas evidências, recomenda-se as seguintes estratégias¹⁵: avaliação da efetividade das ações em andamento desenvolvidas pelos profissionais e comunidades e sua transformação em programas estruturados para possível replicação; desenvolvimento de programas com base na evidência, e sua posterior avaliação em termos de eficiência, eficácia e efetividade; e importação dos programas estrangeiros com resultados de efetividade já comprovados.

A literatura indica que a probabilidade de se alcançar resultados de efetividade é maior na replicação de um programa previamente avaliado (seja ele local ou importado), do que na implantação de um programa desenvolvido localmente sem embasamento científico^{16,17}. Em termos de custo-benefício, a implantação de um programa baseado em evidências se mostra mais econômica do que o desenvolvimento e a avaliação de um programa novo⁸.

A presente revisão de literatura, do tipo narrativa, tem por objetivo refletir sobre a ciência da prevenção baseada em evidência no contexto das políticas públicas sobre drogas, especialmente sobre os desafios da disseminação de inovações no contexto brasileiro.

A formulação de políticas sobre drogas deve se organizar em seus diversos âmbitos, como a promoção, a prevenção, o cuidado, a reinserção social e o controle da oferta – e a validação científica desses meios deve ser considerada. O cuidado com a evidência, porém, é requerido pois as políticas devem tornar-se sensíveis às diferentes realidades⁸.

A adaptação cultural é um processo e não uma etapa pontual. As experiências da implantação de programas baseados em evidências em novos contextos – como em diferentes países – reforçam a necessidade de adequação, visando aumentar a relevância cultural da intervenção^{18,19}.

O objetivo da adaptação cultural é tornar o programa compatível com os valores, os padrões e os significados culturais do seu novo público-alvo, considerando a língua, a linguagem, a cultura e o contexto^{18,20}.

A adaptação cultural de programas baseados em evidências precisa ser conduzida de forma planejada, sistemática e colaborativa²¹. Burlew *et al* (2013)²²

identificaram três abordagens mais comuns na adaptação cultural: envolvimento dos membros da comunidade em todas as etapas; revisão da literatura e pesquisas dos precursores etiológicos do problema a ser prevenido (fatores de risco e proteção do público-alvo); e o envolvimento de especialistas na tomada de decisões. A adequação contínua é essencial para a qualificação da adaptação e dos instrumentos e métodos de avaliação.

Para Rogers (2003)²³, autor da Teoria da Difusão de Inovações, os estágios de difusão de inovações são etapas que passam pela exploração, adoção, implementação, disseminação e sustentabilidade. A adaptação cultural está na literatura localizada nas etapas iniciais da implantação. Entende-se que, nas políticas públicas, complexificada pela extensão e pela diversidade cultural, como é o caso do Brasil, a adaptação passa a caracterizar-se como transversal às etapas: desde a linguagem à estrutura de formação até os mecanismos de implementação para sustentabilidade.

Os contextos diversos de vulnerabilidade impactam as práticas sendo que, sem uma adequação, poderão comprometer desde a adoção até tentativas de disseminação e, por fim, a sustentabilidade^{24,25}.

Rogers (2003)²³ indica que a análise de como os implementadores atualizam, modificam e criticam as ações é estratégica na adequação da intervenção. O autor organiza quatro elementos para a análise: a inovação propriamente dita; os meios de comunicação; o tempo requerido para aprender sobre a nova tecnologia e o sistema social no qual a inovação está inserida.

A “inovação propriamente dita” é a percepção dos implementadores dos aspectos da nova ação ser uma proposta melhor que as anteriores. Faz-se necessária a compreensão de aspectos da compatibilidade e da incompatibilidade com as realidades, e de como as normas culturais influenciam na percepção da inovação. Recomenda-se o mapeamento do reconhecimento e das transformações subjetivas, de grupos e institucionais²².

Os “meios de comunicação” identificam os modos como os participantes criam e compartilham informações uns com os outros, a fim de chegar a um entendimento mútuo. Canais interpessoais são considerados eficazes na formação e na mudança de atitudes, influenciando a decisão de aprovar ou rejeitar a ideia nova.

A maioria dos indivíduos percebe a inovação não com base em evidências, mas por meio de avaliações dos que adotaram a inovação²².

O “tempo” é o elemento que valoriza a figura do “inovador” como um agente de manutenção e disseminação da estratégia. O “inovador” são os que adotam, sustentam e desenvolvem a capacidade de conhecer e aplicar o novo conhecimento, mesmo com os graus de incerteza da nova ação. Caracteriza-se pelo tempo requerido pelo “inovador” para aprender sobre a tecnologia e a decisão de ampliação para novos contextos²².

O “sistema social” constitui a compreensão do contexto em que se difunde uma inovação e os padrões de interação da comunidade. Os inovadores influenciam na formação da massa crítica que garantirá a sustentabilidade da inovação. Para a aprovação do sistema social de uma inovação, é preciso adequar as normas da difusão ao contexto dos indivíduos, grupos e organizações²².

Nos serviços públicos, aqueles comprometidos com incentivos para adoção de boas práticas, são normalmente mais adequados para experimentação de inovações²⁶. É recente o uso de boas práticas baseadas em evidências na promoção do bem-estar da infância e juventude e, também, na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Essa falta de capacitação prévia dos profissionais indica, entre outros desafios, que é pouco provável que eles estejam aptos às trocas e às comunicações para a produção de conhecimentos organizados. Isso não os impede de terem a vivência da capacidade de mudança da nova prática, porém, esta dependerá do investimento nas habilidades, nas motivações e no compromisso dos profissionais e das instituições – no âmbito social, das leis e normas, técnico e de infraestrutura^{7,27}.

Na replicação em novos contextos ou difusão em larga escala, os programas desenvolvidos e testados no contexto de pesquisa são raramente implementados da forma como foram originalmente propostos – as adaptações pelos implementadores são mais regra do que exceção^{28,29}. No caso de programas de prevenção destinados às escolas, vários estudos^{30,31} verificaram que os professores frequentemente modificam ou encurtam os currículos dos programas, decidem não realizar ou substituir algumas atividades, ou mudam a metodologia. Essas adaptações podem ser relacionadas com as dificuldades de manejo do tempo da disciplina na sala de

aula, com fatores externos como greves, adoecimento e sobrecarga dos profissionais, ou com as suas crenças em desacordo com o paradigma preconizado pela inovação.

Os formuladores de políticas e programas devem criar e sistematizar orientações sobre os elementos centrais dos programas que não podem ser modificados, e sobre qual tipo de adaptação é adequada. Para aumentar a flexibilidade na implantação, os manuais podem, por exemplo, incluir novas atividades ou técnicas, mantendo o cerne do programa¹⁹.

Níveis de manualização são necessários para a difusão de programas e políticas, mas a capacitação dos profissionais é importante para que a adequação das técnicas ao contexto não seja fundamentada somente nas crenças, mas nas teorias de mudança das técnicas^{14,33}. O acompanhamento contínuo, oferecendo a assistência aos profissionais, também contribui para aumento da capacidade dos profissionais de tomar decisões baseadas em evidência¹⁹.

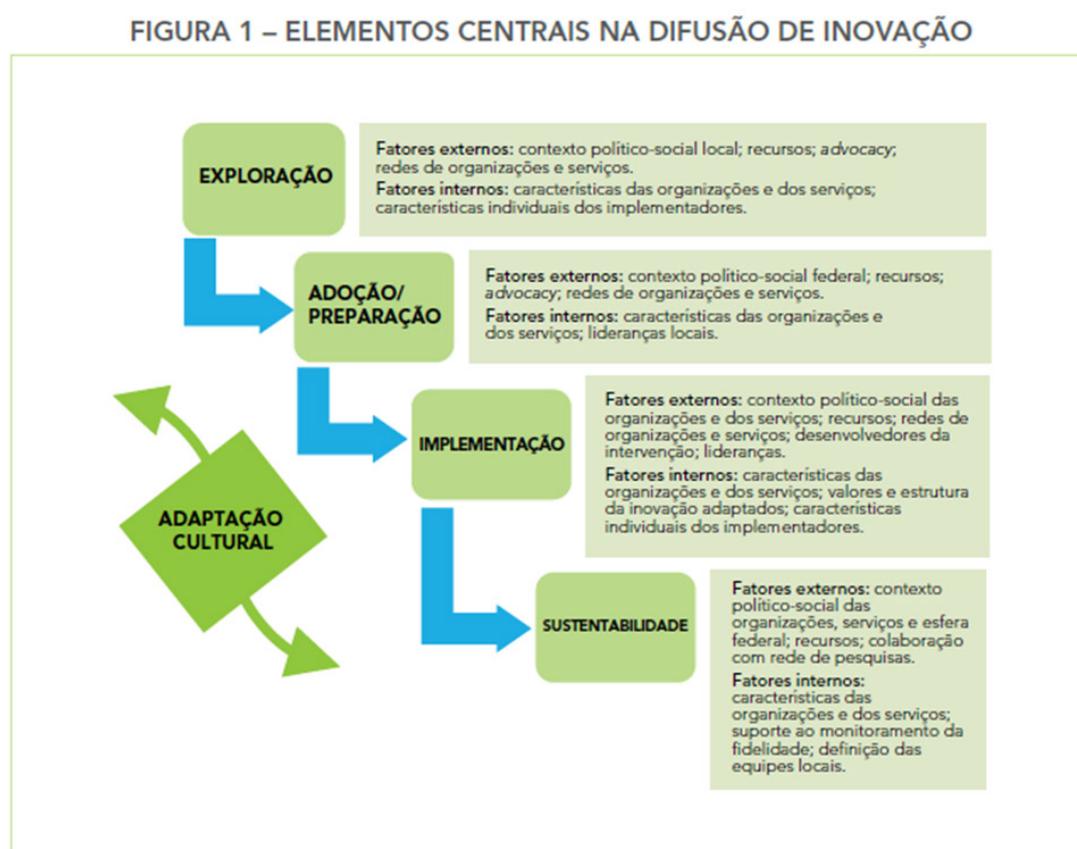
Ainda que um sistema integrado para a implantação de boas práticas aponte para a necessidade de que os envolvidos (indivíduos e instituições) possam ter acesso às informações adequadas e às habilidades necessárias para a implantação com efetividade, os contextos políticos fazem com que se passe muito rapidamente por essa fase exploratória e se iniciem a adoção, mesmo em cenários desfavoráveis²⁷.

Recomenda-se, no âmbito das políticas públicas, que a implantação da inovação seja monitorada continuamente. Os instrumentos devem captar o grau de fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade da implantação, como também verificar se os efeitos considerados mediadores na prevenção do uso de álcool e outras drogas estão sendo alcançados³³.

Como o próprio nome já diz, o que caracteriza a inovação é a proposta de mudar para melhor²³. Nas políticas públicas e na organização de sistemas de implantação de inovações em rede, o “melhor” está sujeito a várias interpretações, alicerçadas em normas sociais. Por isso, a sustentabilidade de uma inovação predispõe a necessidade de tecer, no tempo, novos consensos. O novo irá, necessariamente, tensionar o velho, exigindo de inovadores a habilidade de leitura de contexto e de mediação das diferenças e de conflitos.

O ritmo da implantação de boas práticas é, muitas vezes, o ritmo das transformações de normas sociais³⁴. Enquanto se implementa, transforma-se o sistema de valores e crenças; enquanto se transforma a inovação, ao revelar seus bons resultados, fortalecem-se novas normas. O ponto da medida é manter viva a inovação no tempo em que ela está atuando nessas dissonâncias.

Rogers (2003)²³ define etapas e elementos centrais na difusão da inovação e Aarons e sua equipe (2011)²⁷ propõem etapas para a implantação de práticas baseadas em evidências em sistemas e serviços públicos. Num diálogo entre as duas abordagens, apresenta-se a figura a seguir, a qual considera que Aarons e sua equipe (2011)²⁷ partem da teoria de Rogers (2003)²³ e ampliam com novos aprofundamentos que auxiliam na compreensão da difusão de práticas baseadas em evidências no contexto das políticas públicas:



Fonte: (ROGERS, 2003; AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011, adaptado).

A exploração

A gestão pública deve empenhar uma diversidade de estratégias para encorajar a implantação da inovação e estas podem requerer mudanças nas

organizações ou na legislação local como, por exemplo, autorização para os treinamentos a serem dados aos implementadores³⁵.

A restrição de recursos orçamentários desencoraja a implantação de inovações, especialmente em contextos em que o tempo disponível dos trabalhadores é limitado pela baixa tendência de recursos humanos adequados a demanda. Pode acontecer, assim, um subfinanciamento da prevenção que amplia a tensão entre a implantação da inovação e as limitações³⁶.

A percepção dos trabalhadores sobre as melhorias que a nova ação pode trazer em termos de otimização e qualificação do trabalho é um elemento essencial para lidar com os problemas advindos dos recursos humanos escassos²⁷.

O não conhecimento das boas práticas pode indicar que as evidências não fazem parte, previamente, dos modos de atuação sobre o problema naquele sistema social. Nesse caso, indica-se mudanças na formação dos implementadores, assim como o planejamento de mudanças organizacionais, viabilizando um contexto possível de implantação^{35, 23, 37}.

O *advocacy* comunitário, compreendido como esforço das lideranças e dos movimentos comunitários para influenciar decisões políticas, pode acelerar as mudanças políticas e organizacionais, na atuação junto aos legisladores e aos implementadores^{27,23}.

Três aspectos parecem ser importantes desde os primeiros estágios da implantação²⁷:

1. a capacidade de a instituição absorver a prática: preexistência de conhecimentos e habilidades facilitem a incorporação do novo conhecimento, assim como mecanismos de trocas de experiência entre os sujeitos;

2. a disponibilidade para mudança: instituições propensas a incorporar as mudanças da inovação; e

3. a receptividade do contexto: a cultura (as crenças, normas e expectativas compartilhadas da instituição) e o clima organizacional (percepções do impacto psicológico do trabalho compartilhado no ambiente) afetam a qualidade de implantação e adoção da boa prática.

Há, portanto, elementos a serem mapeados na fase de exploração: existência de lideranças institucionais favoráveis ao novo conhecimento, habilidades e práticas de planejamentos e experiências anteriores no campo. Nos microníveis, as características dos indivíduos implementadores são determinantes na adoção ou não da inovação e na sua qualidade, especialmente em relação aos valores e objetivos do trabalho que desenvolvem, às redes sociais da qual fazem parte e na percepção da necessidade de mudança^{35,38}.

Por outro lado, deve-se evitar a imposição das práticas àqueles que não se interessam por ela, a fim de não colocar em risco a prática levando a um possível prejuízo a toda uma rede de parceria estabelecida na implantação de sistemas de prevenção.

A adoção/preparação

A adoção de uma inovação é, muitas vezes, percebida como etapa única, enquanto que, no contexto real, as organizações podem experimentar uma inovação de maneira intermitente ao longo do tempo, sem isso significar que a prática seja incorporada aos sistemas e às políticas locais²³. Sendo assim, ajustes contínuos visam manter ou aprimorar a aceitabilidade, a adesão e a efetividade do programa no novo contexto^{19,39}.

As modificações visando à sensibilidade cultural de um programa podem ser classificadas em duas categorias: estruturais superficiais e estruturais profundas³⁵. As adaptações estruturais superficiais ou estratégias periféricas e linguísticas, visam adequar os materiais e o conteúdo do programa às características observáveis da população-alvo, e incluem traduções, adequação de músicas, identidade visual dos materiais, edição das fotos e imagens, adequando as personagens, as roupas, a comida, os locais e os lugares de acordo com os costumes, sem modificar a mensagem e os componentes centrais do programa original. Esses ajustes superficiais visam aumentar a aceitação, a receptividade e o engajamento dos participantes^{19,25}.

Já as adaptações da dimensão estrutural profunda contemplam os fatores culturais, sociais, históricos, ambientais e psicológicos que influenciam os comportamentos da população na qual a intervenção visa incidir. A estrutura profunda da cultura refere-se aos elementos como valores ou significados e leva à

revisão ou à modificação dos componentes centrais da intervenção²². A modificação dos componentes centrais da intervenção deve ser guiada pela inclusão de fatores de risco e proteção específicos da população²⁵.

As adaptações na forma de implantação dizem respeito²¹:

- Às características de profissionais implementadores. Por exemplo, em vez de o programa ser conduzido por especialistas externos, passa a ser implementado pelos profissionais da saúde do território.
- Ao canal de implantação. Por exemplo, o monitoramento do programa presencial passa a ser a distância – pelo telefone ou pela internet.
- Ao local. Por exemplo, quando um programa foi originalmente desenhado para ser implementado em espaços comunitários, como igreja ou associação, mas, opta-se pela implantação num serviço de saúde ou assistência social do território.

Sandoval et al (2015)³⁹ resumiram vários modelos de pesquisas de adaptação cultural em cinco etapas que podem ser aplicadas para importação de programas baseados em evidências no campo de políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas.

A etapa inicial visa, por meio da revisão da literatura e da construção de parcerias com a comunidade, avaliar as necessidades da população. Na segunda etapa, de revisão da intervenção original, se faz necessária a tradução de manuais, protocolos e materiais do programa, com mínimos ajustes superficiais no conteúdo e formato, como também recrutamento da equipe de adaptação cultural e sua capacitação. A terceira etapa é a implementação-piloto da versão traduzida do programa, na qual é necessário acompanhamento próximo junto aos profissionais implementadores e participantes para registrar as experiências e coletar devolutivas em termos da relevância do programa, da satisfação e da viabilidade. A quarta etapa visa ao refinamento da versão adaptada e aferição da sua eficácia e efetividade. A última etapa do processo de adaptação cultural é, no campo de pesquisa, a disseminação dos resultados e lições aprendidas e, no campo de políticas públicas, a difusão em larga escala³⁹.

Não há sustentabilidade sem que os implementadores e as comunidades participantes transformem a si mesmos e os padrões interacionais ao longo da

implantação. Na adoção, esse engajamento é a inclusão radical dos sujeitos na tomada de decisão sobre qual inovação adotar, onde e com quem, na identificação de limites e potencialidades da realidade, na formalização de contratos individuais, coletivos e organizacionais⁴⁰.

Os marcos legislativos são instrumentos importantes na sustentabilidade das práticas, porém, quando há uma aposta na indução de práticas inovadoras apenas por meio de repasses de recursos financeiros, corre-se o risco de falácia das inovações devido à não indução de mudanças institucionais. Com o tempo, essa inovação pode não se sustentar, porque não foi capaz de produzir modos inovadores de se operacionalizar.

A intersetorialidade entre serviços e setores potencializa a capacidade de se criar uma rede de suporte para a inovação, e pode ser fator determinante na sustentabilidade do projeto. As parcerias devem envolver o estabelecimento de metas conjuntas e aumentam a probabilidade de a adoção passar a beneficiar tanto a comunidade quanto as diferentes organizações^{41,42}.

A implementação

As inovações são novas ações implementadas em serviços já existentes e, portanto, alinhadas com práticas que podem ser contraditórias. Por isso são necessários o encorajamento e a garantia de condições para sustentabilidade, como a carga horária dos profissionais, acesso a materiais, computadores e sistemas, entre outros⁴³.

É nessa fase que se inicia o desenvolvimento da capacidade de conhecer e aplicar os novos conhecimentos por implementadores e a duração dessa fase será determinada pelo tempo de aprendizagem dos inovadores²³.

É possível usar estratégias como suporte financeiro inicial, mas a longo prazo será insustentável, especialmente quando ela atingir novas escalas. A prática deve ser incorporada como rotina das organizações, e não como atividades extras²⁷.

Os desafios da implementação incluem a desconexão entre os setores, ausências de informação, informações equivocadas e percepções de mundo que podem ser incompatíveis com os pressupostos da inovação. Na prevenção as percepções sobre o uso de drogas podem favorecer, por exemplo, diálogo ou

isolamento entre os sujeitos na abordagem do tema²⁷. A cooperação entre os setores, com a gestão compartilhada, favorece que se ultrapasse a fragmentação em vista de um trabalho intersetorial, que permite que os atores, apoiados uns nos outros, possam superar lacunas, como a ausência de recursos humanos suficientes⁴¹.

As lideranças das organizações com suas capacidades de coordenação e prontidão para a inovação fortalecem os processos, mas não devem ser considerados de maneira isolada. As lideranças precisam estar nos diferentes níveis do sistema e não centralizadas, e as organizações precisam dar o suporte a essas lideranças, para a promoção de um clima positivo, além de fortalecer atitudes colaborativas²³.

Na perspectiva de consolidação de políticas, a transmissão de saberes, modos de se operacionalizar e o monitoramento de processo, precisam ser alinhados e, quanto mais houver mecanismos que sejam capazes de disseminar as diretrizes intra e entre organizações, maiores as chances de ordenação da inovação³⁷.

A respeito dos níveis de prontidão das organizações, dois aspectos precisam ser levados em consideração: a estrutura preexistente para suportar a inovação e a coesão. Um processo de trabalho fragmentado indica a necessidade de uma agenda pré-inovação que seja capaz de adequar aspectos organizacionais²⁷.

A inovação em contextos vulneráveis revela desafios ainda mais complexos. O que está em jogo na prontidão são as reproduções de vulnerabilidades sociais e institucionais na inovação, o que irá imediatamente descaracterizá-la enquanto tal⁴⁴.

Freitas (2009)⁴⁵ trabalha com o conceito de má fé institucional, entendida como um padrão de atuação institucional que se articula desde o Estado até os micro poderes e as relações cotidianas, em que as hierarquias de classes determinam os recursos simbólicos que as instituições oferecem. A inovação precisa ser acessível aos que a implementarão, sendo assim, não se deve partir de pressupostos que o implementador já tenha as habilidades necessárias e não o instrumentalizar adequadamente, pois acaba-se atuando na lógica da “má fé”.

O mapeamento das habilidades dos atores e da capacidade estrutural das organizações torna-se ponto essencial, pois não se pode atuar como se todos tivessem os mesmos níveis de prontidão. Igualar é excluir aqueles que não atendem aos critérios da inovação. Por outro lado, não se pode deixar de implementar a inovação em contextos adversos e, por isso, será necessário a organizações de sistemas para que se viabilize: uma prática inovadora necessitará de um sistema inovado⁴⁶.

Quando esses aspectos não são levados em consideração, há a tendência de os sujeitos e os coletivos polarizarem os fracassos da inovação nas incompetências individuais ou das organizações, reafirmando uma fragmentação já existente ou induzida pela experiência. O desafio pode estar na imposição de condições prévias que não estavam disponíveis¹².

A sustentabilidade

A sustentabilidade é definida pela continuidade da implementação da inovação pelos serviços e organizações⁴⁷. Ainda que evidências precisem ser consideradas na tomada de decisão a adaptação aos contextos, que podem favorecer ou não a sustentabilidade, há escassez de estudos na área, em especial no campo de prevenção ao uso de drogas.

A identificação de perfis adequados para a implementação das práticas, considerando os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, influenciam todas as fases e, em especial, a sustentabilidade. As lideranças nas organizações e são consideradas cruciais na sustentação da ação e são aquelas que exercitam a frente de contágio da inovação. São disseminadoras de iniciativas que influenciarão na garantia dos aportes orçamentários, materiais e humanos necessários^{48,49}.

Identificar as metas de políticas locais e federais, em especial aquelas que estão relacionadas ao repasse de recursos financeiros, para induzir as inovações, é uma estratégia que pode vir a fortalecer a inovação. Aqui podem ser considerados, inclusive, setores privados que recebem recursos públicos e precisam devolver essa parceria em ações na comunidade²⁷.

Nessa fase deve-se ter dedicação às evidências de processo e de impacto, que devem ser medidas por sistemas de monitoramento, mas, também, pela

colaboração das redes de pesquisadores. As parcerias com as redes de pesquisa aumentam as chances de sustentabilidade e fornecem caminhos para continuidade da inovação, com propostas de resolução de problemas, mecanismos para aquisição de fundos para a sustentabilidade e suporte técnico contínuo⁵⁰.

Quanto maior a capacidade dos serviços de envolverem os gestores e trabalhadores nas inovações, maiores as chances de continuidade. Isso requer comunicação positiva dos processos e dos resultados e atividades de compartilhamento dos princípios da inovação²³. Um exemplo seria uma escola que, ao aderir a um programa de prevenção interativo, passar a usar das mesmas estratégias em reuniões de pais.

É importante destacar que, sem o monitoramento, a sustentabilidade fica comprometida. Ressalta-se que novas habilidades não devem ser avaliadas por velhos arranjos²³. O monitoramento é importante pois:

- Levanta dados que justificam recursos financeiros;
- Mapeia elementos da implementação que precisam de reorientações;
- Elenca distorções teórico-metodológica que podem vir a prejudicar os resultados e a confiança;
- Mapeia incompatibilidades entre a inovação e os contextos, especialmente quando a larga escala leva a ação a grupos diversos das fases anteriores; e
- Fundamenta a oferta de capacitações para melhoria das habilidades dos implementadores.

O monitoramento deve mapear as necessidades e adaptações ao contexto numa perspectiva formativa e não fiscalizadora e punitiva²¹. Ferramentas como *checklist*, formulários-*web*, observações em campo e entrevistas, são exemplos de modos de se monitorar e avaliar processo, tornando-se mais potentes quando realizados em parcerias com as redes de pesquisa²⁷.

O horizonte da reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas políticas públicas

Na ciência de prevenção, existe uma tensão entre os dois objetivos concorrentes: de desenvolver intervenções preventivas universais e implementá-las

sem adaptações que comprometam a fidelidade; e de implementar a prevenção baseada em evidências e realizar adequações que atendam às necessidades culturais específicas dos territórios^{21, 25, 51}.

A implantação de uma ação baseada em evidências, mas que não é culturalmente relevante, corre o risco de não alcançar o público-alvo, não ser compreendida, não incidir em fatores de risco e proteção e, conseqüentemente, fracassar na prevenção do problema^{19,21}. Ao mesmo tempo as adaptações, mesmo que promovam altos níveis de aceitabilidade e adesão, podem comprometer a efetividade do programa, caso sejam realizadas sem o embasamento em evidências¹⁷.

É desejável que os profissionais implementadores façam adequações para atender às necessidades locais e que estas adequações possam contribuir para maior relevância do programa, adesão e identificação da comunidade com a inovação^{23,52, 53}.

Enquanto política pública que se realiza em sistema, a prevenção precisa ser organizada intersetorialmente, numa abordagem realista do tema. Ela não é uma tarefa exclusiva da Saúde ou da Educação, e ambos os setores precisam ser preparados para atuarem de maneira coordenada na incorporação dos modos efetivos da prevenção.

Programas não efetivos podem ser implementados adequadamente, assim como programas efetivos podem ser implementados inadequadamente, por isso, deve-se considerar que os resultados são maximizados não somente por programas baseados em evidências, mas sim quando associados às implementações qualificadas.

A prevenção ao uso de álcool e outras drogas deve estar alinhada a políticas públicas de saúde, educação e proteção social, mas deve ser capaz de transformá-las e de elevar suas intervenções aos níveis de sistemas de prevenção que atuem de forma ampliada para a transformação de economias, legislações e normas sociais. Ao ser articulada em rede, a prevenção deve ter, na ética que lhe fundamenta, o compromisso com a superação da fragmentação social e com a dissolução de mecanismos implícitos de desclassificação social⁵⁴, propiciando a

construção de projetos de futuro que se tornem, enfim, histórias reais – de pessoas, de um país, de uma humanidade.

1. Buchele, F, Coelho E, Lindner S. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2009;14(1):267-273.
2. Perez-Gomez A, Mejia-Trujillo J, Mejia A. How useful are randomized controlled trials in a rapidly changing world?. *Global Mental Health*, [S.l.], 2016; 3(6):1-4.
3. Oliveira SA. Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área. 2012. 163 f. Dissertação Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
4. Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu. 2005; 9(1):115-129
5. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Oxford University Press, Oxford, 1995
6. Brasil. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília, 2015.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?. Author: Gregor Burkhardt. Editor: Jane Fountain. Lisbon: EMCDDA, 2013. (Thematic Papers).
8. United Nations Office on Drugs and crime. *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.
9. Jann W, Wegrich, K. Theories of Policy Cycle. In: Fischer F, Miller GJ, Sidney MS. (Editores). *Handbook of Public Policy Analysis: theory, politics and methods*: New York: CRC Press. 2007:43-62.
10. Fishbein DH, Ridenour TA, Stahl M, Sussman S. The full translational spectrum of prevention science: facilitating the transfer of knowledge to practices and policies that prevent behavioral health problems. *Translational Behavioral Medicine*, [S.l.].2016;6(1): 5-16.
11. Domitrovich CE, Catherine PB, CP, Poduska KH, Hoagwood K, Buckley JA, Olin S, et al. Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: a conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, [S.l.]. 2008.1(3):6-28.

12. Tibbits MK, Bumbarger BK, Kyler SJ, Perkins DF. Sustaining Evidence-based Interventions Under Real-world Conditions: results from a large-scale diffusion project. *Prevention Science. The Official Journal of the Society for Prevention Research*, [S.I.].2010;11(3): 252-262.
13. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, [S.I.].2009;36(1):24-34.
14. Durlak JA, Dupre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, [S.I.]. 2008;41: 327-350.
15. McLennan JD, MACMILLAN HL, JAMIESON E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. *Canadian Medical Association Journal*, [S.I.].2004;171:1069-1071.
16. United Nations Office on Drugs and Crime. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Vienna, 2009. Disponível em: <<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.
17. Murta SG. Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. In: Del Prette, A, Del Prette, ZAP (Org.). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011:83-114.
18. Domenech-Rodríguez MM, Baumann AA, Schwartz AL. Cultural adaptation of an evidence based intervention: from theory to practice in a Latino/a community context. *American Journal of Community Psychology*, [S.I.]. 2011;47(1-2):170-186.
19. Kumpfer, K.L et al. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Evaluation & the Health Professions*, [S.I.]. 2008; 31(2):226-239.
20. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech-Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: research and practice*, [S.I.]. 2009;40(4):361-368.
21. Castro FG; Barrera-Junior M, HOLLERAN-Steiker LK. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, [S.I.].2010;6:213-239.
22. Burlew AK, Copeland VC, Ahuama-Jonas C, Calsyn DA.. Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment?. *Social Work in Public Health*, [S.I.]. 2013;28(3-4):440-460.
23. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York, NY: Free Press. 2003.

24. Falicov CJ. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family Process*, [S.I.]. 2009;48(2): 295-312.
25. Resnicow K, Soler R, Braithwaite RL, Ahluwalia JS, Butler J. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, [S.I.]. 2000;28(3):271-290.
26. Aarons GA, Green AE, Willging CE, Ehrhart MG, Roesch SC, Hecht DB, et al. Mixed-method study of a conceptual model of evidence-based intervention sustainment across multiple public-sector service settings. *Implementation Science: IS*, [S.I.]. 2014;9:183.
27. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, [S.I.]. 2011;38(1):4-23.
28. Ozer, EJ, Wanis MG, Bazell, N. Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. *Prevention Science*, [S.I.]. 2010;11(1):42-55.
29. Rohrbach LA, Gunning M, Sun P, Sussman S. The Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial: implementation fidelity and immediate outcomes. *Prevention Science*, [S.I.]. 2010;11(1):77-88.
30. Knoche LL, Sheridan SM, Edwards CP, Osborn AQ. Implementation of a relationships-based school readiness intervention: a multidimensional approach to fidelity measurement for early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, [S.I.]. 2010;25(3):299-313.
31. Odom SL, Fleming K, Diamond K, Lieber J, Hanson M, Butera G, et al. Examining different forms of implementation and in early childhood curriculum research. *Early Childhood Research Quarterly*, [S.I.]. 2010;25(3):314-328.
32. Fixsen DL, Nao, SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2005. (FMHI Publication, n. 231).
33. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prevention Science*, [S.I.]. 2011;12: 23-33.
34. Pischke CR, Helmer SM, McAlaney J, Bewick BM, Vriesacker B, Van Hal G. Normative misperceptions of tobacco use among university students in seven European countries: baseline findings of the 'Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use' study. *Addictive Behaviors*, [S.I.]. Jan. 2015;51:158-164.
35. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, [S.I.]. 2004;82(4):581-629.

36. Faggiano F, Allara E, Giannotta F, Molinar R, Sumnall H, Wiers R, et al. Europe needs a central, transparent, and evidence-based approval process for behavioural prevention interventions. *PLoS Med*, [S.I.]. 2014; 11(10): e1001740.
37. Glisson C, Landsverk J, Schoenwald S, Kelleher K, Hoagwood KE, Mayberg S, et al. Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: implications for research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research: Special Issue: improving mental health services*. [S.I.]. 2008;35(1-2):98-113.
38. Aarons, G. A. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services*, [S.I.]. 2006;57(8):1162-1169.
39. Sandoval LN, Corrêa AO, Abreu S. Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. In: Murta SG, Leandro-França C, Dos- Santos KB, Polejack L (organizadores). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.
40. Cairney, P. Evidence-based best practice is more political than it looks: a case study of the 'Scottish Approach'. *Evidence and Policy*, [S.I.], 2016.
41. Pedroso RT, Abreu S, Kinoshita RT. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura, Canoas*. 2015;(33):9-24.
42. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Selected issue: vulnerable groups of young people. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2008.
43. Aarons GA, Wells RS, Zagursky K, Fettes DL, Palinkas LA. Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: a multiple stakeholder analysis. *American Journal of Public Health*, [S.I.]. 2009;99(11):2087-2095.
44. Hale DR, VINER RM. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *Journal of Public Health, Supplement 1* [S.I.]. 2012;34: i11-19.
45. Freitas L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. In: Souza, J. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009:281-304.
46. Ritter A, McDonald, D. Illicit drug policy: scoping the interventions and taxonomies. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, [S.I.]. 2008;15(1):15-35.
47. Damschroder L, Aron DC, Keith RE, Kirsh, SR, Alexander JA, Lowery, JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science: IS*, [S.I.]. 2009;4: 50.
48. Glisson C, Green P. The effects of organizational culture and climate on the access to mental health care in child welfare and juvenile justice systems.

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, [S.I.] 2006;33(4):433- 448.
49. Horton, R. Offline: the third revolution in global health. *The Lancet*, [S.I.] , 2014;383(9929):1620.
 50. Fagan AA, Arthur MW, Hanson K, Briney JS, Hawkins JD. Effects of Communities That Care on the Adoption and Implementation Fidelity of Evidence-Based Prevention Programs in Communities: results from a randomized controlled trial. *Prevention Science*, [S.I.]. 2011;12(3): 223-234.
 51. Burckhart G. Environmental drug prevention in the EU: why is it so unpopular?. *Adicciones*, [S.I.]. 2011;23(22):87-100.
 52. Sandler I, Ostrom A, Bitner MJ, Ayers TS, Wolchik S, Daniels VS. Developing effective prevention services for the real world: a prevention service development model. *American Journal of Community Psychology*, [S.I.]. 2005;(3-4):127-42.
 53. Botvin GJ. Advancing prevention science and practice: challenges, critical issues, and future direction. *Prevention Science*, [S.I.]. 2004;5(1): 69-72.
 54. Brasil. Crack e exclusão social. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Organizado por Jéssé Souza. Brasília, 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das perguntas que orientaram a presente Tese faz-se necessário a retomada após os percursos de pesquisa.

O intercâmbio de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, nos diferentes contextos sociais e culturais, traz desafios de adaptação que devem ser mapeados. Na ciência de prevenção, existe uma tensão entre os dois objetivos concorrentes: a) de desenvolver intervenções preventivas universais e implementá-las sem adaptações que viessem a comprometer a fidelidade; e b) de implementar as intervenções preventivas, baseadas em evidências, que atendam às necessidades culturais e contextuais específicas dos territórios e das comunidades (CASTRO; BARRERA-JUNIOR; HOLLERAN-STEIKER, 2010; RENISCOW, et al., 2000; BURCKHART, 2011).

A implementação de uma ação baseada em evidências, mas que não é culturalmente relevante, corre o risco de não alcançar ou atrair o público-alvo, não ser compreendida, não incidir em fatores de risco e proteção relevantes e, conseqüentemente, fracassar na prevenção do problema em foco (REESE; VERA, 2007; KUMPFER et al., 2002; CASTRO; BARRERA-JUNIOR; MARTINEZ, 2004). Ao mesmo tempo as adaptações culturais, mesmo que promovam altos níveis de aceitabilidade e adesão, podem comprometer a efetividade do programa, caso sejam realizadas sem o devido cuidado e embasamento em evidências (PENTZ, 2004, MURTA, 2011).

Diante dos paradigmas da ciência pós-moderna o monitoramento de processo deve servir ao impacto na qualidade de implementação de programas de forma a superar a imposição da fidelidade baseada em padronizações. É esperado e deve ser desejável que os profissionais implementadores façam adequações para atender às necessidades locais e que estas adequações possam contribuir para maior relevância do programa, adesão e aumento da identificação dos profissionais e dos participantes com a inovação (ROGERS, 2003; SANDLER et al., 2005; BOTVIN, 2004).

Dada a diversidade cultural, religiosa, geográfica e socioeconômica do Brasil, o desafio que está posto é fundamentar e organizar intervenções preventivas articuladas e sustentadas por paradigmas diferentes do proibicionismo e da moralidade, nas quais as mudanças não devem estar focadas em sujeitos ou

setores, mas devem envolver mudança de modelos de Saúde, da Educação e das políticas de proteção social.

No campo da Saúde, configura-se uma mudança do modelo centrado na doença ainda vigente, para um modelo pautado nos determinantes sociais em saúde (ALMEIDA – FILHO, et al., 2003). No campo da Educação, configura-se uma mudança do modelo centrada na transmissão de conhecimento, para uma racionalidade aberta que inclui as subjetividades, afetividades e emoções (MATURANA, 1998).

A adaptação cultural, considerada pela literatura como uma etapa inicial, deve ser, portanto, compreendida como processual e permanente. No diálogo entre ciência e política, as agendas de pesquisas devem apoiar as tomadas de decisão em cada etapa da implementação e suas necessidades de adaptação, especialmente no contexto de políticas públicas, ao fornecer (PROCTOR et al., 2009):

- Dados sobre estratégias de intervenção com o levantamento ou certificação de estratégias com resultados (práticas baseadas em evidências);
- Dados sobre mecanismos de implementação com o desenvolvimento dos sistemas, organizações, grupos e seus aprendizados no campo, supervisão da implementação, informações individuais dos desenvolvedores e dos participantes;
- Dados sobre a intervenção com resultados da implementação em relação à viabilidade, fidelidade, penetração, aceitabilidade, sustentabilidade e captação de recursos/custos; resultados dos serviços onde ocorreu a implementação em relação à eficiência, segurança, eficácia, equidade, centralização nos sujeitos e oportunidades; e resultados dos sujeitos participantes em relação à satisfação, comportamentos e atitudes.

Programas não efetivos podem ser implementados adequadamente, assim como programas efetivos podem ser implementados inadequadamente, por isso, deve-se considerar que os resultados são maximizados não somente por programas baseados em evidências, mas sim quando associados às implementações qualificadas.

Ao transpor a lógica de programas baseados em evidências para o contexto de políticas públicas, considerar as intervenções como ações em sistemas qualifica a sustentabilidade com qualidade para a manutenção dos impactos de resultados esperados.

Enquanto política pública que se realiza em sistema, a prevenção precisa ser organizada intersetorialmente, numa abordagem realista do tema. Ela não é uma tarefa exclusiva da saúde ou da educação e ambos os setores precisam ser preparados, para atuarem de maneira coordenada, na incorporação dos modos efetivos da prevenção (BECOÑA-IGLESIAS, 2002).

A prevenção ao uso de álcool e outras drogas deve estar alinhada a políticas públicas de proteção social, mas deve ser capaz de transformá-las e de elevar suas intervenções aos níveis de sistemas de prevenção que atuem de forma ampliada, ambientadas em transformação de economias, legislações e crenças normativas. Ao ser articulada em rede, a prevenção deve ter na ética que lhe fundamenta o compromisso com a superação da fragmentação social e com a dissolução de mecanismos implícitos de desclassificação social (BRASIL, 2016), propiciando a construção de projetos de futuro que se tornem, enfim, histórias reais - de pessoas, de um país, de uma humanidade:

“Não é a malignidade da droga, portanto, que cria a prisão do vício, mas, o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável. A raiva e o ressentimento do abandono e da humilhação cotidiana podem se transformar, por exemplo, em “indignação” política e servir de motivação para uma vida com sentido de missão ainda que pobre materialmente. Mas também essa transformação exige pressupostos cognitivos e emocionais que são escassos nas classes populares. Mais ainda entre os que estamos chamando de desclassificados. Nesses casos, para muitos, a reação é dirigida contra si mesmo e o consumo da droga é uma tentativa desesperada de fugir de um cotidiano intragável ainda que o consumo progressivo apenas aumente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva” (BRASIL, 2016, p.37).

Os sistemas de monitoramento devem tratar as questões de saúde como complexas, informando, não somente aspectos da intervenção em si, mas sínteses que dialoguem com a forma como a saúde e seus problemas são produzidos pelo próprio sistema – incluindo o mapeamento das determinações sociais de saúde. Os resultados e tendências que o presente estudo revela colocam para o monitoramento de uma intervenção a perspectiva não da estandarização mas, sim, de elaboração de explicações a partir de evidências sobre o funcionamento dos sistemas e as necessidade de ajustes, permanentes, aos contextos locais.

O uso da evidência em prevenção, na interação com a formulação de políticas públicas está, porém, imerso em aspectos do jogo político. Nesse contexto a evidência pauta e é pautada pelo reconhecimento de problemas públicos, que são influenciados pelos modos como o problema é difundido por grupos de influência. A política pública baseada em evidência necessita de recursos, da adesão e convergência de grupos de interesse, aceitação dos eleitores sobre a abordagem do problema e pressão política para ser realizada. O desafio posto é agregar à agenda política a perspectiva da evidência, para a superação de ações pautadas, exclusivamente, em valores morais e interesses econômicos, que não incidem sobre as vulnerabilidades sociais.

6.1 A prevenção em contexto de políticas públicas e os determinantes sociais de saúde

Estudos recentes reafirmam que ações pontuais no campo da prevenção não tem efeitos, então por que continuamos a insistir em estratégias descontinuadas? Por que os princípios e valores da promoção da saúde não são incorporados no contexto da prevenção? Esse estudo permite aproximações que ampliam a percepção sobre os mediadores da problemática.

Um dos elementos elucidados é o fato dos profissionais de saúde e educação, incluindo a gestão, implementarem de forma insatisfatória a prevenção baseada em princípios interativos e de diálogo e que caminha para a produção de novas condições de inclusão social. No caso do Unplugged#Tamojunto os contextos desse posicionamento podem ser descritos por:

- o currículo escolar e agenda pedagógica está voltado para as atividades disciplinares centradas na transmissão de conteúdos, com pouca flexibilidade para o manejo de tempo e de novas organizações institucionais;
- a gestão escolar está distante das demandas do grupo de professores;
- a relação entre a escola e a comunidade está fragilizada, em que as ações de integração comunitária ocupam um lugar de desmotivação;
- os professores se sentem desvalorizados quanto ao seu papel social;
- os professores se sentem ameaçados pelos educandos e pela comunidade;
- os equipamentos de saúde não incorporaram a atuação com a educação;

- a prevenção é percebida pela saúde como uma ação de dar informações corretas; e
- por haver um desconhecimento sobre os marcos teórico-conceituais e práticos das evidências na prevenção.

Abraçar a abordagem da teoria dos sistemas e da complexidade exige uma reconceitualização 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; SHIELL; RILEY, 2009).

Diante do exposto acima, 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 de maneira negativa os efeitos potenciais do programa.

O que vai caracterizar a proposta do programa #Tamojunto como repetição ou inovação, ou qualquer outro programa, não é ele em si, mas o modo como ele é implementado (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017). Quando o professor usa de informação no lugar o diálogo ele faz uma repetição num programa inovador. Repetiu uma forma de fazer prevenção, baseada num conjunto de crenças pessoais e normas sociais, mas que, infelizmente, não tem efeitos preventivos. Ações como palestras sobre o perigo das drogas, depoimentos de ex-usuários de drogas, filmes com mensagens de “terror” foram confirmadas, por estudos científicos, serem ineficazes na mudança de comportamento e, ainda mais preocupante, em alguns casos tiveram iatrogênico (HAWKS; KATIE; MYANDA, 2002; EUROPEAN MONIROTING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2011).

Esses aspectos acima citados fazem parte do sistema – escola – comunidade e de toda a cultura normativa e relacional que interage produzindo as características da complexidade. A expectativa de que a escola possa interromper, por si, o uso de drogas, tem gerado uma sobrecarga e uma insatisfação da comunidade escolar. É necessário um reposicionamento do papel do educador na prevenção e promoção

da saúde em que se afirme a articulação coordenada de diferentes políticas públicas sociais para o alcance da integralidade, pois educar não se restringe à apreensão de conteúdos. Educação envolve conquistar a liberdade de pensar, de articular ideias e de analisar a realidade viva, pois o ato de educar é um ato político (LEITE; PEDROSO; GARCIA, 2015; FREIRE, 1987).

Há contextos que nos permitem nos aproximarmos desses determinantes que atuam nas fragilidades da implantação de ações de prevenção nas escolas, tais como sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, indisciplina dos alunos, violência na escola, estrutura precária, falta de apoio da direção da escola e dos pais dos estudantes, trabalho repetitivo, insatisfação no desempenho das atividades, ambiente intranquilo e estressante, desgaste da relação professor-aluno, falta de autonomia no planejamento das atividades, exigência de desempenho exemplar da função e avaliação desse desempenho mesmo em cenários desfavoráveis, entre outros.

Apesar desses fatores, é no vínculo com estes mesmos educandos que o professor e a professora encontram seu reconhecimento profissional e a satisfação afetiva na relação professor-aluno. Porém, esses mesmos professores, quando não conseguem alcançar as finalidades de suas atividades, quando não têm o reconhecimento profissional entre os educandos e a equipe da escola, quando percebem que os alunos não conseguem ou não têm interesse em aprender o que eles têm a ensinar, quando são desrespeitados pela turma, sentem-se frustrados, tristes, angustiados e impotentes (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

Isso nos coloca diante de um grande desafio na mudança paradigmática da promoção da saúde, que é fazer “boas práticas” em instituições reais. Há um acesso universal à escola, mas ainda não há um acesso universal à educação e isso se dá por mecanismos de reprodução de desigualdades que perpetuam invisibilidades em mecanismos coercitivos de educação (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015; PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

“Coerção”, de origem na palavra em Latim “Coercio”, significa a ação de reprimir ou refrear, repressão ou castigo. Dessa forma, a coerção social pode ser entendida como a pressão ou a repressão que a sociedade exerce sobre o indivíduo, manifestada por meio das leis e das normas sociais. Já a “coesão”, de origem deriva do Latim “Cohaesum”, significa o ato ou efeito de adesão ou reunião de coisas entre si, implicando na união ou vínculo entre essas coisas. A coesão

social pressupõe que exista, entre as pessoas, um sentido de pertencimento a um espaço comum ou um certo grau de consenso dos integrantes e membros de uma comunidade. Assim a coesão social pode ser compreendida com a dialética entre os mecanismos de inclusão e exclusão social nas respostas da vida em sociedade (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017). Comunidades com maior nível de coesão social apresentam alta vitalidade comunitária, maior aproveitamento dos recursos no território, laços sociais fortalecidos e são mais resilientes aos problemas relacionados às drogas e ao crime (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2009).

O retrato que se tem é de educandos e muitas vezes professores pouco investidos socialmente, que cresceram em ambientes não favoráveis ao desenvolvimento de habilidades, e que seguem num ciclo – indivíduos pouco habilidosos têm menos oportunidades, e, por terem menos oportunidades, têm menor possibilidade de desenvolverem ou aprimorarem habilidades que os auxiliem na inserção social, num ciclo de reprodução da exclusão social entre gerações (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

A vivência desse outro caminho, não de “guerra às drogas”, mas de coesão social, pode ser libertador. O *Unplugged #Tamojunto* foi capaz de produzir vivências de revalorização do professor e do profissional de saúde em seu papel social. Essa prevenção pautada pela ética da promoção da saúde é um caminho que contribui com o rompimento dessa reprodução, de geração em geração, de mecanismos de invisibilidade. Uma prevenção pontual, moral, proibicionista, é reprodutora de desigualdades e está distante dos princípios da promoção da saúde. Uma prevenção interativa, voltada para o desenvolvimento de habilidades de vida, de reflexão crítica sobre as crenças e normas sociais, produz uma emoção, uma marca de libertação. É por isso que o professor não desistiu do projeto.

Há que se ter um compromisso ético, a ser assumido pelos diversos setores da sociedade, para que evitemos a difusão de estratégias pouco eficazes ou que venham a produzir efeitos iatrogênicos, sem o cuidado com o monitoramento e avaliação permanente e transversais às intervenções. Assim, programas eficazes devem estar prontamente disponíveis e devem ser organizados sistemas integrados que ofereçam qualificações para o desenvolvimento das habilidades necessárias que favoreçam a efetividade da implementação, e assim caminhar para um

intercâmbio solidário, na perspectiva do acesso livre ao conhecimento que produz uma sociedade mais saudável e coesa.

A principal contribuição do programa *Unplugged#Tamojunto* foi na forma como ele incide na relação professor-aluno e nos mecanismos escolares reprodutores de isolamento (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017). O programa propõe uma forma diferente de interação do que acontece em uma aula regular da escola tradicional: o formato em roda permite que todos, professor e educandos, possam se olhar; a todo momento os educandos são convidados para o diálogo; a ferramenta oportuniza momentos de interação entre interlocutores diversos para que o educando possa exercitar habilidades de argumentação, escuta, expressão de sentimentos; o exercício de poder falar e saber ouvir proporciona um ambiente favorável e seguro para a expressão de sentimentos, no qual cabe até mesmo falar sobre os erros de forma afetiva; e ouvir o outro, procurar compreender seu ponto de vista e respeitá-lo aproxima os interlocutores.

Como diretriz vital para que a prática do professor possa ser potencializadora, necessita-se da disposição para estar com os educandos (VIEIRA, 2016). Isso inclui compreender o contexto de vida de cada um, entender como isso afeta o seu modo de estar com o outro em diferentes espaços e contribui para que ele tenha a possibilidade de ter vivências diferenciadas com sua turma, na sua escola, nas quais possa reconhecer e ser reconhecido por suas potências de lidar com suas dificuldades também de forma coletiva, aproveitando vínculos dos grupos. Outras diretrizes essenciais para a prática da coesão são: proporcionar espaços de diálogos e de experimentação de si e do grupo; investir em construções coletivas nas quais os educandos possam se colocar e contribuir levando a um sentimento maior de pertencimento à instituição; investir na potência criativa e crítica ao lidarem com as dificuldades surgidas no próprio grupo, implicando-o e permitindo a experimentação prática de habilidades (PEDROSO; SIMONSEN; PEREIRA, 2017).

6.2 As evidências para a reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas políticas públicas

As sociedades, bem como seus modos de organização em sistemas, são complexas e, na maior parte do tempo, não se movimentam de maneira previsível. Se pensarmos em uma sala de aula como um sistema, é necessária a compreensão

das estruturas organizacionais dessa sala, dos processos de ensino-aprendizagem estabelecidos, dos determinantes contextuais e comportamentais, dos comportamentos problemáticos a serem prevenidos e o que eles representam no contexto sociocultural dos alunos, como é o caso do uso de substâncias (PENELOPE et al., 2009).

A agenda de políticas sobre drogas está posta nas diferentes sociedades e há, assim, diferenças entre os modos como os países e os estados organizam seus sistemas (programas, projetos e serviços) no que tange a esse campo específico. É necessário analisar como essas políticas estão sendo colocadas em pauta para atuação sobre os paradigmas e pressupostos que produzem e são produzidos pelas culturas e sociedades. No Brasil, essa agenda precisa estar à serviço do resgate dos princípios da Reforma Sanitária, colocando a prevenção e promoção da saúde no seu merecido status de democratização e inclusão social.

O tema do uso de álcool e outras drogas revela campos de tensionamentos e relações de poder que se atualizam nas mais diversas instâncias e produzem corpos e formas de vida. O uso de drogas é colocado como um problema público que requer ações de governos organizadas na forma de políticas e efetuadas por sistemas. Muitas vezes, a resposta a esse problema público não necessariamente está baseada em evidências, mas, sim, nas normas das sociedades e em interesses não explicitados, com tendência para a manutenção da desigualdade social, o processo de acumulação de capital e a criminalização da pobreza para produção e reprodução do sistema capitalista.

Nesse sentido, a educação voltada para a prevenção e promoção da saúde precisa facilitar a estruturação de modos de ser que possam transitar em diferentes e dinâmicos contextos. Para isso, há uma outra e importante aprendizagem, aquela que nos faz entender que não há contexto dissociado do mundo dos sujeitos; percebê-lo como ameaçador, coercitivo ou, do contrário, passível de acolher a espontaneidade e amorosidade do ser, tem relação direta com as estruturas desenvolvidas ou a serem desenvolvidas nos sujeitos, que os permitem se relacionar ou não a partir desses padrões. Uma criança que está, desde sua infância, num ambiente escolar que produz relações que valorizam suas etapas e tempos de aprendizagem, pautadas numa comunicação afetivo-amorosa, que a reconhece como única e a valoriza pela diferença, estabelece estruturas

psicoemocionais, expressas nas habilidades, com maior capacidade de lidar e ser criativa na adversidade.

Maturana e Varela (1997) trouxeram uma reflexão para a educação que pode nos ajudar a entender como sair dessa armadilha. E a resposta pode ser mais simples, mas não menos potente: ampliar concretamente o campo visual das crianças e adolescentes. Não na quantidade de informações que oferecemos a eles, mas no modo como estabelecemos os vínculos com eles no processo de aprendizagem.

A expansão do campo se dá pelo desenvolvimento da criança como pessoa capaz de ser co-criadora de um espaço humano de convivência social desejável (MATURANA, 1998). Por isso, a educação é vivencial, e não informacional. Consiste na criação de espaços de ação nos quais se exercitam as habilidades que se deseja desenvolver, criando um lugar de ampliação das capacidades de ação, da reflexão sobre esse fazer como parte do que já se vive ou do que se deseja viver. Façamos com que projetos de fuga possam transmutar-se em projetos de vida, de sociedade, de humanidade.

7 REFERÊNCIAS

- AARONS, G. A. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. **Psychiatric Services**, [S.l.], v. 57, n. 8, p. 1162-1169, 2006.
- _____; et al. Mixed-method study of a conceptual model of evidence-based intervention sustainment across multiple public-sector service settings. **Implementation Science: IS**, [S.l.], v. 9, p. 183, 2014.
- _____; HURLBURT, M.; HORWITZ, S. M. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 4-23, 2011.
- _____; et al. Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: a multiple stakeholder analysis. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 99, n. 11, p. 2087-2095, 2009.
- ALBERTANI, H.M.B.; SODELLI, M. Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível). In: RONZANI, T. M.; SILVEIRA, P. S, organizadores. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014. p.133-155.
- ALLEN, D.; COOMBES, L.; FOXCROFT, D. R. Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I Study. **Health Education Research**, v.22, p. 547-560, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2003.
- ARRUDA, M. P. O paradigma emergente da educação: o professor como mediador de emoções. **Educação temática digital**. Campinas, v.14, n.2, p. 290-303, jul./dez. 2012.
- BARRERA-JUNIOR, M. et al. Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 81, n. 2, p. 196- 205, 2013.
- BARRERA, M.; CASTRO, F. G. A heuristic framework for the cultural adaption of interventions. **Clinical Psychology: Science and Practice**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 311-316, 2006.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-86.
- BECOÑA IGLESIAS, E. **Bases científicas de la prevención de las drogodependencias**. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2002. Disponível

em: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BERKEL, C. et al. Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. **Prevention Science**, [S.l.], v. 12, p. 23-33, 2011.

BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W. Life Skills Training: empirical findings and future directions. **Journal of Primary Prevention**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 211-232, 2004.

BOTVIN, G. et al. Long-term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial in a White middle-class population. **Journal of the American Medical Association**, n. 273, p. 1106-1112, 1995.

BOWLING A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. Philadelphia: Open University, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Alma-Ata: Declaração de. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde: 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: _____. **Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília, 2001. p. 15.

_____. [Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007](#). Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF – 6 dez. 2012, Seção 1. Página 2 (Publicação Original).

_____. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Seção 1.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Crack e exclusão social**. Organizado por Jéssé Souza. Brasília, 2016.

Saúde, 2016 a.

_____. 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, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Ministério da

_____. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014: Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014; 11 nov.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 247, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 230-232.

_____. **Prevenção ao uso de drogas: implantação e avaliação de programas no Brasil**. Ministério da Saúde; Universidade Federal de São Paulo: Brasília, No prelo.

_____. **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. Ministério da Saúde: Brasília, No prelo(a).

BRONFENBRENNER, U. A future perspective. In.: BRONFENBRENNER, U. (Editor). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. California: Sage Publications, 2005, p. 50- 59.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção de saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BUCHER, R. A ética da prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 385- 398, 1992.

BURKHART, G. Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? **Adicciones**, v. 23, n. 22, p. 87-100, 2011.

BURLEW, A. K. et al. Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment?. **Social Work in Public Health**, [S.I.], v. 28, n. 3-4, p. 440-460, 2013.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAIRNEY, P. Evidence-based best practice is more political than it looks: a case study of the 'Scottish Approach'. **Evidence and Policy**, [S.I.], 2016. Disponível em:
<http://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/23010/1/evp_cairney_nkl2_1460926396476.pdf>. Acesso em: 16mar. 2017.

CAMPOS G.W. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2797-2805, 2013.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.115-29, 2005.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires: Paidós, 1980.

- CARIA, M. P. et al. Effects of a School-Based Prevention Program on European Adolescents' Patterns of Alcohol Use. **Journal of Adolescent Health**, v. 48, n. 2, p. 182-188, 2011.
- CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (Organizador). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 19-30.
- CASTRO, F. G.; BARRERA JUNIOR, M.; HOLLERAN STEIKER, L. K. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, [S.I.], v. 6, p. 213-239, 2010.
- Saúde, 2016 a.
- _____.; _____.; MARTINEZ, C. R. The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tension between fidelity and fit. **Prevention Science**, [S.I.], v. 5, n. 1, p. 41-45, 2004.
- CERQUEIRA, D.; et al. **Atlas da Violência**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- COWEN, E. L. Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? **Journal of Community Psychology**, v.28, n.1, p.5-16, 2000.
- CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DALTON, J. H.; ELIAS, M. J.; WANDERSMAN, A. **Community Psychology: linking individuals and communities**. Thomsom Wadsworth: Belmont, California, 2007.
- DAMSCHRODER, L. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science: IS**, [S.I.], v. 4, p. 50, 2009.
- DICK, D.M.; et al. The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. **Behav Genet**, v.36, n.4, p.577-90, 2006.

- DOMENECH RODRÍGUEZ, M. M.; BAUMANN, A. A.; SCHWARTZ, A. L. Cultural adaptation of an evidence based intervention: from theory to practice in a Latino/a community context. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 47, n. 1-2, p.170-186, 2011.
- DOMITROVICH, C. E. et al. Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: a conceptual framework. **Advances in School Mental Health Promotion**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 6-28, 2008.
- DURLAK, J. A.; DUPRE, E. P. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 41, p. 327-350, 2008.
- DUSENBURY, L. et al. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. **Health Education Research**, [S.l.], v. 18, p. 237- 256, 2003.
- EISENBERG, M. E. et al. Social Norms in the Development of Adolescent Substance Use: A Longitudinal Analysis of the International Youth Development Study. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 43, p.1486-1497, 2014.
- ERIKSSON, I. et al. What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 5, p.477–482, 2010.
- ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES. **Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EU-DAP). **Implementation of EUDAP Project (European Drug Addiction Prevention) at a Population Level: The Eudap 2 Project. Final Technical Report**, 2010.
- _____. **Dissemination Guide**. Turin: EU-DAP Trial, 2007.
- _____. **Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools**, 2013. Disponível em: <http://www.eudap.net/Dissemination_Guide.aspx>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **European Drug Prevention Quality Standards: a manual for prevention professionals**. Lisboa, 2011.
- _____. **Selected Issue: Vulnerable groups of young people**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2008.

- FAGAN, A. et al. Effects of Communities That Care on the Adoption and Implementation Fidelity of Evidence-Based Prevention Programs in Communities: results from a randomized controlled trial. **Prevention Science**, [S.I.], v. 12, n. 3, p. 223-234, 2011.
- FAGGIANO, F. et al. Europe needs a central, transparent, and evidence-based approval process for behavioural prevention interventions. **PLoS Med**, [S.I.], v. 11, n. 10, p. e1001740, 2014.
- _____. et al. 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.**, v. 108, n. 1-2, p. 56-64, Apr. 2010.
- _____. Prevención del consumo de sustancias: La absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. **Adicciones**, v. 22, n. 1, p. 11-14, 2010.
- FALICOV, C. J. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. **Family Process**, [S.I.], v. 48, n. 2, p. 295-312, 2009.
- FERGUSON, D.M.; BODEN, J.M.; HORWOOD, L.J. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. **Drug Alcohol Depend**, v. 96, n.1-2, p. 165- 77, 2008.
- FERREIRA, T. C. D. et al. Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. **Interface: Comunicação & Saúde, Educação.**, v. 14, n. 34, p. 551-62, 2010.
- FISHBEIN, D. H. et al. The full translational spectrum of prevention science: facilitating the transfer of knowledge to practices and policies that prevent behavioral health problems. **Translational Behavioral Medicine**, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 5-16, 2016.
- FIXSEN, D. L. et al. **Implementation research: a synthesis of the literature**. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2005. (FMHI Publication, n. 231).
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 27. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1987.
- FREITAS, L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. In: SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 281-304.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GLISSON, C.; SCHOENWALD, S. The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidencebased children's mental health treatments. **Mental Health Services Research**, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 243-259, 2005.

- _____.; et al. Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: implications for research and practice. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [S.I.], v. 35, n. 1-2, p. 98-113, 2008. Special Issue: improving mental health services.
- _____.; et al. Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: implications for research and practice. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [S.I.], v. 35, n. 1-2, p. 98-113, 2008. Special Issue: improving mental health services.
- _____.; GREEN, P. The effects of organizational culture and climate on the access to mental health care in child welfare and juvenile justice systems. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [S.I.], v. 33, n. 4, p. 433- 448, 448, 2006.
- GORDON, R. An operational classification of disease prevention. In: STEINBERG, J. A.; Silverman, M. M. (Eds.). **Preventing mental disorders**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1987. p. 20-26.
- GOTTFREDSON, D. **Schools and delinquency**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- GOUVEIA, F.F.; MONTALVÃO, J.B.; BRITO, M.S. **Gerenciamento de lições aprendidas**: estudo de caso de projeto de integração laboratorial. Fundação Getúlio Vargas, 2010.
- GREENBERG, M. et al. **The Study of Implementation in School-Based Preventive Interventions**: theory, research and practice. Washington, DC.: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, 2001.
- GREENHALGH, T. et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **Milbank Quarterly**, [S.I.], v. 82, n. 4, p. 581-629, 2004.
- GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal Epidemiology Community Health*, n. 53, p. 263, 1999.
- HALE, D. R.; VINER, R. M. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. **Journal of Public Health**, [S.I.], v. 34, p. i11-19, 2012. Supplement 1.
- HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Theorising interventions as events in systems. **American journal of community psychology**, v.43, n.3-4, p.267-276, 2009.
- HAWKS, D.; KATIE, S., MYANDA, M. **Prevention of psychoactive substance use**: a selected review of what works in the area of prevention. Switzerland: World Health Organization, 2002.
- HILL, M. **The Public Policy Process**. Harlow, England: Pearson Educational, 2013.

- HORR, J. F. **Avaliação da satisfação do processo de implementação do programa preventivo Unplugged na perspectiva dos educandos**. 2015. 187 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/160640>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- HORTON, R. Offline: the third revolution in global health. **The Lancet**, [S.l.], v. 383, n. 9929, p. 1620, 2014.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy**: policy cycles and policy subsystems. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of Policy Cycle. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. (Ed.). **Handbook of Public Policy Analysis**: theory, politics and methods. New York: CRC Press, 2007. p. 43-62.
- KHANTZIAN, E. J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, v. 142, p. 1259-64, 1985.
- KING, L.; HAWES, P.; WISE, M. Making a dissemination a two-way process. **Health Promotion International**, [S.l.], v. 13, p. 237-244, 1998.
- KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 3th ed. Pearson: Longman Classics in Political Science, 2003.
- KNILL, C. E.; TOSUN, J. Policy making. In: CARAMANI, D. **Comparative Politics**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 373-386.
- KNOCH, L. L. et al. Implementation of a relationships-based school readiness intervention: a multidimensional approach to fidelity measurement for early childhood. **Early Childhood Research Quarterly**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 299-313, 2010.
- KREUTER, M. W. et al. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. **Health Education and Behavior**, [S.l.], v. 30, p. 133, 2003.
- KUMPFER, K. L. et al. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. **Evaluation & the Health Professions**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 226-239, 2008.
- _____. et al. Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. **Prevention Science**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 241-246, 2002.
- _____.; ALDER, S. Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. In: SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Editors). **Handbook of drug abuse prevention**: theory, science and practice. New York, NY: Kluwer Academic Publ., Plenum Publ., 2006. p. 75-100.

- _____.; XIE J.; O'DRISCOLL, R. Effectiveness of a Culturally Adapted Strengthening Families Program 12–16 Years for High-Risk Irish Families. **Child & Youth Care Forum**, v. 41, n. 2, p. 173-195, 2012.
- LEAVELL, H. R.; CLARK E. G. Levels of application of preventive medicine. In: *Preventive Medicine for the Doctor and His Community*, 3rd ed., pp. 14-38. McGraw-Hill, New York, 1965.
- LEITE, F. Raciocínio e procedimentos da Grounded Theory Construtivista. **Revista de Epistemologias da Comunicação**, v.3, n.6, p.76-85, julho-dezembro/2015.
- LOPES, J. M. **Avaliação do processo de implementação de programa de prevenção escolar do uso de drogas na percepção dos professores participantes**. 2016. 258 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167905>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- MATURANA, H. Emoções e linguagem na educação e na política. Tradução José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- _____.; VARELA, F. G. J. **De máquinas e seres vivos: autopoíese: a organização do vivo**. Tradução Juan Acuña Llorens. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MCCLENNAN, J. D.; MACMILLAN, H. L.; JAMIESON, E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 171, p. 1069-1071, 2004.
- MEDEIROS, P. F. P. **Avaliação do processo de implantação do programa Unplugged de Prevenção ao Uso de Drogas em escolas de São Paulo e Santa Catarina**. 2016. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.
- _____. et al. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, [S.l.], v. 11, p. 1-11, 2016.
- MELO, M.H.S.; RODRIGUES, D.R.S.R.; CONCEIÇÃO, M.I.G. Avaliação de programas de prevenção e promoção em saúde mental. In: MURTA, S.G.; LEANDRO-FRANÇA, C.; DOS- SANTOS, K.B.; et al (organizadores). **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.
- MERIKANGAS, K.R.; Li, J.J.; STIPELMAN, B.; Yu, K.; et al. The familial aggregation of cannabis use disorders. **Addiction**, v.104, n.4, p.622-9, 2009.
- MIOVSKY, M. et al. Resultados del programa de prevención escolar Unplugged sobre el uso del tabaco en la República Checa/The Effect of the School-Based

Unplugged Preventive Intervention on Tobacco Use in the Czech Republic. **Adicciones**, v. 24, n. 3, p. 211-218, jul./set. 2012.

MORIN, E. Ciência com consciência. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1998.

MORIN, E.; EMILIO-ROGER, C.; MOTTA, R. D. Educar na era planetária. São Paulo: Cortez, 2003.

_____.; COLLINS, C. Substance abuse prevention: moving from science to policy. *Addictive Behaviors*, v. 25, p. 975-983, 2000.

MURTA, S. G. Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 83-114.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide**. 2. ed. Maryland: NIH Publications; 2003.

NOBRE-SANDOVAL, L. N.; CORRÊA, A. O.; ABREU, S. Adaptação cultural de programas de prevenção e promoção em saúde mental baseados em evidências. In: MURTA, S. G. **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 249-263.

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT). **Informe Anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa**. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011.

ODOM, S. L. et al. Examining different forms of implementation and in early childhood curriculum research. **Early Childhood Research Quarterly**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 314-328, 2010.

OESTERLE, S. et al. Testing the Universality of the Effects of the Communities that Care Prevention System for Preventing Adolescent Drug Use and Delinquency. **Prevention Science**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 411-423, 2010.

OKULICZ-KOZARYN, K.; FOXCROFT, D. Effectiveness of the Strengthening Families Program 10–14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 12, p. 319, 2012.

OLIVEIRA, S. A. **Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área. 2012**. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas promotoras de la salud**. Washington DC, 2000.

- OZER, E. J.; WANIS, M. G.; BAZELL, N. Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. **Prevention Science**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 42-55, 2010.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.
- PAIVA, F.S.; RODRIGUES, M.C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 3, p. 672-684, 2008.
- PEDROSO, L.H.T.R. **Gerenciamento de riscos em projetos**: uma visão prática. São Paulo, 2017.
- PEDROSO, R. T.; ABREU, S.; KINOSHITA, R. T. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. **Textura**, n. 33, p. 9-24, 2015.
- _____; HAMANN E.M. Adequações do piloto do programa Unplugged #Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*. No prelo.
- _____; SIMONSEN, A. A.; PEREIRA, D. E. M. Programa preventivo #tamojunto e os desafios da educação no Brasil. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/capa/programa-preventivo-tamojunto-e-os-desafios-da-educacao-no-brasil-1>. Acesso em setembro de 2017.
- PENELOPE, H. et al. Theorising Interventions as Events in Systems. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 43, Issue 3-4, p. 267-276, 2009.
- PENTZ, M. A. Form follows function: designs for prevention effectiveness and diffusion research. **Prevention Science**, [S.l.], v. 5, p. 23-29, 2004.
- PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 2ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- PERES, G. M.; GRIGILO, T. M.; SCHNEIDER, D. R. Percepções sobre um Programa de Prevenção ao uso de Drogas nas Escolas para o desenvolvimento de Habilidades de Vida. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.6, n.1, p.111.-123, 2016
- PERES, G. M. **O processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersectorial**. 2014. 234 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128743>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

- PEREZ-GOMEZ, A.; MEJIA-TRUJILLO, J.; MEJIA, A. How useful are randomized controlled trials in a rapidly changing world?. **Global Mental Health**, [S.l.], v. 3, n. 6, p. 1-4, 2016.
- PERKINS, H. College student misperceptions of alcohol and other drug norms among peers: exploring causes, consequences, and implications for prevention programs. In: UNITED STATES. Department of Education. **Designing alcohol and other drug prevention programs in higher education: bringing theory into practice**. Washington, 1997. p. 177-206.
- PISCHKE, C. R. et al. Normative misperceptions of tobacco use among university students in seven European countries: baseline findings of the 'Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use' study. **Addictive Behaviors**, [S.l.], v. 51, p. 158-164, Jan. 2015.
- POTVIN L. Should we worry about the enthusiasm toward evidence-based health promotion practices?. **Promotion & education**, v.13, p. 228 229, 2006
- PROCTOR, E. K. et al. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 24-34, 2009.
- REESE, L. E.; VERA, E. M. Culturally relevant prevention: the scientific and practical considerations of community-based programs. **The Counseling Psychologist**, [S.l.], v. 35, n. 6, p. 763-778, 2007.
- RENISCOW, K. et al. Cultural sensitivity in substance use prevention. **Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 271-290, 2000.
- RINGWALT, C. L. et al. Students' special needs and problems as reasons for the adaptation of substance abuse prevention curricula in the nation's middle schools. **Prevention Science**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 197-206, 2004.
- RITTER, A.; MCDONALD, D. Illicit drug policy: scoping the interventions and taxonomies. **Drugs: Education, Prevention, and Policy**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 15-35, 2008.
- ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5th ed. New York, NY: Free Press, 2003.
- ROHRBACH, L. A. et al. The Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial: implementation fidelity and immediate outcomes. **Prevention Science**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 77-88, 2010.
- RONZANI, T.M.; COSTA, P.H.A. Desafios para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas. In: FERNANDEZ, O.F.R.L.; ANDRADE, M.M.; NERY-FILHO, A. (organizadores). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015, p.129-137.

- ROQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003
- ROSE, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- ROTHERAM-BORUS, M. J.; DUAN, N. Next generation of preventive interventions. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 42, p. 518-530, 2003.
- RUMEL, D. et al. Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 134-143, 2005.
- SALAZAR, L. **Efectividad em promoción de la salud y salud publica: reflexiones sobre la pratica em America Latina y propuestas de cambio**. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009.
- SALAZAR, L. M. **Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas**. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011.
- SALES, A. **Preventing substance abuse: A guide for school counselors**. U.S. Department of Education. Educational Resources Information Center (ERIC). EUA, 2004.
- SANCHEZ, Z. M. **Promoção de Saúde no Contexto dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Eixo Práticas**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/capa/promocao-da-saude-no-contexto-dos-problemas-relacionados-ao-uso-de-drogas>> Acesso em agosto de 2017.
- _____; et al. The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. **Prevention Science**, mar 31, p.1-1, 2017.
- _____; et al. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 16, p. 1206, 2016.
- _____; OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, ago. 2005.
- _____; SCHNEIDER, D. R. **Relatório Técnico. Resultados da Avaliação da Implantação Piloto do Programa Unplugged em São Paulo e Santa Catarina**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; Florianópolis: PSICLIN/UFSC. Junho de 2014 (Não publicado).
- SANDLER, I. et al. Developing effective prevention services for the real world: a prevention service development model. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 35, p. 127-142, 2005.

- SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Boaventura de Sousa Santos. — 5. ed. - São Paulo : Cortez, 2008.
- SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília: Ministério da Saúde, ano 8, n. 12, jul. 2015.
- SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.687-698, 2010.
- _____.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v.42, p.168-178, 2011.
- SHAMBLLEN, S. R. et al. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. **Drugs: education, prevention and policy**, [S.I.], v. 21, n. 2, p. 110-119, 2014.
- SHIELL, A.; HAWES, P.; GOLD; L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. **BMJ: British Medical Journal**, v.336, n.7656, p.1281-1283 2008.
- SILVA, M. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral a família (PAIF). **Psicologia: reflexão e crítica**, v.22, n.1, p.136-143, 2008.
- SKAFF, M. M. et al. Lessons in cultural competence: Adapting research methodology for Latino participants. **Journal of Community Psychology**, [S.I.], v. 30, p. 305-323, 2002.
- SLOBODA, Z.; BUKOSKI W.J. **Handbook of drug abuse prevention: theory, science, and practice**. New York, NY: Kluwer Academic Publ.; Plenum Publishers, 2003.
- SMITH, T. B.; DOMENECH RODRÍGUEZ, M.; BERNAL, G. Culture. **Journal of Clinical Psychology**, [S.I.], v. 67, n. 2, p. 166-175, 2011.
- SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.
- SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- TIBBITS, M. K. et al. Sustaining Evidence-based Interventions Under Real-world Conditions: results from a large-scale diffusion project. **Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research**, [S.I.], v. 11, n. 3, p. 252-262, 2010.
- TSENG, V.; SEIDMAN, E. A systems framework for understanding social settings. **American Journal of Community Psychology**, v.39, p.217-228, 2007.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse**

- prevention.** Vienna, 2009. Vienna, 2014. Disponível em: <<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- _____. **International Standards on Drug Use Prevention.** Vienna, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- VADRUCCI, S. et al. The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. **Global Health Promotion**, v. 23, n. 4, p. 49-58, Jun. 2015 2015.
- VALERIO, A. L. R.; PEDROSO, R.T.; GARCIA, L. S. L. Prevenção do uso prejudicial de drogas. In: FERNANDEZ, O.F.R.L.; ANDRADE, M.M.; NERY-FILHO, A. (organizadores). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos.** Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015, p.85-97.
- VAN DER KREEFT, P. et al. "Unplugged": a new European school programme against substance abuse. **Drugs Educ Prev Policy**, n. 16, p. 167-181, 2009.
- VIEIRA, A. J. H. **Educador/a?- Presente!** Brasília: Trampolim, 2016.
- VIGNA-TAGLIANTI, F.D.; et al. "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**, v.141, p.67-82, 2014.
- _____.; et al. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. **Journal Epidemiol Community Health**, v.63. n.9, p.722-728, 2009.
- _____. et al. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. **Journal Epidemiol Community Health**, v. 63, n. 9, p. 722-728, Sept. 2009.
- VOLKOW, N.D.; LI, T.K. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. **Nat Rev Neurosci**, dec, v.5, n.12, p. 963-70, 2004.
- WEISZ, J.R.; et al. Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment. **American Psychologist**, v.60, n.6, p.628-648,2005.
- WERCH, C. E; OWEN, D. M. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 6, n. 5, p. 581-590, 2002.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** Geneva: WHO, 2000.
- WHALEY, A. L.; DAVIS, K. E. Cultural competence and evidence based practice in mental health services: a complementary perspective. **American Psychologist**, [S.l.], v. 62, p. 563- 574, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Programme on Mental Health. Division of Mental Health. Life Skills Education for children and adolescents in Schools. Genebra, 1997. Disponível em: <http://www.asksource.info/pdf/31181_lifeskillsed_1994.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. **Outcome Evaluation Summary Report: WHO/UNODC Global Initiative (1999-2003) on Primary Prevention of Substance Abuse.** Geneva, 2007

ZAPPE, J. G. **Comportamento de risco na adolescência: aspectos pessoais e contextuais.** 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

ZUCKER, R.A.; et al. Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. ***Pediatrics***, v.121, ISSUE Supplement 4, p. S4:S 252-72, 2008.

8 ANEXOS

8.1 Modelo dos Diários Cartográficos no ano de 2013

DIÁRIO DE CAMPO – UNPLUGGED

Semana de referência:

Município/Estado:

Atividades: () Presenciais () Virtuais () Ambas

Responsável pelas informações abaixo:

Preencher em caso de atividade presencial:

- Localidade (escola, equipamento de saúde, secretaria):

Número da visita ao local:

Horário de chegada e saída: Duração da visita:

- Localidade (escola, equipamento de saúde, secretaria):

Número da visita ao local:

Horário de chegada e saída: Duração da visita:

1. Descreva seus **contatos com as pessoas** do território e da gestão: *(Pessoas com quem você fez contato para poder ter acesso a escola neste dia – nome e função)*

- Contato com a escola:.

Detalhes do contato:

- Contato com profissionais de saúde:

Detalhes do contato:

- Contato com a equipe gestora do município ou estado:

Detalhes do contato:

2. Descreva as **atividades de acompanhamento** dos professores e profissionais de saúde desenvolvidas nessa semana:

Profissionais da escola:

Profissionais de saúde:

3. Descreva as **facilidades** apresentadas para desenvolvimento do acompanhamento semanal da escola e da saúde:

- Institucionais (saúde e educação):

- Eventos ou indicadores do contexto socio-cultural do território:

- Entendimento da forma e conteúdo do Unplugged:

- Participação da Multiplicadora

4. Descreva as **dificuldades** apresentadas para desenvolvimento do acompanhamento semanal da escola:

- Institucionais (saúde e educação):

- Eventos ou indicadores do contexto socio-cultural do território:

- Entendimento da forma e conteúdo do Unplugged:

- Participação da Multiplicadora

5. Descreva ações desenvolvidas para promover a **intersectorialidade**. Inclua desafios e facilitadores observados na relação intersectorial.

Ações de intersectorialidade relacionada ao Unplugged:

Desafios:

Facilitadores:

Ações de intersectorialidade não relacionadas ao Unplugged:

6. **Observações importantes** para a avaliação e monitoramento da implantação:

(Anotar aqui todas as outras informações que não foram contempladas acima que você julgue importante para o conhecimento da Coordenação Central do projeto e equipe de avaliação). Também, utilize esse espaço para anotar outros assuntos pertinentes à temática de implantação do Unplugged.

Observações gerais:

Relato breve de fala de profissionais em relação ao programa (saúde e educação):

7. Informações extras descritas no **Formulário de Avaliação de Processo** (preenchido pelos professores):

8. **Sentimento da multiplicadora** ao fim da semana

8.2 Modelos dos Formulários FORMSUS – “Formulário de monitoramento – Professor” nos anos 2014, 2015 e 2016.

TAMOJUNTO Formulário do Professor (2o/2014)

 Instrumento de monitoramento do programa TAMOJUNTO - Formulário do professor. (2o semestre/2014)
*** Preenchimento Obrigatório**
Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Cabeçalho TAMOJUNTO Formulário do Professor

1) Multiplicador(a) Nacional de referência:

2) Multiplicador(a) Local:



3) Data:

4) Número da visita:

1a

2a

3a

4a (de avaliação)

além das previstas

5) Nome do professor:

6) Cidade:

7) Escola:

8) Última aula aplicada:

Contexto do território escolar TAMOJUNTO

9) Há tempo suficiente para preparar as aulas durante a rotina escolar?

Sim.

- Não.
- Não se aplica.

10) **Quando necessário, você recebeu apoio da direção e/ou coordenação pedagógica para planejar as aulas do #tamojunto?**

11) **Quando necessário, você recebeu apoio da direção e/ou coordenação pedagógica para realizar as reuniões previstas com os multiplicadores nacionais?**

12) **Quando necessário, você recebeu apoio da direção e/ou coordenação pedagógica para qualificar suas habilidades na condução das aulas #tamojunto?**

Condução das aulas TAMOJUNTO

13) **É possível realizar as aulas do #Tamojunto sem prejuízo ao currículo e atividades previstas na escola?**

- Sim.
- Não.
- Não se aplica.

14) **Que estratégia(s) você tem utilizado para realizar as aulas do #Tamojunto:**

- Realizar a aula com outro profissional
- Utilizar mais de um horário para uma aula do #Tamojunto
- Realizar as aulas no próprio horário da sua matéria
- Realizar as aulas em outra periodicidade que não a semanal
- Fazer acordos com professores de outras disciplinas para que o programa seja realizado em horários diversificados
- Implementar o programa como uma disciplina específica
- Implementar o programa em horário alternativo à carga horária formal da escola
- Realizar as aulas em espaços alternativos à sala de aula

15) **Outro:**

16) **Com relação às orientações de manejo do coletivo da sala de aula previstas no programa, quais têm sido mais difíceis de serem implementadas:**

- Colocar os educandos em roda
- Organizar os educandos em pequenos grupos
- Variar as composições dos pequenos grupos ao longo das aulas

- Cumprir com os combinados da Aula 1
- Elogiar ou reconhecer atitudes positivas dos educandos durante a aula do #Tamojunto
- Utilizar os energizadores para separação da turma em pequenos grupos
- Utilizar os energizadores em outros momentos estratégicos para fortalecer o processo grupal
- Nenhum

17) **Outro:**

18) **Você utiliza algumas técnicas do programa #Tamojunto em outras aulas?**

- Sim.
- Não.
- Não se aplica.

19) **De maneira geral, quais os aspectos do material e método precisam ser melhorados:**

- Adequação da duração das aulas
- Adequação da periodicidade entre as aulas
- Adequação dos temas das aulas
- Adequação das atividades
- Adequação da linguagem
- Adequação da faixa etária do programa
- Não se aplica.

20) **Outro:**

Contexto de implementação TAMOJUNTO

21) **Como você se sente na condução das aulas?**

- desconfortável
- pouco confortável
- confortável
- muito confortável

22) **Alguns educandos estão mais receptivos ao convívio com você para além do programa?**

- Sim.

- Não.
- Não se aplica.

23) **Você observa que alguns educandos estão interagindo mais entre si fora das aulas do #Tamojunto?**

- Sim.
- Não.
- Não se aplica.

24) **Em geral, você tem compartilhado experiências do programa com outros professores de sua escola, além do momento de reunião com o(a) multiplicador(a)?**

- Sim.
- Não.
- Não se aplica.

25) **Houve alguma ação realizada em parceria com a saúde, além das oficinas de pais?**

- Sim.
- Não.
- Não se aplica.

26) **O programa contribui para ampliar positivamente a percepção sobre você mesmo como educador?**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

27) **Qual atividade despertou mais interesse dos educandos?**

28) **Qual atividade despertou menos interesse dos educandos?**

29) **Qual é a relevância da visita do multiplicador para a implementação do programa?**

- indiferente
- pouco relevante
- relevante

muito relevante

30) Qual(is) o(s) ponto(s) forte(s) da supervisão do multiplicador?

- Melhoria no planejamento de aulas
- Aprofundamento sobre a metodologia do programa
- Ampliação do conhecimento sobre prevenção
- Melhoria nas habilidades docentes
- Melhoria na comunicação com a gestão escolar
- Ampliação da relação com os profissionais da saúde



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

TAMOJUNTO - formulário de monitoramento dos professores (2015)



Formulário de monitoramento de professores na implementação do Programa de Prevenção do uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 anos (#TAMOJUNTO) - a ser preenchido por professores implementadores

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Cabeçalho

1) Nome do Formador Nacional de referência: *

2) A escola está sendo acompanhada: *

- por multiplicadores locais de saúde e educação
- somente por multiplicador(es) local(is) de educação
- somente por multiplicador(es) local(is) de saúde
- não há acompanhamento da escola por multiplicadores locais

3) Multiplicador local de referência (da saúde) :

Especificar nome(s) e cargo(s) (técnico ou gestor)

4) Multiplicador local de referência (da educação):

Especificar nome(s) e cargo(s) (técnico ou gestor)

5) **Data de preenchimento do formulário por professor:** *

6) **Território:** *

- Ceilândia-DF
- Cruzeiro do Sul-AC
- Curitiba-PR
- Florianópolis-SC
- Fortaleza-CE
- João Pessoa-PB (escola estadual)
- João Pessoa-PB (escola municipal)
- Rio Branco-AC
- São Bernardo do Campo-SP
- São Paulo-SP (escola estadual)
- São Paulo-SP (escola municipal)
- Taboão da Serra-SP
- Tubarão-SC
- Aracati - CE
- Barbalha - CE
- Camocim - CE
- Caucaia - CE
- Crateús - CE
- Iguatu - CE
- Quixeramobim - CE
- Tianguá - CE
- Sobral - CE

7) **Número de visita de monitoramento na escola:** *

- 1
- 2
- 3
- além da prevista

8) **Última aula realizada por professor:** *
(no caso de várias turmas, indicar a aula mais avançada)

Planejamento

9) **Há tempo para planejamento das aulas. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

10) **Planejo as aulas do programa #Tamojunto sozinho(a): ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

11) **Planejo as aulas do programa #Tamojunto com auxílio de outros professores: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

12) **Planejo as aulas do programa #Tamojunto com auxílio de gestores escolares: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

frequência

13) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei mais de 1 aula por semana. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

14) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas na frequência semanal. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

15) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas na frequência quinzenal. ***

- Nunca

- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

16) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei menos de 2 aulas por mês. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

duração

17) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas #Tamojunto em uma hora aula. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

18) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas #Tamojunto com duração entre uma hora aula e duas horas aula. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

19) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas #Tamojunto em duas horas aula. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

20) **(Desde a última visita do multiplicador) realizei as aulas #Tamojunto com duração acima de duas horas aula. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

técnicas e atividades

21) **Eu coloco os educandos em roda grande.**

- Nunca

- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

22) **Organizo os educandos em pequenos grupos com facilidade.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

23) **Vario a composição dos pequenos grupos com facilidade.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

24) **Os educandos cumprem com facilidade os combinados da Aula 1.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

25) **Elogio ou reconhecimento atitudes positivas dos educandos com facilidade.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

26) **Utilizo energizadores para organizar os pequenos grupos com facilidade:**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

27) **Utilizo energizadores para outros objetivos (que não a divisão em pequenos grupos).**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

28) **Os educandos se interessam pelos energizadores.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

29) **Os educandos se interessam pelas encenações.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

30) **Os educandos se interessam pelos debates.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

31) **Os educandos se interessam pelas atividades do caderno do educando.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

32) **Os educandos se interessam pela roda de conversa em grupo.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

33) **Os educandos se interessam pelo trabalho em pequenos grupos.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

34) **Os educandos se interessam pelo desenho e colagem.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

35) **Os educandos se interessam pelos jogos.**

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

realização das aulas

36) **Realizo todas as atividades previstas para as aulas no Guia do Professor. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

37) **Realizo todas as atividades principais. : ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

38) **Entendo a descrição das atividades com clareza: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

39) **O conteúdo é interessante para os educandos: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

40) **Sinto segurança ao conduzir as atividades : ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

41) **Utiliza técnicas do #Tamojunto em outras aulas/turmas: ***

- Nunca
- Raramente

- Frequentemente
- Sempre

42) **Realizo a aula com outro profissional:** *

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

43) **Realizo a aula no horário da minha disciplina:** *

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

44) **Faço acordo com outros professores e realizo as aulas em horários diversificados:** *

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

45) **Implemento o programa como uma disciplina específica.** *

Por exemplo nas aulas PD.

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

46) **Realizado as aulas em horário alternativo à minha carga horária de trabalho:** *

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

47) **Realizo as aulas em espaços alternativos à sala de aula:** *

por exemplo no pátio, na área externa, quadra de esporte ou outros.

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

48) **Você utiliza algumas outras estratégias para realização das aulas? Especifique:**

percepções e avaliação

49) **Os educandos estão mais receptivos ao convívio comigo. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

50) **Alguns educandos estão interagindo mais entre si fora das aulas do #Tamojunto: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

51) **Os educandos tem respeitados mais os colegas dentro de saça de aula: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

52) **Compartilho experiências do programa com outros professores: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

53) **Por meio da realização do Programa #Tamojunto, tenho uma percepção mais positiva sobre mim como educador. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

54) **Recebo apoio da direção/coordenação pedagógica para participar das reuniões com os multiplicadores locais. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

55) **Recebo apoio da direção/coordenação pedagógica para planejar e realizar o programa**

#Tamojunto. *

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

56) **A visita do multiplicador é relevante para mim na implementação do programa. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

57) **A visita do multiplicador é fundamental para planejamento das aulas. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

58) **A visita do multiplicador é fundamental para aprofundamento sobre a metodologia do #Tamojunto. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

59) **A visita do multiplicador é fundamental para ampliação do conhecimento sobre prevenção. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

60) **A visita do multiplicador é fundamental para melhoria nas habilidades docentes. ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

61) **A visita do multiplicador é fundamental para melhoria na comunicação com a gestão escolar: ***

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente

Sempre

62) **A visita do multiplicador é fundamental para ampliação da relação com profissionais de saúde. ***

Nunca

Raramente

Frequentemente

Sempre

63) **A visita do multiplicador traz outras contribuições para você? Especifique:**



Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

Tamojunto - monitoramento do(a) professor(a) 2016



Formulário de monitoramento do(a) professor(a) – Programa #Tamojunto

a ser preenchido por professor(a) que realiza o programa durante ou após a 1a visita de acompanhamento do(a) multiplicador(a) local

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

1) **Nome do(a) professor(a): ***

2) **Município: ***

4) **Escola: ***
indique nome completo

5) **É uma escola da rede: ***

- municipal
- estadual

6) **Nome do(a)
Multiplicador(a)**

**Local de
referência: ***

Caso há mais
multiplicadores(as)
locais, indique nomes de
todos(as)

Dados pessoais

7) **Data de nascimento: ***

8) **Sexo: ***

Mulher

Homem

9) **Formação profissional: ***

Curso de formação de professores – nível médio

Magistério

Pedagogia

Licenciatura Plena

11) **Disciplina(s) que ministro: ***
(pode assinalar mais de uma opção)

Português

Matemática

Geografia

História

Ciências

Educação Física

Educação Artística

Parte diversificada

Outra

12) **Tempo da minha experiência profissional (em
sala de aula): ***

Até 02 anos

De 2 a 5 anos

De 5 a 10 anos

Mais de 10 anos

13) **As salas de aula em quais trabalho possuem
uma estrutura física: ***
(espaço, mobiliário, estado de conservação)

Ótima

Boa

Regular

Ruim

14) **Participei/estou participando de: ***
(pode assinalar mais de uma opção)

Curso de prevenção do uso de drogas para
Educadores (SENAD)

SUPERA (SENAD)

15) **Em relação à experiência com o Programa #Tamojunto,:** *

- PRODEQUI (MEC/SENAD)
- Conselheiros e Lideranças Comunitárias (SENAD)
- Um outro curso sobre temática de prevenção do uso de drogas
- Nenhuma das opções
- É minha primeira experiência, e a escola nunca tinha realizado o programa
- É minha primeira experiência, mas a escola já realizou o programa
- Realizei as aulas do programa anteriormente nesta escola
- Realizei as aulas do programa anteriormente numa outra escola

16) **Na minha escola existe outro programa /atividade que visa prevenção ao uso de drogas:** *
(pode assinalar mais de uma opção)

- PROERD
- Palestras de profissionais sobre temática de drogas
- Palestras de ex-usuários de drogas
- Cartilha ou outra ação informativa
- Feira de ciências
- Outros
- Nenhuma das opções

Avaliação da formação inicial

17) **A minha motivação para participação no programa #Tamojunto foi:** *
(pode assinalar mais de uma opção)

- Acho o tema importante para ser abordado na escola
- Enriquecimento do curriculum
- Sugestão de amigos/colegas de trabalho
- Fui indicado/sugerido pela gestão escolar
- Nenhuma das opções

18) **Particpei da formação inicial de professores e profissionais da saúde:** *

- Os 2 dias completos
- Faltei 1 período
- Faltei mais que 1 período
- Particpei da formação de atualização
- Não particpei da formação

19) **Avalio que a duração da formação inicial (16 horas):**

- é compatível com volume de informação.
- não é suficiente, deve ser aumentada..
- deve ser reduzida.

20) Em relação à avaliação geral da formação:

	Sim	Parcialmente	Não	Não tenho opinião formada
21) Minha expectativa em relação à formação foi atingida. :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) As minhas dúvidas foram esclarecidas durante a formação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) As atividades apresentadas durante a formação foram satisfatórias para compreensão dos temas abordados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24) Em relação a minha participação na formação, :

(pode assinalar mais de uma opção)

- tinha disponibilidade para participar das atividades
- fiquei à vontade para participar das atividades
- consegui compreender o conteúdo abordado
- fiquei motivado para realizar o programa
- Nenhuma das opções

25) Agora após o início do programa, avalio que durante a formação os facilitadores deviam:

(pode assinalar mais de uma opção)

- Aprofundar a temática de drogas
- Aprofundar os princípios teóricos do programa
- Aprofundar o conceito de habilidades da vida
- Aprofundar o conceito da prevenção ao uso/abuso de drogas
- Trabalhar, com exemplos práticos, mais atividades das aulas
- Trabalhar, com exemplos práticos, mais atividades das Oficinas de Pais e Responsáveis
- Apresentar mais exemplos de "energizadores"
- Reduzir a quantidade de atividades na formação
- Outra sugestão
- Manter como está – a formação está adequada.

26) Neste ano letivo, estou realizando o programa em seguinte número de turmas: *

27) Aplico o programa com educandos na faixa etária: *

- Abaixo de 13 anos (faixa etária não recomendada para aplicação do programa)
- de 13 anos
- de 14 anos e/ou mais

28) Estou aplicando as 12 aulas do programa? *

- Sim
- Não



Atenção: Ao gravar a guarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados

terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

powered by
FormSUS

8.3 Documento comprovante de aceite para publicação ARTIGO 1. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras (Submetido na revista “*Ciência e Saúde Coletiva*”, aprovado em 15 de fevereiro de 2017, no prelo)

28/09/2017 Aumentar zoom (Ctrl+Mais) Gmail - Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2016-3293.R1

 Gmail Raquel Turci Pedroso <raquel.turci@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2016-3293.R1
2 mensagens

Ciência & Saúde Coletiva <onbehalfof+romeugo+gmail.com@manuscriptcentral.com> 15 de fevereiro de 2017 11:37
Responder a: romeugo@gmail.com
Para: raquel.turci@gmail.com
Cc: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br, raimangas.mangas1@gmail.com

15-Feb-2017

Dear Prof. PEDROSO:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*. In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution and e-mail); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units). We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published. The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br. Thank you for your contribution.

Prezado(a) Prof. PEDROSO:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição e e-mail); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (4) Palavras-Chave (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades). Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada. O arquivo e as declarações em anexo devem ser enviados para o e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br.

Obrigado pela sua contribuição.

Sincerely, / Atenciosamente,
Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, *Ciência & Saúde Coletiva*
romeugo@gmail.com

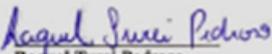
 * Declarações-de-artigos-aprovados.doc
118K

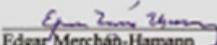
INSTRUMENTO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Os autores, **Raquel Turci Pedroso e Edgar Merchán-Hamann**, do artigo intitulado **"Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamejunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileira"** o qual submeti à apreciação da revista **Ciência & Saúde Coletiva** para publicação, por meio deste suficiente instrumento, declaro que concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornem propriedade exclusiva da **Revista Ciência e Saúde Coletiva** editada pela **ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva**, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa sem prévia autorização, devendo, caso esta seja obtida, constar agradecimento à **Revista Ciência & Saúde Coletiva/Abрасco** pela cessão.

DATA : 20/02/2017

ASSINATURAS


Raquel Turci Pedroso


Edgar Merchán-Hamann

DECLARAÇÃO DE INEDITISMO DO ARTIGO

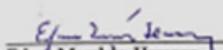
Declaro, para os devidos fins, que o manuscrito intitulado "**Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileira**", de autoria dos abaixo-assinados, jamais foi divulgado em outro periódico ou em qualquer outro tipo de publicação, tendo sido submetido à apreciação exclusiva da Revista Ciência & Saúde Coletiva, editada pela Abrasco.

Atestamos também que esse trabalho atende aos preceitos éticos constantes da Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association <http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html>, assim como à legislação específica (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

DATA : 20/02/2017

ASSINATURAS


Raquel Turci Pedrosa


Edgar Mercklin-Hamann

8.4 Documento comprovante de submissão ARTIGO 2 - Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016) (Submetido na “*Revista Cadernos de Saúde Pública*” em 17 de setembro de 2017, aguardando parecer)

28/09/2017

Gmail - Novo artigo (CSP_1621/17)



Raquel Turci Pedroso <raquel.turci@gmail.com>

Novo artigo (CSP_1621/17)

1 mensagem

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>
Para: raquel.turci@gmail.com

17 de setembro de 2017 23:30

Prezado(a) Dr(a). RAQUEL TURCI PEDROSO:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Monitoramento do programa #Tamojunto de prevenção escolar ao uso de álcool e outras drogas (2014 a 2016)" (CSP_1621/17) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Marília Sá Carvalho
Prof. Claudia Medina Coeli
Prof. Luciana Dias de Lima
Editoras

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

8.5 Documento comprovante de submissão ARTIGO 3 – A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas (Submetido na revista *“Interface: comunicação, saúde e educação”* em 24 de setembro de 2017, aguardando parecer)

28/09/2017

Gmail - Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2017-0566



Raquel Turci Pedroso <raquel.turci@gmail.com>

Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2017-0566

1 mensagem

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

24 de setembro de 2017

<onbehalfof+intface+fmb.unesp.br@manuscriptcentral.com>

14:37

Responder a: intface@fmb.unesp.br

Para: raquel.turci@gmail.com

Cc: raquel.turci@gmail.com, misha.juhasova@gmail.com, merchan.hamann@gmail.com

24-Sep-2017

Prezado (a) Dr. PEDROSO,;

Seu manuscrito intitulado "A ciência baseada em evidências nas Políticas Públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*.

O ID do manuscrito é ICSE-2017-0566 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a *Interface*.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Agradecendo pela submissão em *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*,

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino

Editor-chefe

Interface – Comunicação, Saúde, Educação
