

### A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas

Evidence-based science in public policies for reinventing alcohol and drugs use prevention (abstract: p. 16)

La ciencia basada en evidencias en las políticas públicas para la reinvención de la prevención al uso del alcohol y otras drogas (resumen: p. 16)

**Raquel Turci Pedroso<sup>(a)</sup>**

<raquel.turci@gmail.com> 

**Michaela Batalha Juhásová<sup>(b)</sup>**

<michaela.b.juhasova@gmail.com> 

**Edgar Merchan Hamann<sup>(c)</sup>**

<merchan.hamann@gmail.com> 

<sup>(a, c)</sup> Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Asa Norte, Brasília, DF, 70.910-900, Brasil.

<sup>(b)</sup> Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil.

As políticas públicas baseadas em evidências precisam responder às vulnerabilidades sociais na superação das iniquidades. A presente revisão de literatura, do tipo narrativa, analisa os desafios de adaptação na difusão de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas baseadas em evidências no Brasil. As teorias de Difusão de Inovações (Rogers) e de Implementação de práticas baseadas em evidências (Aarons et al.) embasaram a crítica aos modelos existentes. Conclui-se que a implantação de uma ação preventiva baseada em evidências, mas que não é culturalmente relevante, corre o risco de não incidir nas vulnerabilidades. Ao mesmo tempo, as adaptações, mesmo que promovam altos níveis de aceitabilidade, podem comprometer a efetividade do programa caso sejam realizadas sem o embasamento em evidências e podem descaracterizar a inovação, passando a servir na reprodução de iniquidades, as quais a inovação compromete-se a mudar.

**Palavras-chave:** Prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Políticas públicas. Ciência baseada em evidência.

Política pública é um conjunto de metas definidas por governantes, com diferentes graus de participação dos governados, com o objetivo de solucionar ou prevenir problemas sociais, que se tornam uma agenda política<sup>1</sup>.

Analisar como as políticas de álcool e outras drogas são colocadas em pauta indica os posicionamentos ideológicos diante da problemática, em especial quando as decisões são menos sustentadas por evidências científicas e mais por apelos morais de isolamentos de usuários e por discursos de medo<sup>2</sup>.

No âmbito da consolidação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas, a prevenção com base em evidências tem sido defendida para o uso adequado de recursos na produção dos efeitos desejados e não iatrogênicos<sup>3-5</sup>. A ciência baseada em evidência, isoladamente, não consegue atuar no campo decisional da formulação de políticas, mas pode mediar 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 não alinhadas a essa ética.

Mesmo que as evidências tenham mostrado que as políticas de “guerra às drogas” não foram capazes de reduzir índices de consumo de álcool e outras drogas, estas ainda são uma escolha de governantes<sup>2,6,7</sup>. É aqui que o uso de álcool e outras drogas, entendido como problema público, é tratado como de natureza política e ideológica<sup>2</sup>, 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 eleições<sup>8</sup>.

A ciência pode mapear caminhos para superar vulnerabilidades sociais e deve 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<sup>9-11</sup>.

Para sistematização e produção de práticas com base nas evidências, recomenda-se a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas, seja em programas já existentes ou em construção, e para possível difusão no contexto de políticas públicas<sup>12</sup>.

É mais provável alcançar resultados de efetividade na replicação de um programa previamente avaliado do que na implantação de um programa sem embasamento científico<sup>13,14</sup>. Em termos de custo-benefício, a implantação de um programa baseado em evidências se mostra mais econômica do que o desenvolvimento de um programa novo<sup>5</sup>.

A formulação de políticas de álcool e outras drogas deve se organizar em diversos âmbitos, como a promoção de saúde, a prevenção, o cuidado, a reinserção social e o controle da oferta – e a validação científica deve ser considerada. O cuidado com a evidência, porém, é requerido, pois as políticas devem tornar-se sensíveis às diferentes realidades<sup>5</sup>.

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<sup>6,15-17</sup>.

A verificação dos efeitos de ações preventivas, porém, tem seguido uma tendência internacional de validação por meio de Ensaio Controlados Randomizados (ECR), que verificam mudanças comportamentais nas variáveis de primeiro uso, uso frequente, uso nocivo e uso abusivo pré e pós-intervenções, com seguimentos de seis a 12 meses, com exceção de estudos mais amplos de habilidades de vida com duração até 20 anos<sup>14,18</sup>.

Quando bons resultados são encontrados, inicia-se a transposição do cenário controlado para o real, seja em pequenas ou grandes escalas, como no caso da difusão de uma intervenção como política pública de um país.

O desafio que a realidade impõe está justamente no fato de ela apresentar novas e diversas variáveis que não estiveram presentes no ensaio, como o perfil do implementador, a prontidão comunitária, as normas e as leis que regem os sistemas sociais e políticos. É então que o efeito protetivo pode perder sua força ao ponto de tornar-se, inclusive, iatrogênico<sup>11,19</sup>.

É diante dessa inexorabilidade que os estudos sobre adaptação cultural de programas propõem que na transposição para a realidade se deve considerar ajustes que favoreçam a manutenção dos efeitos verificados em contextos controlados<sup>18,20,21</sup>. O que esse artigo propõe, porém, é que localizar a adaptação cultural como uma etapa inicial não responde adequadamente à complexidade da difusão de políticas públicas de países, em especial do Brasil, que tem iniquidades e diversidades sociais e culturais.

A presente pesquisa buscou, portanto, novas respostas para a abordagem da adaptação cultural, entendendo que evidência científica deve dialogar com as políticas públicas não como uma imposição de um método cego à realidade, mas como a serviço dela.

Na ciência de prevenção, existe uma tensão entre os dois objetivos concorrentes: desenvolver intervenções universais e implementá-las sem adaptações que comprometam a fidelidade; e implementar a prevenção baseada em evidências que atenda às necessidades culturais específicas dos territórios<sup>19,21,22</sup>.

A presente pesquisa dialoga criticamente com a aplicabilidade desse modelo de adaptação cultural de programas baseados em evidência, em que o destaque para os aspectos da fidelidade não permite a adaptação para além de elementos superficiais como a linguagem, por exemplo. Assim, inverte-se a lógica e são os contextos que precisam se adaptar aos programas – e não os programas aos contextos –, tensionando ou até excluindo cenários de vulnerabilidade nos quais a prontidão para a prática encontra-se distante dos pré-requisitos da efetividade.

O presente estudo descreve e discute o desafio da relação entre evidência e adaptação cultural na difusão de inovações preventivas no contexto de políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, adequado para discutir o estado da arte das temáticas acima indicadas e propor uma reflexão sobre novas possíveis respostas diante dos limites encontrados na literatura. A análise ampla da literatura não se ocupou em estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável na perspectiva da reprodução de dados, porém, evidencia os paradigmas sob os quais as temáticas têm sido abordadas<sup>23,24</sup>.

Foram analisados artigos, livros e capítulos de livros no período de agosto de 2015 a agosto de 2017. Não foi usado como critério a data original de publicação, pois foram incluídos referenciais teóricos metodológicos sobre implantação, monitoramento e

avaliação de programas e políticas. Os artigos considerados foram os indexados nas bases de dados científicas da Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed. Além disso, foram empregados os descritores em ciências da saúde em português e seus correspondentes em inglês e espanhol: consumo de álcool por menores; drogas ilícitas; prevenção primária; política pública; adaptação; programas governamentais; promoção da saúde; educação em saúde; serviços preventivos de saúde; prática clínica baseada em evidências; atenção à saúde baseada em evidências; e política informada por evidências.

Os materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados com apoio do *software* Mendeley. O critério de inclusão das publicações era o título ou palavras-chave conterem as expressões ou o resumo explicitar que o texto se relacionava à adaptação, implementação, monitoramento ou avaliação de programas e políticas na área da saúde. Durante todo o período, foram identificadas novas publicações, totalizando 202 materiais. Foi conduzida a leitura dos títulos e resumos, não tendo ocorrido exclusão de materiais nessa etapa inicial. Ao longo do estudo foram excluídas 56 publicações que não apresentavam coerência com os referenciais estudados na perspectiva da qualidade da informação. Foi realizada a leitura completa dos 146 materiais mantidos, dos quais 87,3% são literaturas internacionais publicadas na língua inglesa.

Como eixos de análise, buscou-se categorizar os materiais em: (1) Teorias em políticas públicas; (2) Perspectiva histórica de políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil; (3) Ciência baseada em evidência: conceitos internacionais e críticas nacionais; (4) Programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas: teorias de adaptação, implementação, monitoramento e avaliação; e (5) Vulnerabilidades e iniquidades sociais no cenário de uso de álcool e outras drogas no Brasil. A partir daí, realizou-se a apreciação da metodologia, resultados obtidos e discussão para a organização crítica do conhecimento.

Os resultados iniciais indicam que a adaptação ao contexto, segundo autores denominada de adaptação cultural, deve ser explorada como um processo, e não uma etapa pontual, como é apresentada na literatura<sup>4,9,11,19,25-27</sup>. As experiências da implantação de práticas baseadas em evidências em novos contextos reforçam a necessidade de adequação, visando aumentar a relevância cultural da intervenção e tornar o programa compatível com a língua, a linguagem, os valores e os significados culturais do novo público<sup>28-30</sup>.

A adaptação cultural de programas baseados em evidências precisa ser conduzida de forma planejada, sistemática e colaborativa<sup>19</sup>. Burlew et al<sup>27</sup> identificaram três abordagens mais comuns na adaptação cultural: envolvimento da comunidade em todas as etapas; revisão da literatura sobre precursores etiológicos dos problemas a serem prevenidos (fatores de risco e proteção do público-alvo); e o envolvimento de especialistas na tomada de decisões.

Para Rogers<sup>31</sup>, autor da Teoria da Difusão de Inovações, a difusão de inovações passa pela exploração, adoção, implementação, disseminação e sustentabilidade. A adaptação cultural está na literatura localizada no início da implantação. Entende-se que, nas políticas públicas, que consideram as prevalências e as vulnerabilidades sociais, a adaptação passa a ser transversal às etapas: desde a linguagem até os mecanismos de implementação para sustentabilidade.

Os contextos de vulnerabilidade impactam as práticas, sendo que, sem uma adequação, poderão comprometer a adoção, disseminação e a sustentabilidade das ações<sup>20,21</sup>.

Rogers<sup>31</sup> indica que a análise de como os implementadores atualizam, modificam e criticam as ações é estratégica na adaptação. O autor organiza quatro elementos para a análise:

**Inovação propriamente dita** – percepção dos implementadores da nova ação como uma proposta melhor que as anteriores. Faz-se necessária a compreensão da compatibilidade e incompatibilidade com as realidades, e de como as normas influenciam na percepção da inovação<sup>31</sup>.

**Meios de comunicação** – identificam como os participantes criam e compartilham informações para chegar a um entendimento mútuo. Canais interpessoais são considerados eficazes na formação e 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 inovação<sup>31</sup>.

**Tempo** – caracteriza-se pelo tempo requerido pelo “inovador” para aprender sobre a tecnologia e a decisão de ampliação para novos contextos. Os inovadores são os que adotam, sustentam e desenvolvem a capacidade de conhecer e aplicar o conhecimento novo, mesmo com os graus de incerteza<sup>31</sup>.

**Sistema social** – constitui a compreensão e adequação ao contexto em que se difunde uma inovação e aos padrões de interação dos indivíduos, grupos e organizações. Os inovadores influenciam na formação da massa crítica que garantirá a sustentabilidade da inovação<sup>31</sup>.

Nos serviços públicos, aqueles profissionais voluntariamente comprometidos com adoção de boas práticas são mais indicados<sup>32</sup>. Profissionais resistentes podem dificultar a difusão da boa prática. No Brasil, como é recente o uso de práticas baseadas em evidências na prevenção ao uso de álcool e outras drogas<sup>6,15-17</sup>, é pouco provável que haja prontidão dos profissionais para trocas e produção de conhecimentos prévios. Assim, a inovação dependerá do investimento nas habilidades e competências dos profissionais e das instituições<sup>4,33</sup>.

Na replicação em novos contextos ou difusão em larga escala, os programas validados em contexto controlado são raramente implementados da forma original – as adaptações pelos implementadores são mais regra do que exceção<sup>34,35</sup>. Nos programas de prevenção escolares, os professores frequentemente modificam os currículos dos programas, não realizam ou substituem algumas atividades e mudam a metodologia<sup>36,37</sup>. Essas adaptações podem ser relacionadas com as dificuldades de manejo do tempo, com fatores externos (greves, adoecimento e sobrecarga) ou com crenças em desacordo com a proposta do programa.

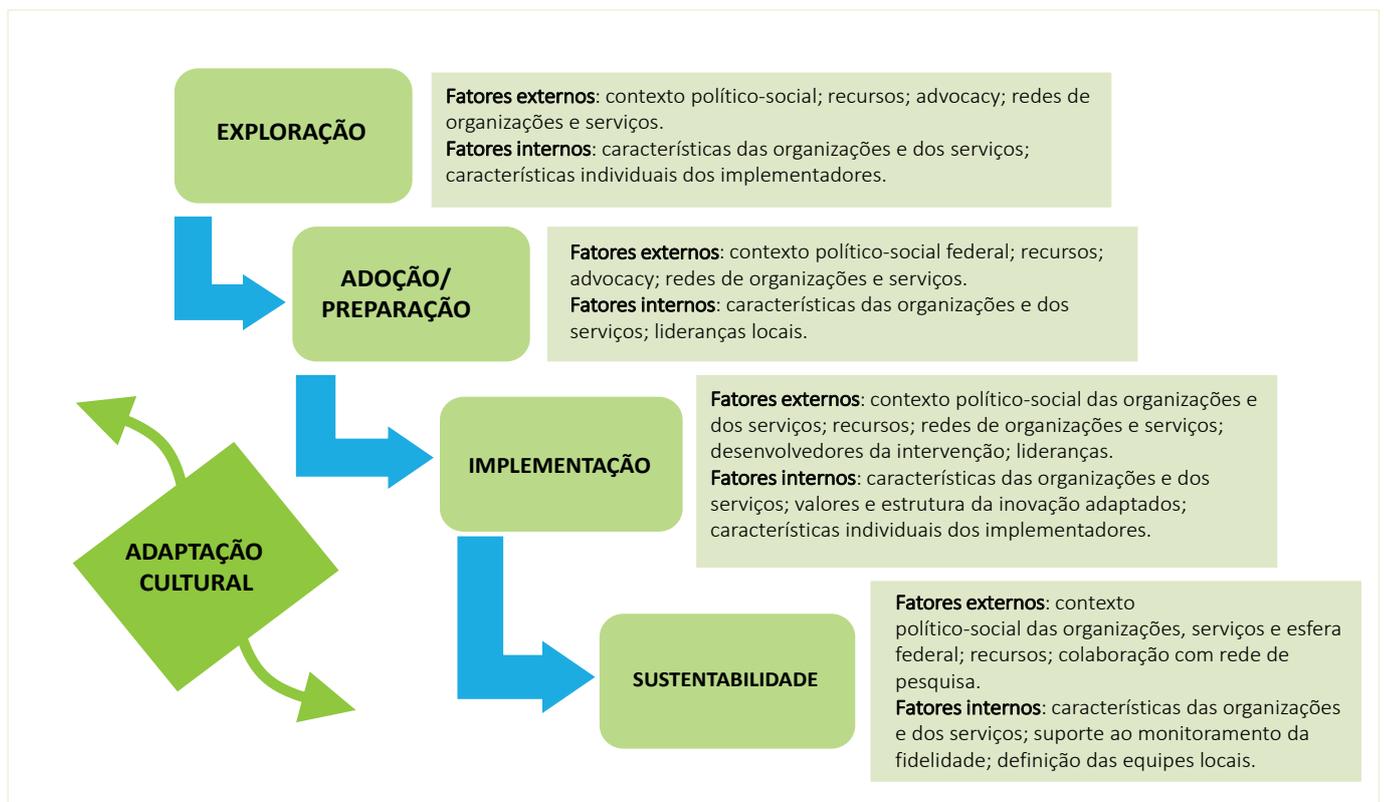
A manualização é necessária para a difusão de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, mas a capacitação dos profissionais é importante para que a adaptação não seja fundamentada nas crenças, e sim nas teorias de mudança<sup>11,38</sup>. Sistematizar orientações sobre os elementos centrais do método, elementos centrais estes que não podem ser modificados, aumenta a flexibilidade na implantação. Os manuais podem, por exemplo, incluir opções de outras atividades ou técnicas, mantendo o cerne do programa<sup>29</sup>. O acompanhamento contínuo aos profissionais aumenta a capacidade de tomada decisões baseadas em evidência<sup>29</sup>.

No âmbito das políticas públicas, a implantação da inovação deve ser monitorada continuamente. Os instrumentos devem captar os níveis de fidelidade, qualidade, adaptabilidade e responsividade da implantação, assim como verificar os mediadores na prevenção do uso de álcool e outras drogas<sup>38</sup>.

O que caracteriza a inovação é a proposta de mudar para melhor<sup>31</sup>. Nas políticas públicas, o “melhor” está sujeito a várias interpretações, alicerçadas em normas sociais e, por isso, a sustentabilidade de uma inovação predispõe a necessidade de tecer continuamente novos consensos.

O ritmo da implantação de boas práticas é o ritmo das transformações de normas sociais<sup>39</sup>. Enquanto se implementa uma ação de prevenção, transforma-se o sistema de crenças sobre o uso de álcool e outras drogas; enquanto a inovação revela seus bons resultados, fortalecem-se novas crenças. A medida é manter viva a inovação atuando nessas dissonâncias.

Rogers<sup>31</sup> define etapas e elementos centrais na difusão da inovação e Aarons et al<sup>33</sup> propõem fases para a implantação de práticas baseadas em evidências em serviços públicos. Em um diálogo entre as duas abordagens, apresenta-se a seguir um modelo integrativo que auxilia na compreensão da difusão de práticas baseadas em evidências nas políticas públicas (Figura 1).



**Figura 1.** Elementos centrais na difusão de inovação

Fonte: Rogers<sup>31</sup>, Aarons<sup>33</sup>, adaptado.

## A exploração

A gestão pública deve empenhar estratégias para a implantação da inovação na prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e estas requerem mudanças nas organizações e na legislação local como a autorização para os profissionais participarem dos treinamentos<sup>40</sup>.

A restrição de orçamento desencoraja a implantação de inovações, especialmente em contextos em que o tempo disponível dos implementadores é limitado pela insuficiência de recursos humanos. Pode acontecer, assim, um subfinanciamento que amplia a tensão entre a implantação da inovação e efetividade<sup>41</sup>.

A percepção dos trabalhadores sobre as melhorias que a nova ação pode trazer em termos de otimização e qualificação do trabalho é essencial para lidar com os problemas advindos dos recursos humanos escassos<sup>33</sup>.

O conhecimento das práticas prévias indicam como as evidências fazem parte dos modos de atuação naquele sistema social e, nas dissonâncias, mudanças organizacionais e na formação dos implementadores viabilizam um melhor contexto de implantação<sup>31,40,42</sup>.

O *advocacy* comunitário, esforço das lideranças e dos movimentos comunitários para influenciar decisões políticas, acelera as mudanças junto com os legisladores e implementadores<sup>31,33</sup>.

Três aspectos são importantes desde os primeiros estágios<sup>33</sup>:

1. Capacidade de a instituição absorver a prática: preexistência de conhecimentos e habilidades que facilitem a incorporação do novo conhecimento, assim como mecanismos de trocas de experiência entre os sujeitos.
2. Disponibilidade para mudança: instituições propensas a incorporar as mudanças da inovação.
3. Receptividade do contexto: a cultura (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 exploração: existência de lideranças institucionais favoráveis ao novo conhecimento, habilidades e práticas de planejamentos e experiências anteriores com prevenção ao uso de álcool e outras drogas. 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 e às redes sociais das quais fazem parte, e na percepção da necessidade de mudança<sup>40,43</sup>.

## A adoção/preparação

A adoção é, muitas vezes, percebida como etapa única, enquanto, no contexto real, as organizações podem experimentar uma inovação de maneira intermitente, sem isso significar que a prática seja incorporada aos sistemas e às políticas<sup>31</sup>. Ajustes contínuos visam manter ou aprimorar a aceitabilidade, a adesão e a efetividade do programa<sup>18,29</sup>.

As modificações visando à sensibilidade cultural podem ser classificadas em duas categorias: estruturais superficiais e estruturais profundas<sup>40</sup>. As primeiras visam aumentar a aceitação, a receptividade e o engajamento dos participantes<sup>29</sup>; e incluem

traduções, adequação de elementos, identidade visual, edição de imagens, entre outros, de acordo com os costumes, sem modificar a mensagem e os componentes centrais do programa original<sup>21</sup>.

Já as adaptações da dimensão estrutural profunda contemplam os fatores culturais, sociais, históricos, ambientais e psicológicos que influenciam os comportamentos da população-foco. Referem-se aos valores ou significados e levam à revisão ou à modificação dos componentes centrais da intervenção<sup>27</sup>. A modificação desses deve ser guiada pela inclusão de fatores de risco e proteção específicos da população<sup>21</sup>.

Sandoval et al.<sup>18</sup> resumiram vários 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. Na segunda etapa, de revisão da intervenção original, faz-se necessária a tradução de materiais do programa, com mínimos ajustes 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, com acompanhamento próximo aos implementadores e participantes para registrar as experiências e coletar devolutivas da relevância do programa, satisfação e viabilidade. A quarta etapa visa ao refinamento da versão adaptada e aferição da sua eficácia e efetividade. A última etapa 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<sup>18</sup>.

Não há sustentabilidade sem que os implementadores e as comunidades participantes transformem a si mesmos e aos padrões interacionais ao longo da implantação. Na adoção, deve-se incluir os sujeitos na tomada de decisão em relação a qual inovação adotar, onde e com quem; identificar limites e potencialidades da realidade; e formalizar contratos individuais, coletivos e organizacionais<sup>44</sup>.

Os marcos legislativos são importantes na sustentabilidade, mas, quando há uma aposta na indução de práticas inovadoras apenas por meio desses, corre-se o risco de falácia das inovações devido à não indução de mudanças institucionais e à incapacidade de produzir modos inovadores de se operacionalizar<sup>32,33,43,45</sup>.

A intersetorialidade potencializa a rede de suporte para a inovação e pode ser fator determinante na sustentabilidade do projeto. As parcerias devem levar a metas conjuntas e aumentar a probabilidade de a adoção passar a beneficiar tanto a comunidade quanto a diferentes organizações<sup>46,47</sup>.

## A implementação

As inovações são novas ações em serviços já existentes e, portanto, alinhados com práticas que podem ser contraditórias. Por isso, são necessárias garantias de condições para sustentabilidade, como a carga horária dos profissionais, acesso a materiais, entre outras<sup>45</sup>.

É nessa fase que se inicia o desenvolvimento da capacidade de conhecer e aplicar os novos conhecimentos por implementadores e a duração será determinada pelo tempo de aprendizagem dos inovadores<sup>31</sup>.

É possível usar estratégias como suporte financeiro inicial, mas a longo prazo será insustentável, especialmente quando a inovação atingir novas escalas. A prática deve ser incorporada como rotina das organizações, e não como atividades extras<sup>33</sup>.

Os desafios da implementação incluem a desarticulação entre os setores, ausências de informação, informações equivocadas e crenças que podem ser incompatíveis com os pressupostos da inovação<sup>33</sup>. 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 insuficiência de recursos humanos<sup>46</sup>.

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 colaborativas<sup>31</sup>.

Na consolidação de políticas, a transmissão de saberes; e a operacionalização e o monitoramento de processos precisam ser alinhadas. Além disso, quanto mais houver mecanismos que sejam capazes de disseminar as diretrizes intra e entre organizações, maiores as chances de ordenação da inovação<sup>42</sup>.

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 de pré-inovação que seja capaz de adequar aspectos organizacionais<sup>33</sup>.

O mapeamento das habilidades dos atores e da estrutura 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 em contextos adversos. Por isso, será necessária a organização de sistemas para a sua viabilização: uma prática inovadora necessitará de um sistema inovado<sup>48</sup>.

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 disponíveis<sup>9</sup>.

## A sustentabilidade

A sustentabilidade é definida pela continuidade da implementação da inovação pelos serviços e organizações<sup>49</sup>.

As lideranças nas organizações são essenciais na sustentação da ação, pois exercitam a frente de contágio da inovação. São disseminadoras de iniciativas que influenciarão na garantia dos aportes orçamentários, materiais e humanos<sup>50,51</sup>.

É importante identificar as políticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas locais e federais, em especial aquelas relacionadas ao repasse de recursos financeiros, além das organizações do setor privado que recebem recursos públicos e desenvolvem ações na comunidade<sup>33</sup>.

Nessa fase devem-se analisar as evidências de processo e de impacto obtidas por monitoramento e em colaboração com pesquisadores. As parcerias com as redes de pesquisa fornecem caminhos para continuidade da inovação, com propostas de

resolução de problemas, mecanismos para aquisição de fundos para a sustentabilidade e suporte técnico contínuo<sup>52</sup>.

Quanto maior a capacidade dos serviços de envolverem os gestores e trabalhadores, maiores as chances de continuidade. Isso requer comunicação positiva dos processos e resultados e compartilhamento dos princípios da inovação<sup>31</sup>. É importante destacar que, sem o monitoramento, a sustentabilidade fica comprometida. Novas habilidades não devem ser avaliadas por velhos arranjos<sup>31</sup>. O monitoramento é importante, pois levanta dados que justificam recursos financeiros; mapeia pontos críticos da implementação e incompatibilidades entre a inovação e os contextos; identifica distorções teórico-metodológicas; e qualifica a oferta de capacitações.

O monitoramento deve mapear as necessidades e adaptações ao contexto em uma perspectiva formativa e não punitiva<sup>19</sup>. Ferramentas como *checklist*, formulários-*web*, observações em campo e entrevistas são exemplos de modos de monitorar e avaliar processos, tornando-se mais potentes quando utilizadas em parcerias com as redes de pesquisa<sup>33</sup>.

Conclui-se, portanto, que 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 dos problemas<sup>19,29</sup>. Ao mesmo tempo, as adaptações, mesmo que promovam aceitabilidade e adesão, podem comprometer a efetividade do programa se realizadas sem o embasamento em evidências<sup>14</sup>.

A inovação em contextos diversificados e social e culturalmente vulneráveis, como o Brasil, revela desafios ainda mais complexos. O que está em jogo nesta difusão são as necessárias adaptações adequadas ao contexto e ao processo que, quando ausentes, acabam por não incidir nas vulnerabilidades sociais e institucionais, o que irá imediatamente descaracterizá-la enquanto inovação.

Freitas<sup>53</sup> 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 a implementarão; assim, não se deve partir de pressuposto de que o implementador já tem as habilidades necessárias, pois acaba-se atuando na lógica da “má fé”. É desejável que os profissionais implementadores façam adequações para atender às necessidades locais e aumentar a relevância do programa e a adesão e identificação da comunidade com a inovação<sup>31,54,55</sup>.

Enquanto política pública que se realiza em sistema, a prevenção precisa ser organizada intersetorialmente. 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 ao uso de álcool e outras drogas.

Mesmo quando as práticas inovadoras baseadas em evidências na prevenção ao uso de álcool e outras drogas venham a ser difundidas por meio de uma política pública, existem riscos de adaptações inadequadas *in loco* por parte dos profissionais e, por isso, deve-se considerar que os resultados são maximizados não somente por programas baseados em evidências, mas também quando associados às implementações qualificadas<sup>14,34,56</sup>.

Considerando a necessidade de difusão de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas por meio de políticas públicas intersetoriais, consistentes e eficazes, a presente revisão narrativa aponta as seguintes recomendações:

Usar evidências (obtidas tanto de estudos em parcerias com redes de pesquisa quanto do monitoramento da implementação) na escolha das práticas eficazes e na difusão de ações para qualificação do processo.

Considerar a adaptação cultural como um processo essencial e contínuo na difusão de políticas públicas de prevenção, tendo em vista a diversidade e a vulnerabilidade social no Brasil.

Identificar elementos centrais e teorias de mudança dos programas e intervenções preventivos e sua sistematização para orientar os profissionais em relação a adaptações seguras.

Sensibilizar e capacitar gestores e profissionais para incentivar a adoção de práticas baseadas em evidências, na fase exploratória. Mudanças organizacionais e na legislação regulamentando o trabalho dos serviços públicos são importantes nesta etapa.

Incluir sujeitos na tomada de decisão e na adaptação cultural e criar redes intersetoriais na fase de adoção de práticas baseadas em evidências.

Promover intersetorialidade e descentralização na fase de implementação.

Criar condições para implementação nos contextos de vulnerabilidade, por meio de incentivos, incorporação das práticas nas rotinas, capacitação contínua e monitoramento visando à qualificação dos implementadores.

Vincular as práticas baseadas em evidências às políticas públicas existentes e fazer uso de evidências de monitoramento e das avaliações de impacto na fase de sustentabilidade.

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 social<sup>57</sup>, propiciando a construção de projetos de futuro que se tornem, enfim, histórias reais – de pessoas, de um país, de uma humanidade.

## Contribuições dos autores

Raquel Turci Pedroso contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito. Michaela Batalha Juhásová contribuiu com o delineamento do trabalho, participação na discussão dos resultados, redação do manuscrito e aprovação de sua versão final. Edgar Merchan Hamann contribuiu com o delineamento do trabalho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos à Universidade de Brasília, ao Ministério da Saúde, à Fundação Oswaldo Cruz e ao Dr. Roberto Kinoshita Tykanori.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
2. Bucher R. A ética da prevenção. *Psicol Teor Pesqui*. 2012; 8(3):385-98.
3. 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, DF: Ministério da Saúde; 2015.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?* Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2013.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. *International standards on drug use prevention* [Internet]. Vienna: United Nations; 2015 [citado 28 Jan 2019]. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC\\_2013\\_2015\\_international\\_standards\\_on\\_drug\\_use\\_prevention\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf)
6. Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(1):115-29.
7. Valerio ALR, Pedroso RT, Garcia LSL. Prevenção do uso prejudicial de drogas. In: Fernandez OFLR, Andrade MM, Nery-Filho A, organizadores. *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: Edufba, Brasília: Abramd; 2015. p. 111-23.
8. Jann W, Wegrich K. Theories of policy cycle. In: Fischer F, Miller GJ, Sidney MS, editors. *Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods*. New York: CRC Press; 2007. p. 43-62.
9. Tibbits MK, Bumbarger BK, Kyler SJ, Perkins DF. Sustaining evidence-based interventions under real-world conditions: results from a large-scale diffusion project. *Prev Sci*. 2010; 11(3):252-62.
10. 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. *Adm Policy Ment Health*. 2009; 36(1):24-34.
11. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008; 41(3-4):327-50.
12. McLennan JD, MacMillan HL, Jamieson E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. *CMAJ*. 2004; 171(9):1069-71.



13. United Nations Office on Drugs and Crime. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention [Internet]. New York: United Nations; 2009 [citado 29 Jan 2019]. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
14. Murta SG. Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. In: Del Prette A, Del Prette ZAP, organizadores. *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p. 83-114.
15. Buchele F, Coelho E, Lindner S. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):267-73.
16. Perez-Gomez A, Mejia-Trujillo J, Mejia A. How useful are randomized controlled trials in a rapidly changing world? *Glob Ment Health (Camb)*. 2016; 3:e6.
17. Oliveira SA. *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área [dissertação]*. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
18. 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. p. 249-62.
19. Castro FG, Barrera Jr M, Holleran-Steiker LK. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:213-39.
20. Falicov CJ. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Fam Process*. 2009; 48(2):292-309.
21. Resnicow K, Soler R, Braithwaite RL, Ahluwalia JS, Butler J. Cultural sensitivity in substance use prevention. *J Community Psychol*. 2000; 28(3):271-90.
22. Burkhart G. Environmental drug prevention in the EU: why is it so unpopular? *Adicciones*. 2011; 23(2):87-100.
23. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):v-vi.
24. Vosgerau DS, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev Dialogo Educ*. 2014; (14)41:165-89.
25. 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. *Transl Behav Med*. 2016; 6(1):5-16.
26. Domitrovich CE, Bradshaw CP, Poduska JM, Hoagwood K, Buckley JA, Olin S, et al. Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: a conceptual framework. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2008; 1(3):6-28.
27. Burlew AK, Copeland VC, Ahuama-Jonas C, Calsyn DA. Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Soc Work Public Health*. 2013; 28:440-60.
28. Rodríguez MM, Baumann AA, Schwartz AL. Cultural adaptation of an evidence based intervention: from theory to practice in a Latino/a community context. *Am J Community Psychol*. 2011; 47(1-2):170-86.
29. Kumpfer KL, Pinyuchon M, Teixeira de Melo A, Whiteside HO. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Eval Health Prof*. 2008; 31(2):226-39.



30. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech-Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pract.* 2009; 40(4):361-8.
31. Rogers EM. *Diffusion of innovations.* 5a ed. New York: Free Press; 2003.
32. 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. *Implement Sci.* 2014; 9:183.
33. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health.* 2011; 38(1):4-23.
34. Ozer EJ, Wanis MG, Bazell N. Diffusion of school-based prevention programs in two urban districts: adaptations, rationales, and suggestions for change. *Prev Sci.* 2010; 11(1):42-55.
35. Rohrbach LA, Gunning M, Sun P, Sussman S. The project towards no drug abuse (TND) dissemination trial: implementation fidelity and immediate outcomes. *Prev Sci.* 2010; 11(1):77-88.
36. 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 Child Res Q.* 2010; 25(3):299-313.
37. 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 Child Res Q.* 2010; 25(3):314-28.
38. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prev Sci.* 2011; 12(1):23-33.
39. 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. *Addict Behav.* 2015; 51:158-64.
40. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004; 82(4):581-629.
41. 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.* 2014; 11(10):e1001740.
42. 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. *Adm Policy Ment Health.* 2008; 35(1-2):98-113.
43. Aarons GA. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(8):1162-9.
44. Cairney P. Evidence-based best practice is more political than it looks: a case study of the 'Scottish Approach'. *Evid Policy.* 2017; 13(3):499-515.
45. Aarons GA, Wells RS, Zagursky K, Fettes DL, Palinkas LA. Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: a multiple stakeholder analysis. *Am J Public Health.* 2009; 99(11):2087-95.



46. Pedroso RT, Abreu S, Kinoshita RT. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Textura Rev Educ Letras*. 2015; 17(33):9-24.
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Selected issue: vulnerable groups of young people. Luxemburgo: European Union; 2008.
48. Ritter A, McDonald D. Illicit drug policy: scoping the interventions and taxonomies. *Drugs Educ Prev Policy*. 2008; 15(1):15-35.
49. 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. *Implement Sci*. 2009; 4(1):50.
50. 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. *Adm Policy Ment Health*. 2006; 33(4):433-48.
51. Horton R. Offline: the third revolution in global health. *Lancet*. 2014; 383(9929):1620.
52. 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. *Prev Sci*. 2011; 12(3):223-34.
53. Freitas L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. In: Souza J. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG; 2009. p. 281-304.
54. 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. *Am J Community Psychol*. 2005; 35(3-4):127-42.
55. Botvin GJ. Advancing prevention science and practice: challenges, critical issues, and future direction. *Prev Sci*. 2004; 5(1):69-72.
56. Dusenbury L, Brannigan R, Hansen WB, Walsh J, Falco M. Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Educ Res*. 2004; 20(3):308-13.
57. Souza J. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas; 2016.

---

The evidence-based public policies need to address the social vulnerabilities in order to overcome the inequities. This narrative literature review analyzes the challenges of adaptation in the dissemination of the evidence-based alcohol and drugs prevention practices within the context of the Brazilian public policies. The critique of existing models is based on the theories of “Diffusion of Innovations” (Rogers) and “Implementation of the evidence-based practices” (Aarons et al). We concluded that the implantation of an evidence-based preventive action, if culturally not relevant, risks not impacting on the vulnerabilities. The adaptations may promote higher levels of acceptance and adhesion. In spite of that, if those adaptations are performed without the evidence base, they may reduce the effectiveness, as well as de-characterize the innovation, ending up in the reproduction of the inequities it aimed to reduce.

**Keywords:** Prevention of alcohol and other drugs use. Public policies. Evidence-based science.



Las políticas públicas basadas en evidencias necesitan responder a las vulnerabilidades sociales en la superación de las iniquidades. La presente revisión de la literatura, del tipo narrativa, analiza los desafíos de adaptación en la difusión de prácticas de prevención al uso del alcohol y otras drogas basadas en evidencias en Brasil. Las teorías de “Difusión de innovaciones” (Rogers) y de “Implementación de práctica basada en evidencia” (Aarons et al.) sirvieron de base a la crítica a los modelos existentes. Se concluye que la implantación de una acción preventiva con base en evidencias, pero que no es culturalmente relevante, corre el riesgo de no incidir en las vulnerabilidades. Al mismo tiempo, las adaptaciones, aunque promueven altos niveles de aceptabilidad, pueden comprometer la efectividad del programa caso se realicen sin base en evidencias y pueden desvirtuar la innovación pasando a servir en la reproducción de iniquidades que la innovación se compromete a cambiar

**Palabras clave:** Prevención del uso de alcohol y otras drogas. Políticas públicas. Ciencia basada en evidencia.

Submetido em 03/10/2017.  
Aprovado em 25/01/2019.