

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Prevenção ao uso de DROGAS

Implantação e avaliação de
programas no Brasil



Brasília – DF
2018



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 2.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção a Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Esplanada dos Ministérios, bloco G Edifício Anexo, 4º andar, ala B
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-9144 / 3315-9143
Site: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental>
E-mail: saudemental@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva
Rua Botucatu, 740, 4º andar
CEP: 04023-062 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 5576-4848
Site: www.unifesp.br

Coordenação:

Zila van der Meer Sanchez

Organização e revisão:

Zila van der Meer Sanchez
Daniela Ribeiro Schneider
Raquel Turci Pedroso

Elaboração de texto:

Adriana Sañudo
Aline Garcia Aveiro
Aline Godoy Vieira
Ana Paula Dias Pereira
Andréa Leite Ribeiro Valério
Camila de Aquino Moraes
Clarice Sandi Madruga
Clarisse Moreira Aló
Daniela Ribeiro Schneider
Darlene Cardoso Ferreira
Erickson Kaszubowski
Fabiola Langaro

Flora Moura Lorenzo
Joamara Mota Borges
Júlia Dell Sol Passos Gusmões
Juliana Seidl
Juliana Yurgel Valente
Larissa Ferraz Reis
Lorena Alves de Souza Araújo
Mariana Russo Voydeville Damasceno
Marina Pedralho
Michaela Batalha Juhasova
Milene Strelow
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Quirino Cordeiro
Raquel Turci Pedroso
Regina Rocha Reynaldo Tibúrcio
Tauane Paula Gehm
Viviane Paula Santos Rocha
Wanderson Flor do Nascimento
Zila van der Meer Sanchez

Apoio financeiro:

Ministério da Saúde (TED 89-2014)

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva e Delano de Aquino Silva
Revisão: Tamires Alcântara e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Prevenção ao uso de drogas : implantação e avaliação de programas no Brasil / Ministério da Saúde ; Universidade Federal de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
278 p. : il.

ISBN 978-85-334-2623-8

1. Prevenção. 2. Promoção em Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. 4. Programas Nacionais de Saúde. I. Universidade Federal de São Paulo. II. Título.

CDU 614.39:613.83

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0317

Título para indexação:

Drug use prevention: implementation and evaluation of programs in Brazil

SUMÁRIO

	PREFÁCIO -----	5
1	A PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS -----	13
2	PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS DROGAS -----	49
3	POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E OS ASPECTOS ÉTICOS NO CAMPO DA PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS ---	69
4	AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA UNPLUGGED PARA PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NO BRASIL --	87
5	EFETIVIDADE DO PROGRAMA #TAMOJUNTO NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS POR ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS -----	107
6	EFETIVIDADE DO PROGRAMA #TAMOJUNTO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS -----	135
7	DO GOOD BEHAVIOR GAME AO PROGRAMA ELOS: A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO INFANTIL --	151

- 8** A INSERÇÃO ESCOLAR DO PROGRAMA ELOS: AVALIAÇÃO DO
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NA REALIDADE BRASILEIRA --181
- 9** DE SFP A PFF: ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS PARA FAMÍLIAS
BRASILEIRAS NO CONTEXTO DA SAÚDE E DO SERVIÇO SOCIAL ---203
- 10** PROGRAMAS DE PREVENÇÃO IMPLANTADOS PELO
MINISTÉRIO DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES QUANTO AO
POTENCIAL DE EXPANSÃO-----223

PREFÁCIO

A presente publicação reúne um conjunto de capítulos que descrevem em detalhes os percursos da adaptação cultural e os resultados da avaliação de três programas de prevenção sugeridos pelo Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e adaptados pelo Ministério da Saúde: #Tamojunto, Elos – Construindo Coletivos e Famílias Fortes. A implantação piloto destes programas em diferentes cidades do País exemplifica uma experiência brasileira ímpar na formulação de políticas públicas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas escolas e nas comunidades integrada à produção de conhecimento científico. Os autores dos capítulos são profissionais envolvidos nos processos anteriormente descritos, incluindo tanto integrantes da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, responsáveis pela adaptação cultural e implementação dos programas nos territórios, quanto pesquisadores de duas universidades federais, representando a equipe das pesquisas avaliativas: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O abuso de álcool e outras de drogas é uma das grandes questões da saúde pública na atualidade e a preocupação mundial com os prejuízos relacionados ao uso de drogas na adolescência é visivelmente crescente (HALL et al., 2016; DEGENHARDT et al., 2016). Entre os adolescentes, o consumo de álcool e de outras drogas está classificado entre os principais responsáveis pelos anos de vida perdidos por incapacidade e morte precoce, de acordo com a classificação por DALYs (Disability Adjusted Life Years) (GORE et al., 2011). Em comparação com os outros países mais populosos, o Brasil apresenta a segunda maior taxa de complicações decorrentes do consumo de álcool (REHM et al., 2009).

Na adolescência, o sistema nervoso central ainda está em processo de amadurecimento, o que torna esta fase a de maior risco para os efeitos do consumo de álcool e outras drogas (BREYER; WINTERS, 2015; BAVA; TAPERT, 2010), podendo ocasionar uma série de prejuízos (WHITE; SWARTZWELDER, 2004), tais como déficits cognitivos (MEIER et al., 2012; ANDREWS et al., 2008) prejuízos no ajustamento social e profissional (FERGUSON; BODEN, 2008), aumento da vulnerabilidade para desenvolvimento de doenças psiquiátricas (AMES; JAMES; THWAITES, 2013; WITTCHEN et al., 2007), além de maior predisposição para realizar uso abusivo ou mesmo desenvolver dependência no futuro (LOPES, 2013; BONOMO, 2004; BEHRENDT, 2012). Neste sentido, esta fase da vida tem sido apontada como uma das mais importantes para a oferta de programas de prevenção, visando reduzir o impacto deste consumo nas diferentes populações do globo (UNODC, 2015).

No Brasil, de acordo com o último levantamento epidemiológico realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI et al., 2010), entre estudantes brasileiros de ensino fundamental II e médio, 42,4% e 9,6% deles relataram já terem feito uso de álcool e tabaco, respectivamente. Em relação ao consumo de drogas ilícitas, 25,5% dos estudantes referiram terem experimentado pelo menos uma vez na vida substâncias como maconha, cocaína, alucinógenos, anfetaminas e inalantes. Esse mesmo estudo evidenciou que as primeiras drogas consumidas são as drogas lícitas (álcool e tabaco), sendo que a idade média de início do consumo de álcool entre adolescentes é de 13 anos e a de tabaco é de 13,3 anos. Dados mais recentes, provenientes da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo Ministério da Saúde (IBGE, 2016), mostraram que o consumo de cigarro nos últimos 30 dias foi de 18,4%, entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental. Em relação à experimentação de álcool, medido pelo uso na vida, 55,5% destes estudantes responderam positivamente e 23,8%, relataram ter bebido nos últimos 30 dias. Além disso, 21,4% dos escolares informaram já terem sofrido algum episódio de embriaguez na vida.

A alta prevalência do consumo de drogas na adolescência bem como a idade precoce de início deste comportamento evidencia a necessidade de investimentos em intervenções preventivas eficazes oferecidas para este grupo etário (NIDA, 2003; SLOBODA; BUKOSKI, 2006). Neste contexto, programas de prevenção têm sido implementados mundialmente com a intenção de reduzir ou retardar o início do consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes, visando diminuir o impacto mundial do abuso destas substâncias nos diversos setores econômicos e sociais (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011). O

Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC, 2015) destaca a prevenção como uma das chaves para o controle internacional do uso de drogas e tem atuado mundialmente amparando os governos e as instituições no processo de qualificação de suas ações de prevenção. Da mesma forma, os dados econômicos mostram que é eficiente investir na prevenção do uso de drogas, uma vez que os valores investidos retornam para a sociedade na forma de redução dos agravos à saúde e do custo social relacionado, tais como, por exemplo, os menores custos ao sistema de saúde e a diminuição dos custos referentes à previdência social, entre outros (CAMPOS; FIGLIE, 2010). Uma pesquisa americana de eficiência demonstrou que para cada 1 dólar investido em prevenção, 10 dólares são poupados em tratamento no futuro, evidenciando que investir em prevenção é uma ação custo-efetiva (NIDA, 2003).

No entanto, nem sempre os programas de prevenção demonstram resultados como os esperados, podendo, inclusive, apresentar efeitos iatrogênicos, ou seja, aumentando a probabilidade de consumo de álcool e outras drogas, quando na realidade o objetivo era o inverso (WERCH; OWEN, 2002). Esta situação traz a necessidade de realizar o monitoramento da implementação e a avaliação da eficácia ou da efetividade dos programas preventivos (SLOBODA; PETRAS, 2014).

É importante destacar que o fenômeno do uso e abuso de drogas é complexo e influenciado por um conjunto de fatores de risco e proteção em diversos domínios, que se interligam de forma recursiva, englobando desde aspectos macroestruturais, como questões socioeconômicas e culturais, passando por problemáticas históricas como as desigualdades raciais e das condições de classe social; chegando a aspectos territoriais, como os contextos comunitários e a relação com o comércio e tráfico de drogas local; até a dimensão microsocial, ao abarcar o contexto familiar e a história de vida dos sujeitos, incluindo aí efeitos biológicos decorrentes de questões genéticas (NIDA, 2003).

A implementação de programas preventivos é impactada por fatores atrelados à realidade da rede pública de ensino brasileira, que enfrenta grandes dificuldades infra-estruturais, que se desdobram na sobrecarga de trabalho dos professores e na dificuldade de manter a qualidade de ensino, o que se evidencia por meio de diversos indicadores educacionais internacionais (OLIVEIRA; ARAUJO, 2005). Da mesma forma, a rede de serviços vinculados ao Sistema Único de Assistência Social também traz desafios semelhantes. Estes aspectos tornam difícil garantir a replicação de resultados internacionais em contextos e condições diversas daquelas nas quais o programa foi previamente testado. Além

das diferenças culturais é importante ressaltar os desafios envolvidos na tarefa de transpor programas preventivos para o formato de políticas públicas, ainda mais em um país com dimensões continentais e com tantas diversidades regionais, sendo que nem sempre é possível garantir a fidelidade necessária quando a disseminação se dá em larga escala. Assim, há necessidade de avaliações do processo de implantação e resultados dos programas, a fim de monitorar e buscar evitar um investimento governamental em programas ineficientes (GEWIN; HOFFMAN, 2016).

Para dar conta da complexidade do fenômeno, os métodos avaliativos devem contar com diferentes recursos, por meio do uso de métodos mistos de pesquisa (qualitativos e quantitativos) que permitam compreender desde o processo de implantação, com ênfase em fidelidade, aceitabilidade e viabilidade dos programas, até a efetividade dos resultados nos desfechos para os quais foram desenhados (WHOLEY; HATRY; NEWCOMER, 2010).

As políticas públicas para drogas no Brasil não tinham histórico de implementação de programas de prevenção baseados em evidências (PEREIRA; PAES; SANCHEZ, 2016). No ano de 2013, em processo inédito de estruturação de um sistema de prevenção ao uso de drogas, iniciou-se, no âmbito da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, a implementação e a avaliação de programas de prevenção em escolas e comunidades. Os programas adaptados e implementados no contexto brasileiro foram: Unplugged, chamado #Tamojunto no Brasil, para adolescentes de 12 a 14 anos em escolas do ensino fundamental II; Good Behavior Game (Elos, no Brasil), para crianças entre 6 e 10 anos nas escolas de ensino fundamental I; e o Strengthening Families Program (Famílias Fortes, no Brasil), com foco nas famílias atendidas no sistema público de assistência social.

A presente obra relata esta importante iniciativa, tanto do ponto de vista dos processos de adaptação cultural e implementação enquanto política pública, quanto da avaliação dos programas, visando trazer experiências que auxiliem no fortalecimento da ciência da prevenção em nosso país e estimule o debate relativo à necessidade de buscar programas eficazes e culturalmente adequados ao cenário brasileiro. Desta forma, ao reportar uma experiência nacional liderada pelo Ministério da Saúde, o presente material serve de apoio para a estruturação de uma futura política pública baseada em evidências científicas e associada à integração intersetorial, ao articular Saúde, Educação, Assistência

Social e demais setores que possam vir a compor os esforços de fortalecimento das redes de proteção e de promoção à saúde de crianças, adolescentes e jovens nos territórios.

Referências

ANDREWS, J. A. et al. The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use during adolescence. **Psychol. Addict. Behav.**, v. 22, n. 1, p. 96-106, 2008.

BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. **Neuropsychol. Rev.**, v. 20, n. 4, p. 398-413, 2010.

BEHRENDT, S. et al. The relevance of age at first alcohol and nicotine use for initiation of cannabis use and progression to cannabis use disorders. **Drug Alcohol Depend.**, v. 123, n. 1-3, p. 48-56, 2012.

BONOMO, Y. A. et al. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. **Addiction**, v. 99, n. 12, p. 1520-1528, Dec. 2004.

BREYER, J.; WINTERS, K. **Adolescent Brain Development: Implications For Drug Use Prevention [Internet]**. Center for Substance Abuse Research. Department of Psychiatry, University of Minnesota. 2015. p. 8. Disponível em: <www.mentorfoundation.org>. Acesso em: 1 jan. 2017.

CAMPOS, G.; FIGLIE, N. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.; LARANJEIRA, R. (Ed.). **Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 528.

CARLINI, E. L. de A. et al. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

DEGENHARDT, L. et al. The increasing global health priority of substance use in young people. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 251-264, Mar. 2016.

FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction**, v. 103, n. 6, p. 969-976, 2008.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 9, n. 9, p. CD009308, 2011.

GEWIN, A. M.; HOFFMAN, B. Introducing the cultural variables in school-based substance abuse prevention. **Drugs Educ. Prev. Policy.**, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2 Jan. 2016.

GORE, F. M. et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. **Lancet**, v. 377, n. 9783, p. 2093-2102, Jun. 2011.

HALL, W. D et al. Why young people's substance use matters for global health. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 265-279, Mar. 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro; 2016. 132 p.

JAMES, A.; JAMES, C.; THWAITES, T. The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. **Psychiatry Res.**, v. 214, n. 3, p. 181-189, 2013.

LOPES, G. M. et al. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 35, p. S51-S61, 2013. Suppl. 1.

MEIER, M. H. et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. **Proc. Natl. Acad. Sci.**, v. 109, n. 40, p. E2657-E2664, 2 Oct. 2012.

NIDA. **Preventing Drug Use among Children and Adolescents**. 2. ed. 2003. NIH Publication No. 04-4212(A). p. 6–17. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2_1.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2017.

OLIVEIRA, R. P. de; ARAUJO, G. C. de. Qualidade do ensino: uma nova dimensão da luta pelo direito à educação. **Rev. Bras. Educ.**, v. 28, p. 5-24, 2005.

PEREIRA, A. P. D.; PAES, Â. T.; SANCHEZ, Z. M. Factors associated with the implementation of programs for drug abuse prevention in schools. **Rev. Saude Publica**, v. 50, p. 1-10, 2016.

REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2223-2233, Jun. 2009.

SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. **Handbook of Drug Abuse Prevention**. Springer US, 2006. 692 p.

_____; PETRAS, H. **Defining Prevention Science**. Springer US, 2014. 626 p.


UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **International Standards on Drug Use Prevention**. Viena: UNODC, 2015. p. 1-30. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2017.

WERCH, C. E.; OWEN, D. M. Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. **Stud Alcohol.**, v. 63, p. 581-590, 2002.


WHITE, A. M.; SWARTZWELDER, H. S. Hippocampal function during adolescence: A unique target of ethanol effects. In: ANNALS of the New York Academy of Sciences. 2004. p. 206-220.

WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. **Handbook of Practical Program Evaluation**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 752 p.

WITTCHEN, H-U. et al. Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. **Drug Alcohol Depend.**, v. 88, p. S60-S70, Apr. 2007. Suppl.1.



A PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Raquel Turci Pedroso
Michaela Batalha Juhasova

A prevenção aos problemas relacionados ao uso 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 de álcool e outras drogas 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. Esses 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).

Há no mundo, porém, 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 por meio de avaliação

de ações e programas. Essa ênfase convoca a novos modos de se produzir saberes, que influenciarão 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 as eficácias, a fim de tornar as ações replicáveis e suportadas por modelos de disseminação que mantenham a qualidade (FISHBEIN et al., 2016; DOMITROVICH et al., 2008).

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 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 das formulações de políticas (*policy-making*) requerem o reconhecimento de um problema como público, 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 construção coletiva diretamente ligada a percepções, crenças, interesses e valores dos atores envolvidos, e depende das pessoas afetadas pela questão e/ou dos comportamentos que precisam mudar para solucionar o problema (HILL, 2013).

As sociedades e os modos como estão organizadas em sistemas são complexas, na medida em que não interagem de maneira previsível e, por isso, faz-se necessária a compreensão das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho, dos determinantes contextuais e comportamentais e da representação social dos comportamentos problemáticos a serem prevenidos, como é o caso do uso de substâncias psicoativas (PENOLOPE et al., 2009). A agenda de políticas sobre drogas está posta nas diferentes sociedades e ocorrem diferenças entre os modos como países e estados organizam seus sistemas (programas, projetos e serviços). Analisar como essas políticas são colocadas em pauta ajuda a perceber, justamente, os paradigmas e os pressupostos que produzem e que são produzidos pelas culturas e sociedades sobre o uso de álcool e outras drogas.

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, isoladamente, atuar no campo decisional da formulação de políticas, mas podem atuar na mediação entre os diversos interesses pautados nos valores morais e culturais. O fazer político, que deve 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.

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, estas ainda são uma escolha de boa parte dos governantes (BUCHER, 1992; CANOLETTI; SOARES, 2005); e aqui a definição do uso de drogas “em si” como problema público é de natureza política, 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, por meio de eleições (KINGDON, 2003; JANNI; WEGRICH, 2007).

A ciência pode mapear caminhos para superar os desafios de transformação de crenças normativas 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, pouco contribuem com a consolidação de sistemas complexos de prevenção (TIBBITS et al., 2010; PROCTOR et al., 2009; DURLAK; DUPRE, 2008).

A prática baseada em evidência na interação com a formulação de políticas públicas está, portanto, imersa 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 pela mídia e por grupos de influência. 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 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.

É na perspectiva da transformação social, a partir do investimento de recursos em práticas efetivas, que se recomenda a disseminação de ações somente mediante a avaliação prévia em termos de eficácia e efetividade (KING; HAWES; WISE, 1998; MCLENNAN; MACMILLAN; JAMIESON, 2004). Para suprir as lacunas na sistematização e na produção de práticas com base nas evidências, podem ser utilizadas 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 probabilidade de se alcançar resultados de efetividade é maior na replicação de um programa previamente avaliado (seja ele local ou importado), do que na implementação 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 a avaliação de um programa novo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

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

O presente capítulo fará reflexão sobre a difusão de inovação e boas práticas em prevenção no contexto das políticas públicas sobre drogas, especialmente sobre os desafios da disseminação de programas de prevenção baseados em evidências.

A difusão da prevenção baseada em evidência 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. É preciso responder pela técnica, mas é preciso responder também, concomitantemente, a um conjunto de perguntas no campo das crenças normativas, manifestadas em comportamentos individuais e coletivos que, se não compreendidos, podem interferir na sustentabilidade das políticas – para que uma boa técnica se torne uma boa prática (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

As experiências da implementação de programas baseados em evidências em novos contextos culturais – como em diferentes países, tanto em grupos étnicos e subgrupos culturais – reforçam a necessidade de adaptação, visando aumentar a relevância cultural da intervenção selecionada (DOMENECH RODRIGUEZ; BAUMANN; SCHWARTZ, 2011; KUMPFER et al., 2002; SMITH; DOMENECH RODRÍGUEZ; BERNAL, 2011). 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.

Devido a essa tensão entre evidência e relevância cultural, 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 de tratamento dos problemas 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 validade social do programa, que se refere à aceitação e à 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.
- 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 os métodos de avaliação também precisam ser culturalmente adequados – para permitirem coleta de dados necessários, sem onerar o processo e desmotivar os implementadores.

O objetivo da adaptação cultural, transversal a todos os estágios de difusão de inovações, é tornar o programa compatível com os valores, os padrões e os significados culturais do seu novo público-alvo, considerando as suas especificidades em termos de língua, cultura e contexto (BERNAL; JIMÉNEZ-CHAFEY; DOMENECH RODRÍGUEZ, 2009).

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, complexificada 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 dos mecanismos de implementação com sustentabilidade.

A diversidade de contextos de vulnerabilidade e de valores morais e culturais impacta diretamente componentes essenciais das práticas, sendo que, sem uma adequação, pode-

rão comprometer desde a adoção até tentativas de disseminação e, por fim, a própria sustentabilidade (FALICOV, 2009; RENISCOW et al., 2000).

Rogers (2003) indica que a compreensão cuidadosa de como os implementadores da intervenção atualizam, modificam e criticam as ações previstas é informação estratégica 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 os 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 na mudança de atitudes em direção a uma nova ideia, e, portanto, influenciam a decisão de aprovar ou rejeitar a ideia nova. Considera-se que a maioria dos indivíduos percebe inovação não com base em pesquisas científicas, mas por meio 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 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 função essencial na formação

da massa crítica que incorporará a inovação e garantirá 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 a 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 as abordagens que tratam desse tema, em que algumas focam no impacto ou resultado da política, outras no conteúdo, outras ainda no regime ou no sistema político que as abarcam (HOWLETT; RAMESH, 1995; KNILL; TOSUN, 2011).

No contexto dos serviços públicos, aqueles com um foco comprometido com boas práticas, 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, entre outros desafios, que é pouco provável que eles estejam aptos às trocas e às 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 dependerá de um cuidadoso investimento nas habilidades, nas motivações e no 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; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013).

Na hora da replicação em novos contextos e/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 (KNOCHE et al., 2010; ODOM et al., 2010; DURLAK; DUPRE, 2008) verificaram que os professores frequentemente modificam ou encurtam

os currículos dos programas, decidem não realizar ou substituir algumas atividades, ou mudam a metodologia indicada. Essas adaptações podem ser relacionadas com as dificuldades de manejo de tempo e manejo de disciplina dentro da sala de aula, com fatores externos como greves, com adoecimento e sobrecarga dos profissionais, ou com as suas crenças normativas em desacordo com o paradigma preconizado pelo próprio programa de prevenção.

Para evitar que as adaptações realizadas pelos implementadores acabem infringindo a fidelidade do programa e prejudicando seus potenciais efeitos, recomenda-se que os formuladores de políticas e programas criem e sistematizem as orientações claras sobre os elementos centrais dos programas que não podem ser modificados, e sobre qual tipo de adaptações é adequada e possível (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, 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 necessária para que a adequação das técnicas e intervenções ao contexto não seja fundamentada somente nas crenças normativas, mas ampliada para a compreensão de teorias de mudança nas quais as técnicas e 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 aumento da capacidade dos profissionais de implementar, com fidelidade, 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 às 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 a preparação, mesmo em contextos desfavoráveis (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Além da capacitação e do 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 normativas. 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 lideranças à habilidade de leitura de contexto e de mediação das diferenças e de conflitos, que serão importantes na transposição das diversas fases da implementação de boas práticas.

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 influenciará 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 dela nas agendas de políticas públicas locais, por exemplo.

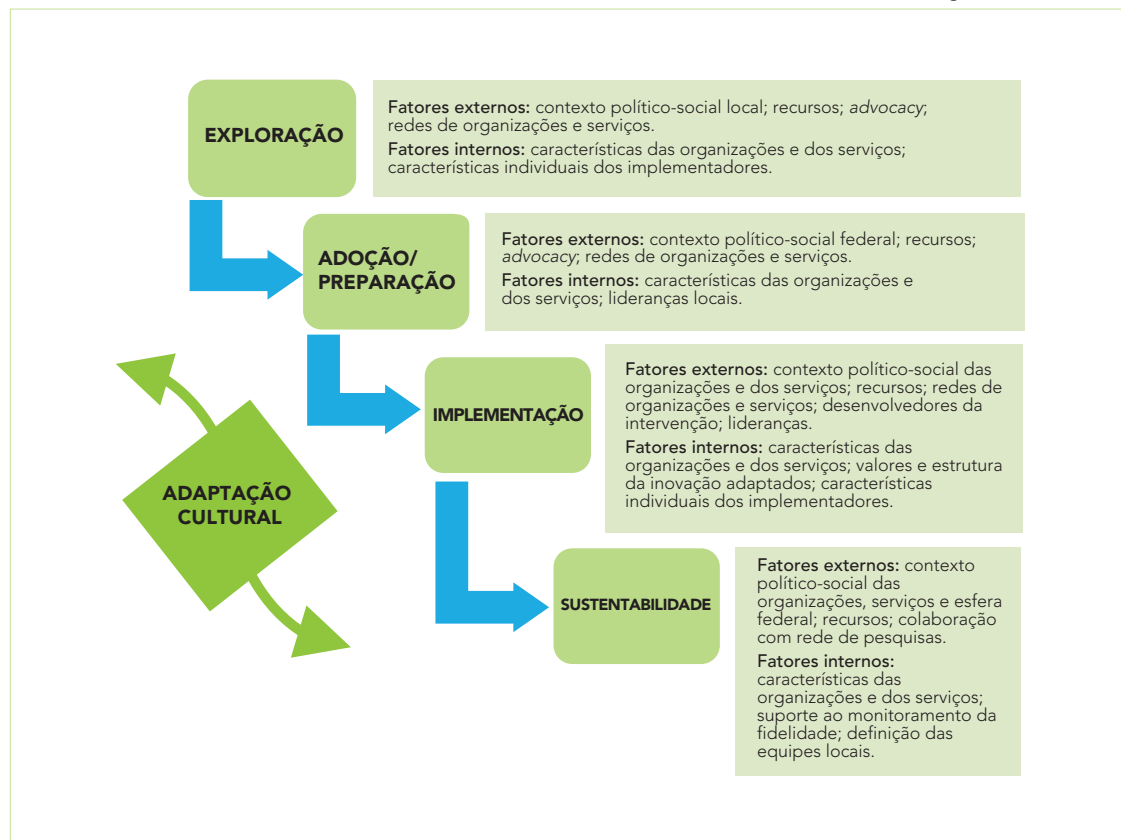
Por isso, o ritmo da implementação de boas práticas é, muitas vezes, o ritmo das transformações de crenças normativas (PERKINS, 1997; PISCHKE et al., 2015). Enquanto se implementa o programa, transforma-se o sistema de valores e crenças; enquanto se transforma a inovação, ao revelar seus bons resultados, fortalecem-se novas crenças e valores. O ponto da medida, nesses casos, é manter viva a inovação no tempo em que 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 dito anteriormente, imposta pela agenda institucional. Muitas vezes, essa agenda não vem acompanhada de legislação que suporta a estrutura da inovação nem de recursos que incentivem e sustentem ao longo do tempo a prática.

Rogers (2003) define etapas e elementos centrais na difusão da inovação e Aarons e sua equipe (2011) propõem 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 a seguir, o qual considera que Aarons e sua equipe (2011) partem da teoria de Rogers (2003) e ampliam com novos aprofundamentos que auxiliam na compreensão da difusão de práticas baseadas em evidências no contexto das políticas e dos 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 de ser considerados em diferentes etapas ou em mais de uma etapa.

FIGURA 1 – ELEMENTOS CENTRAIS NA DIFUSÃO DE INOVAÇÃO



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

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, 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 que 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 subfinanciamento 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 percepção anterior alinhada com princípios diferentes da evidência, por exemplo, preferência pelas 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 pelas instituições das boas práticas 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, envolvendo o modo de funcionamento das interações na instituição, para que as boas práticas sejam incorporadas, viabilizando um contexto possível para sua implementação (GREENHALGH et al., 2004; ROGERS, 2003; GLISSON et al., 2008).

O *advocacy* comunitário, compreendido como esforço das lideranças e dos 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, p. 6):

1. a capacidade da instituição 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.
2. a disponibilidade para mudança: instituições que partem de um bom conhecimento e habilidades estão mais propensas a incorporar as mudanças da inovação.
3. a receptividade do contexto: a cultura (as crenças normativas 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 microníveis, 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, nas redes sociais da qual fazem parte e na 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 pôr fim a um possível prejuízo a toda uma rede de parceria que deve ser estabelecida na implementação de sistemas de prevenção.

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

A fase de adoção de uma inovação é, muitas vezes, percebida e conceituada 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 locais (ROGERS, 2003). Sendo assim, ajustes e modificações no programa e na sua forma de implementação visam manter ou aprimorar a aceitabilidade, a adesão e a eficácia do programa no novo contexto (SANDOVAL; CORRÊA; ABREU, 2015; BARRERA; CASTRO, 2006; KUMPFER et al., 2002; REESE; VERA, 2007).

As modificações visando à 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 pelo Kreuter et al. (2003), são aquelas que visam adequar os materiais e o 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, as roupas, a comida, os locais e os lugares de acordo com os costumes e as preferências dos participantes, 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 (RESNICOW et al., 2010; KUMPFER et al., 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 refere-se aos elementos como valores ou significados e leva à revisão ou à modificação dos componentes centrais da intervenção, incorporando as forças culturais específicas do público-alvo (BURLEW et al., 2013). Essas adaptações exigem, muitas vezes, 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).

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

- 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 implementação. 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, na adaptação em termos de política pública, 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 a sustentabilidade das ações nos territórios, porém não se pode abrir mão da fidelidade e da qualidade da implementação, pois estas variáveis podem também influenciar na efetividade do programa.

As adaptações do conteúdo contemplam ajustes na linguagem, metáforas, atividades, métodos, objetivos e conceitos (CASTRO; BARRERA JUNIOR, MARTINEZ, 2004), e podem envolver tanto a retirada ou a modificação de conteúdos irrelevantes quanto a adição de novos temas não contemplados no programa original. As lacunas do conteúdo podem ser supridas pela incorporação de novos tópicos no currículo do programa ou por meio da criação de módulos ou componentes adicionais.

Recentemente, Sandoval, Corrêa e Abreu (2015) 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-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. Essa etapa também inclui a seleção daquele programa baseado em evidências que melhor atende 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. Nesse momento, é necessária 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 pelos desenvolvedores do programa. Nessa etapa, é importante desenvolver instrumentos e métodos que permitem registrar as adaptações e avaliar a satisfação, a aceitabilidade e a adesão dos participantes na próxima etapa, que é o próprio estudo-piloto.

Durante a implementação-piloto da versão traduzida do programa, 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. O estudo-piloto traz subsídios tanto para 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 ao 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. Essa fase do processo pode prever expansão para outras regiões do Brasil, para evitar viés cultural na manualização e contemplar quanto possível a diversidade cultural do País.

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/prática em si e expande-se para os modos de se operar nas organizações e nas comunidades, porque uma prática

baseada em evidência não pode ser implementada sem a mudança no sistema no qual ela será integrada, e é exatamente esta mudança que possibilitará 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, aos valores e às normas culturais que operam dentro das organizações, dos serviços e dos 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 na 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 por meio das comunicações positivas daqueles que implementam a nova prática, e, em especial, seus pares nas organizações e nos 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 deles de refletirem sobre a nova prática, ampliando seus referenciais teórico-metodológicos e suas capacidades de leitura do contexto. Aqui se coloca a participação como processo de educação permanente, a ser potencializada pela troca entre pares e pelo apoio no exercício de novas habilidades que resignificarão 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 à 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 afetará diretamente a implementação eficaz da prática.

Projeções de custos e benefícios podem ser tratados como atividades educativas que trazem 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 os serviços de diferentes setores, numa perspectiva da intersetorialidade, potencializa a capacidade de se criar uma rede de suporte técnico para a implementação da inovação, e pode ser fator determinante na sustentabilidade do projeto. As parcerias entre setores, que devem envolver o 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 MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTIO, 2008; BECOÑA IGLESIAS, 2002).

Incentivos que tragam vantagens orçamentárias ou ganhos secundários podem ser fator indutor para a adoção, mas, quando não são possíveis, a prática deve ser incorporada como atividade de rotina das organizações e dos 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 a sensibilização de uma liderança organizacional têm sido associadas a êxitos na adoção de boas práticas, já inclusive na mudança entre a fase de exploração para adoção (AARONS, 2006).

A implementação: a aprendizagem das boas práticas

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

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

É possível usar estratégias como suporte financeiro inicial por parte da organização ou da política que oferta a inovação, mas em 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 papel importante na disseminação do novo conhecimento e das informações necessárias para que se compreenda, de maneira ampliada, essa ação. Isso requer que as organizações/serviços tenham estrutura de suporte para a interação, troca de informação, caminhem

para objetivos comuns e compartilhados que induzam mudanças, incluindo as que fazem parte do arcabouço legal.

Redes intersetoriais articuladas em sistema de oferta de serviços são essenciais para a transformação de decisões. As redes facilitam o compartilhamento de informações, qualificam o suporte para implementação e sustentam a continuidade da implementação. A partir da cooperação entre os setores, tendo a gestão compartilhada como fundamento, sugere-se que se ultrapasse a fragmentação das ações em vista de 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 interpretações/crenças baseadas em diferentes percepções de mundo, especialmente quando são incompatíveis com os pressupostos da nova ação. Em relação a este último aspecto, no campo de prevenção, as percepções e as crenças sobre o uso de drogas variam de acordo com as crenças normativas 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).

Implementadores e trabalhadores das instituições exercem 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. Análise de conhecimentos prévios e das capacidades organizacionais de absorver a prática vai indicar as necessidades de capacitação e suporte ou as incompatibilidades intransponíveis durante o processo de implementação (AARONS, 2006; GREENHALGH et al., 2004).

As lideranças das organizações e dos 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 ele

poderá, assim, promover 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 houver mecanismos preestabelecidos 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 preestabelecidas, organizando, assim, uma missão e um propósito conjunto que induzirá 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 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 a sustentabilidade da inovação. Por isso, a implementação de boa prática não deve ser tratada como ação isolada, porque, para além de mobilizar sujeitos implementadores e suas organizações, ela requer mecanismos de políticas locais estabelecidos e irá, necessariamente, influenciá-los, 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 preexistente para suportar a inovação e a coesão organizacional. A ausência de estrutura e de um processo de trabalho caracterizado pela fragmentação indica a necessidade de uma agenda pré-inovação que seja capaz de adequar aspectos organizacionais para tornar possível a inovação (AARONS; HURLBURT; HORWITZ, 2011).

Adequar os contextos para tornar possível a inovação não quer dizer que é necessário se chegar a 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. A inovação em contextos vulneráveis revela desafios ainda mais complexos (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 a implementarão, sendo assim, não se deve partir de pressupostos que o implementador já tenha as habilidades necessárias e não instrumentalizá-lo 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 torna-se ponto essencial, na medida em que não se pode atuar como se todos tivessem os mesmos níveis de aprendizado e de estrutura organizacional, atuando assim na perspectiva da má fé institucional. 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. 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 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. Há também a possibilidade de os sujeitos e as 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).

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 resultado de eficácia (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 escassez de estudos na área, em especial no campo de prevenção ao uso de drogas (REESE; VERA, 2007).

As lideranças nas organizações e nos serviços, necessárias desde a fase de implementação, são consideradas cruciais na sustentação da ação, mas no caso não se tratam das lideranças dos organogramas institucionais, mas sim daquelas que exercitam, de fato, a frente de contágio da inovação na sua organização ou serviços e entre setores. São disseminadoras de iniciativas e pressupostos que devem, inclusive, influenciar na garantia dos aportes orçamentários, materiais e humanos necessários na sustentabilidade (GLISSON; GREEN, 2006).

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. Como já afirmado, espera-se que nas fases anteriores já tenham identificado as 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. É indicada a identificação de possíveis fundos 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 dedicação especial às evidências de processo e de impacto, que podem e devem ser medidas por sistemas de monitoramento implemen-

tados, 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 ainda 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 dos serviços de envolverem os diferentes gestores e trabalhadores nas inovações, maiores as chances de continuidade. Isso requer comunicação positiva dos processos e dos 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/responsáveis e entre equipes.

É importante destacar que, sem a continuidade do monitoramento da qualidade e da 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 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.
- Não oferta de capacitações para melhoria das habilidades dos implementadores.

Uma vez que uma prática baseada em evidência é implementada nas organizações e nos serviços, um conjunto de conhecimentos sobre as novas habilidades, assim como

o suporte ao desenvolvimento destas, deve ser ofertado aos trabalhadores e implementadores (DURLAK; DUPRE, 2008; DUSENBURY et al., 2010). Sendo assim, a boa ação atua sobre as normas e as crenças das instituições, pois, por ser inovadora, 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).

Esses novos arranjos de monitoramento e avaliação devem considerar o elemento de fidelidade. Embora haja uma tensão entre, de um lado, a não modificação das características da prática baseada em evidência em nome da fidelidade e, de outro, as mudanças espontâneas ou planejadas feitas pelo implementador em nome da relevância, as adaptações ao contexto acontecem e devem ser mapeadas numa perspectiva formativa, e não fiscalizadora/punitiva (CASTRO; BARRERA JUNIOR; HOLLERAN STEIKER, 2010), como vimos anteriormente. Ferramentas como *checklist* 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).

Ciência e Políticas Públicas na reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas

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, MARTINEZ, 2004; FALICOV, 2009). Isso significa que 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). Reciprocamente, 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).

Dada a diversidade cultural, religiosa, geográfica e socioeconômica do Brasil, é esperado e desejável que os profissionais implementadores façam adequações para atender às necessidades locais (GREENBERG, 2004; PENTZ, 2004; ROGERS, 2003; ROTHERAM-BORUS; DUAN, 2003; SANDLER et al., 2005), considerando que estas adequações possam contribuir para maior relevância do programa, adesão local e aumento da identificação dos profissionais e dos participantes com o programa (BOTVIN, 2004; DUSENBURY et al., 2003).

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 biomédico, centrado na doença, para um modelo pautado nos determinantes sociais em saúde (WHITEHEAD, 2000; ALMEIDA FILHO et al., 2003). No campo da Educação, configura-se 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 (MATURANA, 1998; MATURANA; VARELA, 1997; MORIN, 1998; MORIN; EMILIO-ROGER; MOTTA, 2003).

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).

No diálogo entre Ciência e Política, as agendas de pesquisas devem apoiar as tomadas de decisão em cada etapa da implementação de ações preventivas no contexto de políticas públicas, ao fornecer (PROCTOR et al., 2009, p. 29):

- Dados sobre estratégias de intervenção: Levantamento e/ou certificação de estratégias com resultados (práticas baseadas em evidências);
- Dados sobre mecanismos de implementação: desenvolvimento dos sistemas, organizações, grupos e seus aprendizados no campo,

supervisão da implementação, informações individuais dos desenvolvedores e dos participantes;

- Dados sobre a intervenção:
- Resultados da implementação: viabilidade – fidelidade – penetração – aceitabilidade – sustentabilidade – captação de recursos – custos;
- Resultados dos serviços onde ocorreu a implementação: eficiência – segurança – eficácia – equidade – centralização nos sujeitos – oportunidades;
- Resultados dos sujeitos participantes: satisfação, função, sintomas/comportamentos/attitudes.

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 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).

Referências

AARONS, G. A. 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.

_____. 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.

_____. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. **Psychiatric Services**, [S.l.], v. 57, n. 8, p. 1162-1169, 2006.

_____; 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.

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.

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.

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.

BERNAL, G.; JIMÉNEZ-CHAFEY, M. I.; DOMENECH RODRÍGUEZ, M. M. Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. **Professional Psychology: research and practice**, [S.l.], v. 40, n. 4, p. 361-368, 2009.

BOTVIN, G. J. Advancing prevention science and practice: challenges, critical issues, and future direction. **Prevention Science**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 69-72, 2004.

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

_____. 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.

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.

BURCKHART, G. Environmental drug prevention in the EU: why is it so unpopular?. **Adicciones**, [S.l.], 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.l.], v. 28, n. 3-4, p. 440-460, 2013.

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

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**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

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.l.], v. 6, p. 213-239, 2010.

_____; _____. MARTINEZ, C. R. The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tension between fidelity and fit. **Prevention Science**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 41-45, 2004.

DAMSCHRODER, L. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**: IS, [S.l.], v. 4, p. 50, 2009.

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.

_____. et al. Coaching to enhance quality of implementation in prevention. **Health Education**, [S.l.], v. 110, p. 43-46, 2010.

EUROPEAN DRUG ADDICTION 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.

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).

_____. **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.l.], 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.l.], v. 11, n. 10, p. e1001740, 2014.

FALICOV, C. J. Commentary: on the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. **Family Process**, [S.l.], v. 48, n. 2, p. 295-312, 2009.

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.l.], 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).

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.

GLISSON, C. 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.l.], 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.l.], v. 33, n. 4, p. 433-448, 2006.

_____; SCHOENWALD, S. The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidencebased children's mental health treatments. **Mental Health Services Research**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 243-259, 2005.

GOTTFREDSON, D. **Schools and delinquency**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

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.

_____. Current and future challenges in school-based prevention: the researcher perspective. **Prevention Science**, [S.l.], v. 5, p. 5-13, 2004.

GREENHALGH, T. et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **Milbank Quarterly**, [S.l.], v. 82, n. 4, p. 581-629, 2004.

HALE, D. R.; VINER, R. M. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. **Journal of Public Health**, [S.l.], v. 34, p. i11-19, 2012. Supplement 1.

HILL, M. **The Public Policy Process**. Harlow, England: Pearson Educational, 2013.

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.

KING, L.; HAWE, 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.

KNOCHE, 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.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução de José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

_____; VARELA, F. G. J. **De máquinas e seres vivos: autopoiese: a organização do vivo**. Tradução Juan Acuña Llorens. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MCLENNAN, 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.

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

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

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.

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.

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. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11952/1/2012_SamiaAbreuOliveira.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

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.

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**, Canoas, n. 33, p. 9-24, 2015.

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.

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.

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.

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.

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.

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. et al. **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 249-317.

SKAFF, M. M. et al. Lessons in cultural competence: Adapting research methodology for Latino participants. **Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 30, p. 305-323, 2002.

SMITH, T. B.; DOMENECH RODRÍGUEZ, M.; BERNAL, G. Culture. **Journal of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 67, n. 2, p. 166-175, 2011.

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.l.], v. 11, n. 3, p. 252-262, 2010.

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.

_____. **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.

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.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Geneva: WHO, 2000.

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



PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS DROGAS

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Ana Paula Dias Pereira
Zila van der Meer Sanchez

Saúde e sociedade

A preocupação com a saúde da população e a adoção de medidas governamentais para o controle dos agravos à saúde acompanham o desenvolvimento da sociedade ao longo dos tempos (BARATA et al., 2006; SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; PAIM, 2008). O período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX foi marcado pelo grande expansão do capitalismo. Conseqüentemente, ocorreram significativas mudanças nas esferas econômica, cultural, social e política, desencadeadas pelo processo de industrialização e maturação da sociedade burguesa

nos países que atingiram um alto nível de industrialização (ZIONI; WESTPHAL, 2007; SOBRAL; FREITAS, 2010).

No caso da Saúde, há uma relação com o crescimento econômico que repercute nas condições de vida e na mudança de hábitos das pessoas. Assim, na segunda metade do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Declaração de Alma-Ata, ratificou a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a

ausência de doença ou enfermidade (TEIXEIRA, 2004; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

A Conferência de Alma-Ata, realizada na União Soviética, em 1978, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” colocaram em destaque mundial o tema dos determinantes sociais em saúde (BRASIL, 2001b; MENDES, 2000; WESTPHAL; MENDES, 2000). Entre os determinantes de saúde, destacam-se o consumo excessivo de drogas, o bem-estar mental, a ausência de recursos para o crescimento social e econômico (RUMEL et al., 2005; BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009). Nas relações entre determinantes sociais e saúde, o principal desafio consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política, e as mediações por intermédio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Em torno desse novo ideário, organizaram-se as formulações do conceito da promoção da saúde para implementação de políticas públicas e modificação nas práticas de saúde. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, Canadá, teve como resultado a Carta de Ottawa, que é usada como ponto de partida básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em vários países (ANDRADE; BARRETO; MIRANDA, 2002; BUSS; CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Atrilado a este conceito, o documento assume que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 1986; BUSS; CZERESNIA, 2003). A carta propõe cinco campos centrais de estratégias para ação: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais, e 5) reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 1986; BUSS; CZERESNIA, 2003; SPERANDIO et al., 2004).

Houve outras conferências posteriores à Carta de Ottawa que subsidiaram o amplo movimento em torno dos conceitos estratégicos da Promoção da Saúde e, consequentemente, pela complexidade do assunto, outros temas foram surgindo, abrangendo a

concepção e a indução para os governos desenvolverem estruturas nas políticas públicas na perspectiva de cidades saudáveis (DUHL, 1993; WESTPHAL; 2000; WESTPHAL; MENDES, 2000). Uma cidade saudável é aquela que coloca em prática, de modo contínuo, a melhoria de seu meio ambiente físico e social, usando todos os recursos de sua comunidade. Por fim, deveria capacitar a população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, necessitando de um processo educativo e de mobilização para tal (DUHL, 1993; MENDES, 2000; WESTPHAL, 2000; ANDRADE; BARRETO; MIRANDA, 2002).

Nesse contexto, destaca-se o papel exercido pela Educação em Saúde como um dos desdobramentos importantes na construção das ações relacionadas à promoção da saúde, dada a complexidade de minimizar os determinantes no processo saúde-doença. (FRANCO; RODRIGUES, 2014).

Desse modo, reforçam-se os processos de interação entre as práticas de saúde e educação, viabilizando o acesso a informações e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades individuais e sociais direcionadas à melhoria da qualidade de vida (SILVA; LOPEZ; CAMPOS JUNIOR, 2007; BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; LAURO; LEITE; VARGAS, 2014).

Um dos temas que ocupa lugar de destaque integrando Educação e Saúde é as ações para a prevenção ao uso de drogas, atuando sobre os fatores de risco e ampliando os fatores de proteção, visando afastar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos ao estimularem as crianças e adolescentes a adotarem comportamentos e estilos de vida saudáveis, conforme diretriz também apontada pela Carta de Ottawa (IGLESIAS, 2002; MALTA et al., 2014; SANCHEZ, 2014).

Considerando-se que o consumo de drogas é um dos principais problemas sociais e de saúde dos adolescentes, e que o relatório anual de 2013 sobre a carga global de doenças evidenciou aumento no impacto das drogas na saúde do adolescente (DEGENHARDT et al., 2016), a promoção da saúde da comunidade dependerá de ações que abarquem esta temática, nesta faixa etária.

Promoção da Saúde, Sistema Único de Saúde – SUS e Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida (WESTPHAL; MENDES, 2000; ANDRADE; BARRETO; MIRANDA, 2002; CARVALHO, 2010). Assim, enquanto nos países desenvolvidos – Canadá, Estados Unidos, Europa Ocidental, Japão e Austrália – discutia-se a Promoção da Saúde e crescia o movimento por cidades saudáveis, aqui o movimento de promoção da saúde não ocorreu em sintonia com as realizações das Conferências, por motivos e circunstâncias diferentes dos países desenvolvidos, já que o Brasil se encontrava num momento de redemocratização, ou seja, de abertura política e de reorganização das instituições democráticas que foram abolidas com o regime militar ocorrido entre os anos de 1964 e 1985 (WESTPHAL, 2000; COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

No que concerne à evolução dos princípios da promoção da saúde no Brasil, pode-se dizer que foram integrados pelo Movimento de Reforma Sanitária, reafirmadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição Federal de 1988, e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b; BUSS; CARVALHO, 2009). Em 2006, o Ministério da Saúde formalizou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no SUS, articulando e reforçando diversas iniciativas que convergiam com os conceitos e as práticas propostas na Carta de Ottawa, como o objetivo geral de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados a seus determinantes (BRASIL, 2006b). Em 2014, a Política de Promoção da Saúde foi republicada considerando a necessidade de atualização e incremento das ações da promoção da saúde no território (BRASIL, 2014).

Os temas prioritários da PNPS no Brasil foram definidos de acordo com critérios do quadro de magnitude da morbimortalidade (MALTA et al., 2014). Em ambas as versões da PNPS, estão definidas ações de promoção da saúde para prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2014; MALTA et al., 2014).

No SUS, a área de álcool e outras drogas possui diversas iniciativas que foram desenvolvidas por outras políticas e programas, entre as quais se destaca a Política Nacional

de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, conduzida pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que assume papel relevante na condução e na construção, sobretudo a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ALBUQUERQUE, 2008; ANDRADE, 2011).

Em 2003, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, considerada, no campo das Políticas sobre Drogas no Brasil, grande marco da política de Saúde Mental relacionada ao atendimento aos usuários de drogas. Definiu-se orçamento e financiamento para serviços no SUS, bem como a estratégia de Redução de Danos, como princípio e estratégia de cuidado para os usuários do SUS. Essa política expõe suas diretrizes consoantes com os princípios da política de saúde mental vigente, em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os pressupostos da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2001a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2003). Antecedendo tal política, o MS publicou algumas portarias, de acordo com as deliberações das três primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1994 e 2001), com a finalidade de normatizar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com enfoque no tratamento (ALBUQUERQUE, 2008).

Uma questão importante destacada por tal política diz respeito à compreensão das desigualdades sociais e econômicas no País, além das várias questões que fazem parte do cenário nacional, tais como a pauperização do País, o tráfico como fonte geradora de renda e o início precoce do uso de drogas ilegais, entre outras. Observa-se que o uso e o abuso de drogas possuem interface com vários determinantes sociais e, nesse contexto, evita-se o reducionismo desta questão (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, suas ações deverão ter como norte a questão do uso de substâncias psicoativas como problema de saúde pública; a redução de danos como estratégia de saúde pública; a preconização de ações voltadas para a promoção à saúde, prevenção e o tratamento; a política como foco para superar o senso comum sobre os usuários de drogas, além de oferecer condições para a sociedade civil exercer o controle social.

Na medida em que houve avanços na política para o tratamento pelo SUS das pessoas que fazem uso de drogas, observou-se a criação de estratégias introduzidas para o ambiente escolar na área prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em 2007, institucionalizaram-se ações integradas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Edu-

cação, por intermédio do Programa Saúde na Escola (PSE). O objetivo principal do PSE é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). O Programa Saúde na Escola engloba ações articuladas a serem realizadas no âmbito das escolas e/ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Rede de Atenção Psicossocial – Raps e o Programa “Crack, É Possível Vencer”

A partir do ano de 2010, com as cobranças políticas e midiáticas em relação ao aumento do consumo das drogas, ocorreram algumas mudanças na estruturação da política para ampliar o acesso ao tratamento aos usuários de álcool, crack e outras drogas, bem como o fomento nas ações intersetoriais, para responder às necessidades da população diante da complexidade relacionada ao uso e ao abuso de drogas (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013; MOREIRA et al., 2015).

Soma-se a este cenário as mudanças no perfil de adoecimento da população, sobretudo relacionadas ao aumento crescente da incidência e da prevalência das doenças crônicas, a exemplo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; SILVA, 2011; UCHÔA, 2014).

Para superar a fragmentação do acesso e a fragilidade na integralidade do cuidado, estabeleceu-se uma organização do cuidado por meio da consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011a; MENDES, 2010; BRASIL, 2006a).

Entre as redes prioritárias, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011), que concretiza os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com a finalidade de ampliar e articular os serviços/pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso problemático drogas. A Raps ratificou a prevenção ao consumo e à dependência de crack, álcool e outras drogas, e o

desenvolvimento das ações intersetoriais de prevenção, promoção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, como objetivos específicos (BRASIL, 2011b; ASSIS et al., 2014; GARCIA et al., 2014).

No governo federal, outra estratégia foi a criação do Programa “Crack, é Possível Vencer” para responder às demandas sociais e políticas relacionadas ao aumento do consumo de álcool, crack e outras drogas. O Programa foi constituído por meio de ação interministerial, pois considerou-se necessária uma integração entre os entes federativos para o enfrentamento da questão das drogas, articulando as diferentes ações, diretrizes e serviços dos diferentes órgãos envolvidos, e envolvendo a sociedade civil, as universidades e as diversas políticas setoriais: saúde, direitos humanos, educação, assistência social e segurança pública (BRASIL, 2013; GARCIA et al., 2014).

Os objetivos principais do programa são: 1) aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas e seus familiares; 2) enfrentar o tráfico e as organizações criminosas; e 3) ampliar as atividades de promover ações de educação, informação, capacitação e prevenção ao uso de drogas (Decreto Federal nº 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado pelo Decreto Federal nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011).

O referido programa estruturou-se em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade. O eixo autoridade objetiva a redução da oferta de drogas ilícitas no País. O eixo cuidado refere-se à estruturação das redes de atenção à saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. As ações do eixo prevenção visam fortalecer fatores de proteção e reduzir fatores de risco para o uso de drogas. O programa oferece também cursos de capacitação para diferentes atores sociais que podem exercer papel relevante na prevenção ao uso de drogas e no acesso do usuário ao eixo cuidado (BRASIL, 2013; GARCIA et al., 2014).

Conforme as diretrizes do programa, este é um espaço com potencial de desenvolver e fortalecer estratégias de prevenção do uso de crack, álcool e outras drogas, articuladas com outras políticas públicas, contando com o apoio de uma rede intersetorial (SANCHEZ, 2014; BASTOS; BERTONI, 2014). Nesse sentido, o governo resolveu investir em prevenção escolar considerando a escola como espaço que possui inserção territorial e abrangência em todo o território brasileiro.

Promoção da saúde na escola

O ambiente escolar é privilegiado para a promoção da saúde, preferencialmente quando envolve alunos, pais, professores e funcionários como cidadãos críticos, estimulando-os no desenvolvimento da autonomia, a adquirirem atitudes mais saudáveis e a controlarem suas condições de saúde (DEMARZO; AQUILANTE, 2012).

Promoção da saúde na escola é caracterizada pelas ações políticas, procedimentos, atividades e estruturas que proporcionam a proteção e o bem-estar de todos os membros da comunidade escolar (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006). Ações de promoção da saúde devem permear, de forma sistemática, todo o currículo escolar, valorizando o professor como mediador do processo para atuação como interlocutor privilegiado do educando (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

O ambiente escolar como promotor de saúde surge a partir da aplicação dos princípios da Carta de Ottawa, endossados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1980. No Brasil, as escolas promotoras de saúde contemplam as seguintes características: integralidade em saúde, equidade de gênero, envolvimento de toda a comunidade escolar, processo decisório participativo, sustentabilidade, adaptação cultural e inclusão de medidas que ampliem as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a possibilidade de os indivíduos terem acesso, compreenderem e usarem informações de forma a promover e manter a saúde (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Segundo a OMS, para a escola se tornar promotora de saúde, são necessários: construir uma política escolar de promoção de saúde, adequar o ambiente físico e social da escola, promover vínculo e parceria com a comunidade, desenvolver habilidades de vida, promoção da saúde em todos os atores escolares (professores, funcionários, alunos e comunidade) e promover vínculo e parceria com os serviços de saúde de referência das escolas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A escola deve estar voltada para a busca de educação integral, desenvolvendo habilidades de vida que contribuam para a criação e a manutenção de ambientes saudáveis e protetores (MOURA et al., 2007; DALBOSCO; PEREIRA, 2013). A escola é ideal por oferecer configurações convenientes para a educação e a saúde na adolescência e contribuir para a construção de valores pessoais e sociais. À medida que a aquisição de hábitos saudáveis na infância e na adolescência tem potencial preditor de um estilo de vida saudável

na vida adulta, pode-se inserir a realização de programas de prevenção ao uso de drogas (SILVA; MICHELI, 2011; TAVARES; BONITO; OLIVEIRA, 2013; ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES, 2014; SANCHEZ, 2014).

O programa de prevenção ao uso de drogas faz parte da estratégia da promoção da saúde nas escolas. Programas preventivos ao uso de drogas com base na escola contribuem para o desenvolvimento saudável dos alunos, fornecendo a oportunidade para desenvolver relações sociais de cooperação e habilidades sociais e de vida, contribuindo na redução da probabilidade de os alunos fazerem uso de drogas (HOPFER et al., 2010).

A escola oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos gerados pelo confronto dos diversos saberes que estão presentes nos conhecimentos científicos das disciplinas, nas crenças e nos valores próprios dos alunos e seus familiares, nos meios de comunicação e aqueles trazidos pelos professores constituídos ao longo de sua experiência. O encontro de saberes presente no contexto escolar é chamado de "cultura escolar". Essa dinâmica cultural transforma o espaço escolar em referências importantes para crianças e adolescentes, por meio das experiências significativas de socialização e vivência comunitária. Portanto, justifica-se um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se, dessa forma, para além dos limites da escola (BRASIL, 2009).

Programas escolares de prevenção ao uso de drogas

O abuso de álcool e outras de drogas é uma das grandes questões da saúde pública na atualidade (WHITEFORD et al., 2013). No Brasil, de acordo com as pesquisas sobre o consumo de drogas, identificou-se que o primeiro consumo destas substâncias costuma ocorrer na adolescência, em torno dos 13 e 14 anos de idade, e este tem sido o principal comportamento de risco identificado entre os adolescentes (MALTA et al., 2011; MADRUGA et al., 2012; SANCHEZ et al., 2013; HORTA et al., 2014). A idade média de início desse comportamento evidencia a necessidade de programas de prevenção oferecidos na escola para estes grupos etários (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2003; SLOBODA; BUKOSKI, 2006).

Nas escolas, a prevenção ao uso de drogas consiste em evitar o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os alunos, ajudando a promover o desenvolvimento social saudável nessa faixa etária (CORREA et al., 2012; CHÁVES; ANDRANDE, 2005).

Os fatores de riscos são aqueles que aumentam a chance do uso abusivo de drogas como, por exemplo, o início de um comportamento agressivo, ausência de supervisão dos pais, baixo rendimento escolar, fácil acesso às drogas, pobreza e baixa autoestima. Os fatores de proteção são aqueles que tendem a diminuir as chances do uso de drogas como, por exemplo, controle de impulsos, monitoramento dos pais, competência acadêmica, estar inserido em instituição com políticas antidrogas e com menos acesso às drogas. Os fatores de riscos podem produzir efeitos diferentes entre os indivíduos, dependendo das características de personalidade de cada um, da fase de desenvolvimento e do meio ambiente no qual estão inseridos. Fatores de riscos podem influenciar o abuso de drogas, pois quanto maior a exposição de uma criança aos riscos, maior a probabilidade de abuso de drogas. A presença dos fatores de proteção pode diminuir o impacto de alguns fatores de riscos. Por exemplo, o apoio e o envolvimento dos pais podem reduzir a influência dos amigos ao uso de drogas (ROBERTSON; DAVID; RAO, 2003).

Apesar de ainda haver contradições sobre a eficácia de programas de prevenção ao uso de drogas destinados a crianças e adolescentes, alguns programas escolares universais têm evidenciado eficácia significativa na redução do consumo e no retardamento do início do consumo de drogas (STRØM et al., 2014). Entre os modelos de prevenção bem-sucedidos estão os que consideram as influências sociais para o início do consumo. Os mais estudados têm sido os modelos de habilidades para a vida, que oferecem recursos emocionais, comportamentais e sociais para que os jovens lidem com as situações simples e complexas do cotidiano (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2012). Os programas com base nesse modelo abordam os fatores de riscos e proteção associados ao uso de drogas e ensinam habilidades que contribuem na competência social e pessoal do aluno (BOTVIN; GRIFFIN, 2004).

As Normas Internacionais Sobre a Prevenção do Uso de Drogas (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES, 2014) apresentam algumas características dos programas associadas a resultados positivos de prevenção ao uso de drogas nas escolas: uso de métodos interativos; aulas estruturadas (10 a 15) uma vez por semana; aplicadores treinados; oferecer atividades que proporcionam o desenvolvimento e a aprendizagem de competências pessoais e sociais, incluindo saber lidar com situações

cotidianas, tomada de decisão e habilidades de resistência em relação ao abuso de álcool e outras drogas; percepção do impacto dos riscos associados ao abuso de drogas, enfatizando as consequências imediatas; mudanças de crenças normativas e as expectativas ligadas ao abuso de drogas.

Buscando ofertar programas baseados em evidências, a Coordenação-Geral de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, propôs, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), a implantação de dois programas escolares de prevenção que seguem as normas internacionais de prevenção e já exibiam resultados de eficácia em outros países. Foram eles: 1) o amplamente disseminado nos Estados Unidos, *Good Behavior Game* (GBG), destinado a crianças de ensino fundamental I, que posteriormente foi adaptado ao Brasil e chamado de Jogo Elos; e 2) *Unplugged*, de origem europeia e destinado a adolescentes de ensino fundamental II, que, após adaptação brasileira, passou a chamar #Tamojunto. Os programas escolares foram submetidos a avaliações de processo e resultados.

Dessa forma, a iniciativa do Ministério da Saúde inova ao trazer ao Brasil programas de fácil adaptação e cujos resultados em cenários internacionais se mostraram promissores. No entanto, não deixa de investir na avaliação deles, de maneira a verificar seu efeito entre os escolares brasileiros, evitando assim a exposição dos alunos a possíveis efeitos inesperados decorrentes dos programas adaptados.

Espera-se que esse tipo de iniciativa se expanda para a adaptação de outros programas baseados em evidências e que, em médio prazo, as escolas públicas brasileiras possam contar com uma gama de programas entre os quais possam selecionar o que mais se enquadra na proposta pedagógica de cada escola.

Neste capítulo, foi apresentada a forma como a área de álcool e outras drogas vem se tornando um dos campos da saúde pública no Brasil em que se tem efetivado transformações de concepções e práticas, tendo vivenciado ao longo dos últimos anos a consolidação de algumas estratégias de reorganização do modelo de atenção às pessoas que apresentam necessidade em decorrência do uso problemático de drogas. Além disso, houve investimentos em pesquisas e incorporação de novas ações na área de prevenção ao uso de drogas e promoção da saúde relacionada à Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Essa reflexão apresenta o processo de construção das diretrizes da promoção da prevenção ao uso de drogas no SUS. Trata-se de uma importante contribuição aos profissionais, gestores e estudantes que atuam ou pretendem investir na área de prevenção, promoção e políticas de saúde no âmbito das drogas, por apontar as teorias, os princípios e os aspectos relacionados ao processo histórico de construção das intervenções das políticas públicas no Brasil no âmbito da saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, R. C. R. D. **Casas do Meio do Caminho**: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 2008. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.; MIRANDA, A. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 329-348.

ANDRADE, T. M. D. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ASSIS, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, 2014.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 457-486.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?: quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

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.

BRASIL. **Cartilha Crack, é possível vencer**: enfrentar o crack: compromisso de todos. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 abr. 2014.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, 9 dez. 2011. Seção 1, p. 29.

_____. Lei nº 10.216, de 6 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, n. 69, 9 abr. 2001a. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola- PSE, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htmr>. Acesso em: 6 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. 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, 2001b. p. 15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**: novembro de 1986; Ottawa; Ca. Brasília, 1986. p. 19. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pactos pela Vida e de Gestão**: regulamento. Brasília, 2006a. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 2).

_____. 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.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 18-43.

_____; CARVALHO, A. I. D. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

_____; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudanças. São Paulo: Hucitec, 2010.

CHÁVEZ, L. M. C.; ANDRADE, D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 784-789, 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CORREA, M. L. et al. Evaluation of the program “Strong families: love and limits” in families with teenagers aged 10 to 14 years. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 140, n. 6, p. 726-731, 2012.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersectorialidade na produção e na Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 96-115.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DALBOSCO, C.; PEREIRA, A. L. D. Introdução. **Salto para o futuro**, Rio de Janeiro, ano 23, n. 23, p. 4-9, nov. 2013. Título do fascículo: Prevenção ao uso de drogas: a escola na rede de cuidados.

DEGENHARDT, L. et al. The increasing global health priority of substance use in young people. **The Lancet Psychiatry**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 251-264, 2016.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Abordagem da saúde do escolar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 580-590. v. 1.

DUHL, L. Ciudades Sanas: mito o realidad. In: ASHTON, J. (Org.). **Ciudades Sanas**. Barcelona: Masson, 1993. p. 15-21.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES. **Normas Internacionais sobre a prevenção do uso de drogas**. Brasília, 2014.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: cochrane systematic reviews. **Perspectives in Public Health**, [S.l.], v. 132, n. 3, p. 128-134, 2012.

FRANCO, G. D. R.; RODRIGUES, M. C. Ensino de habilidades de vida: uma estratégia de prevenção e promoção da saúde na adolescência. In: ROZANI, T. M.; SILVEIRA, P. S. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: UFJF, 2014. 160 p.

GARCIA, L. S. S. et al. **Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

HOPFER, S. et al. A review of elementary school-based substance use prevention programs: identifying program attributes. **Journal of Drug Education**, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 11-36, 2010.

HORTA, R. L. et al. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 31-45, 2014. Supplement 1.

IGLESIAS, E. B. **Bases científicas de la prevención de las drogodependencias**. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAURO, M. M.; LEITE, D. A.; VARGAS, C. P. Reflexões sobre a educação na atualidade e sua relação com a saúde. In: RONZANI, T. M.; SILVEIRA, P. S. da (Org.). **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. p. 7-24.

MADRUGA, C. S. et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil – a national survey. **Addictive Behaviors**, [S.l.], v. 37, n. 10, p. 1171-1175, 2012.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014.

_____. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 136-146, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiaí e Maceió. 2000. 229 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. D.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

MOREIRA, M. R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para a agenda política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, 2015.

MOURA, J. B. V. S. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 489-501, 2007.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ROBERTSON, E. B.; DAVID, S. L.; RAO, S. A. **Preventing drug use among children and adolescents**: a research-based guide for parents, educators, and community leaders. 2nd ed. Maryland: National Institute on Drug Abuse, 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.

SANCHEZ, Z. M. et al. Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 163, n. 2, p. 363-368, 2013.

_____. Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 143-169.

SILVA, C.; LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2007. p. 289-297.

SILVA, E. A.; MICHELI, D. **Adolescência, uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

SILVA, L. M. V. D.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que saúde coletiva?. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

SILVA, S. F. D. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Ed.). **Handbook of Drug Abuse Prevention**: Theory, Science and Practice. New York: Springer, 2006. 692 p.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SPERANDIO, A. M. G. et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 643-654, 2004.

STRØM, H. K. et al. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 1, 2014.

TAVARES, T.; BONITO, J.; OLIVEIRA, M. O consumo de álcool pelos alunos do 9º ano de escolaridade no distrito de Beja: fatores determinantes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 21-48, 2013.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

UCHÔA, R. S. Intersetorialidade nas políticas públicas: compromisso de todos. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ; NUTE-UFSC, 2014. p. 227-242.

VOLCOV, K.; VASCONCELLOS, M. P. "Crack, é possível vencer" ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 99-105, 2013.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

_____; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, [S.l.], v. 382, p. 1575-1586, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promoting schools: a framework for action**. Geneva, 2009.

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.



POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E OS ASPECTOS ÉTICOS NO CAMPO DA PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS

Andréa Leite Ribeiro Valério
Wanderson Flor do Nascimento

Introdução

Este texto apresenta uma reflexão crítica sobre políticas públicas que tratam da temática da prevenção do uso de drogas do Brasil, por uma perspectiva bioética dos direitos humanos, por meio da análise das políticas, leis, portarias e de bibliografias nacionais e internacionais recentes sobre a temática.

É importante situar a perspectiva deste texto quanto ao tipo de prevenção que se discute aqui, a qual está em consonância com “uma concepção relacionada à promoção da saúde, fortalecimento de vínculos

e da cidadania e da garantia de direitos” (VALÉRIO; PEDROSO; GARCIA, 2015, p. 111). Portanto, distante da “pedagogia do terror”, que se utiliza do medo como ferramenta supostamente preventiva.

Desde o ano de 2011, o governo brasileiro tem empreendido mais esforços no sentido de implicar os diversos ministérios e secretarias na política de drogas, quer seja na área do cuidado, reinserção social e prevenção ou na redução da oferta. Foi nesse ano que ocorreu a aprovação e a implementação do Programa “Crack,

é Possível Vencer”¹, representando um importante avanço para as ações interministeriais e, conseqüentemente, repercutindo na intersectorialidade das ações no campo da prevenção do uso prejudicial de drogas.

O campo da repressão ao uso de drogas, lamentavelmente, é marcado e revelado a partir de intervenções violentas, ao selecionar prioritariamente pessoas negras, pobres e residentes nas ruas ou em regiões periféricas para receber o “selo” de usuário/merecedor de punição, a despeito de todo o restante da população brasileira, com apreensões seletivas, violentas e, muitas vezes, mortais (HART, 2014).

Historicamente e a partir da reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, bem como com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi percebido um lento, porém importante e significativo, avanço no campo do cuidado, a partir da implantação e da difusão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (Caps-AD), de responsabilidade do Ministério da Saúde, além de outros equipamentos e serviços voltados para aqueles que demandam pelo tratamento para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (AMARANTE, 1998; 2003; DÂMASO, 1995; DELGADO, 1992; PAIM, 1997; AROUCA, 2003).

Já no campo da prevenção e reinserção social, identificamos, a partir da análise das políticas, dos programas e das estratégias brasileiras no campo das drogas, uma significativa lacuna de ações sistemáticas e efetivas (CANOLETTI; SOARES, 2005; OLIVEIRA, 2013).

Na prevenção ao uso de drogas, é constatado o hiato para a estruturação, a indução e a realização de ações concretas, com embasamento científico e teórico. Significa cuidar para que as intervenções não promovam efeitos iatrogênicos ou inócuos, por vezes baseados no puro voluntarismo de fazer atividades preventivas. As pesquisas realizadas para a elaboração deste texto permitiram identificar que as ações na área da prevenção são incipientes e com precário ou inexistente acompanhamento de avaliação.

Estudos sobre publicação no campo da prevenção ao consumo prejudicial de drogas no Brasil apontam que parte significativa dos trabalhos em prevenção no País, e que foram publicados, realizam avaliações das intervenções preventivas com métodos próprios (CANOLETTI; SOARES, 2005). Tais estudos apontam, ainda, que parte significativa

¹ Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>>.

das estratégias tem como objetivo a transmissão de informações a educandos e docentes (CANOLETTI; SOARES, 2005).

A escassez de pesquisadores e estudos no campo da prevenção do uso prejudicial de drogas, bem como a ausência de programas estruturados baseados em evidências científicas no Brasil, também é evidenciada no estudo de Oliveira (2013). O estudo mostra a existência de 42 intervenções sistemáticas, as quais foram identificadas por intermédio de 25 artigos publicados. Dessas intervenções, “84% não realizaram follow-up e 88% não discutiram a relevância dos seus resultados para as políticas públicas” (OLIVEIRA, 2013). A pesquisa indica também que “menos de 3% do que vem sendo produzido em saúde mental no Brasil são programas preventivos sistematicamente avaliados” (OLIVEIRA, 2013, p. 67). O mesmo estudo identificou a existência de 44 pesquisadores no campo da prevenção no Brasil, significando um baixíssimo quantitativo, se relacionado com a demanda existente.

Tais dados são relevantes e apontam para a necessidade de analisar eticamente as políticas de prevenção no Brasil, sobretudo quando temos em consideração os impactos destas políticas nos valores e nas vidas de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Dessa forma, a elaboração do presente texto parte do reconhecimento da necessidade de refletir sobre as políticas públicas brasileiras no campo da prevenção ao uso de drogas a partir dos seus avanços e desafios.

As linhas que segue estão divididas em duas partes: na primeira, busca-se realizar uma interpretação da herança histórica brasileira, por meio do estudo sobre a colonialidade, para situar o leitor na compreensão e na identificação da diferença cultural, social e histórica que cria um padrão classificatório hierárquico, que funciona como marcador das populações e impacta diretamente tanto no tratamento dos vulneráveis sociais que fazem consumo de alguma substância psicoativa quanto na prevenção ao uso prejudicial de drogas. Na segunda parte, são tratadas questões referentes à perspectiva de mudança de paradigma que alcança a política de prevenção, as vulnerabilidades envolvidas nas aplicações da política e a forma como a questão racial, social e econômica intensifica as diversas aplicações das políticas de saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça, trazendo um diagnóstico do uso de drogas no Brasil, para então apontar os desafios e as possibilidades para a prevenção ao uso prejudicial de drogas. Por fim, discute-se sobre os aspectos éticos na prevenção ao uso de drogas, a partir de estudos da bioética.

Espera-se que a leitura do texto contribua para que profissionais, gestores e interessados na área de álcool e outras drogas possam auxiliar no avanço de uma política de prevenção. Almeja-se alcançar uma lógica preventiva que esteja inserida na combinação de políticas públicas que permitam reduzir a oferta de drogas e aumentar a disponibilidade de cuidado integral de saúde enquanto tipo de atenção no campo da Saúde, independentemente do tipo de relação que a pessoa estabeleça com a substância.

Prevenção do uso prejudicial de drogas, colonialidade e direitos humanos

As políticas públicas relativas ao uso de drogas, sobretudo as de prevenção, são de responsabilidade do Estado, instituição que é reconhecida como uma das grandes invenções do mundo moderno que, segundo alguns analistas, funciona a partir do padrão de poder definido como colonialidade (QUIJANO, 1992). Tal padrão acontece com base em esquemas de classificação social fundados em hierarquias binárias, que operam em termos da oposição entre superioridade e inferioridade. As noções de civilização e barbárie, provavelmente, foram o primeiro par de classificação que operou dentro dessa lógica binária na modernidade, fazendo com que se reconhecessem os nativos das terras colonizadas como bárbaros e, assim, inferiorizados em relação aos chamados civilizados, então valorizados como superiores. Os critérios de superioridade, entretanto, foram determinados pelos próprios colonizadores, baseados em sua posição de poder (QUIJANO, 1992).

As diferenças culturais, sociais e históricas dos povos originários de nosso continente passaram a ser enxergadas como elemento componente de sua inferioridade e identificadas, mais tarde, com a ideia de raça, que nada mais é que um marcador classificatório hierarquizado das populações, caracterizada pelo caráter hierárquico opressivo: as chamadas raças superiores são aptas a dominarem, colonizarem, educarem as raças entendidas como inferiores (QUIJANO, 1992).

Com a reorganização das experiências do trabalho, que se volta para a acumulação e a produção do capital, a universalização do modo europeu de produção do conhecimento entendido como o único válido para a sustentação da ciência, a partir da dominação e do controle da natureza, sustenta as ações do Estado, que se coloca como instância de

organização coletiva, que preserva e faz funcionar este padrão de poder chamado de colonialidade (QUIJANO, 2006).

Toda a vida social passa a ser pensada e organizada em função desses marcadores hierárquicos e opressivos, escalonando grupos e populações de modo que o acesso a direitos e bens passa a ser controlado pelo grupo que ocupa a posição de hegemonia nas relações de dominação no mundo moderno, mesmo que no discurso haja uma busca por igualdade, desenvolvimento, progresso, que são marcas dos processos de modernização. Nesse cenário, populações entendidas como subalternas passam a ser gerenciadas por este padrão que as compreende como inferiorizadas, fazendo com que algumas vidas sejam encaradas como mais importantes do que outras, de modo que quem ocupe o lugar mais importante ou mais desenvolvido passa a decidir os destinos das vidas consideradas menos desenvolvidas, por meio de processos de tutela, educação, adequação, padronização (NASCIMENTO, 2012).

Nessa direção, a experiência com as drogas passa a ser destacada em sua dimensão nociva, levando-a a ser considerada como problema de saúde pública apenas na contemporaneidade, e é também capturada por esse mesmo padrão de poder, que estigmatiza e trata as pessoas usuárias de drogas como experimentadoras de uma vida menos desenvolvida, precisando, por sua vez, serem tuteladas, educadas, desenvolvidas e protegidas, mesmo que à força e sem considerar suas próprias perspectivas de vida. Nessa lógica, o Estado e outras instituições que o representam assumem a condução das políticas que tratam das populações que fazem uso nocivo de drogas, sob o julgamento de inferioridade e menos valia, o que acarreta a restrição de acesso a direitos, sob o pretexto do cuidado, da recuperação. Desse modo, podemos ver a colonialidade atuando nos tratos com as populações que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Os direitos humanos surgem em contextos nos quais essa hierarquização passa a ser questionada, pois reconhece que restringe o acesso de populações a bens e direitos e considera como problemática a estigmatização dessas populações, na medida em que compreendem que o estigma atua como um dos vetores da vulnerabilização de quem faz uso prejudicial das drogas. Desse modo, os direitos humanos, em uma perspectiva crítica à colonialidade, estarão preocupados em denunciar os malefícios que os estigmas causam às populações drogadictas, propondo que tais processos estigmatizantes sejam enfrentados, com os fatores que estão envolvidos com o uso prejudicial das drogas (NASCIMENTO, 2012).

Aspectos éticos na prevenção do uso prejudicial de drogas

Para auxiliar na reflexão sobre os aspectos éticos na prevenção do uso prejudicial de drogas, recorreremos aos estudos da Bioética, enquanto ética aplicada, a partir de referenciais como responsabilidade, equidade, autonomia, liberdade, tolerância, solidariedade, dignidade humana e direitos humanos. Não se pretende aqui formar o leitor com conhecimentos e estudos sobre a bioética, mas sim, aproximar esse campo do conhecimento das reflexões sobre a prevenção ao uso prejudicial de drogas. Para os que se interessam e desejam aprofundar os estudos sobre Bioética, disponibilizamos o endereço eletrônico <<http://www.sbbioetica.org.br/Publicacoes>>, da Sociedade Brasileira de Bioética.

Historicamente, nos anos iniciais da sua criação, na década de 1970, a Bioética teve como ocupação as questões morais advindas dos avanços biotecnológicos e biomédicos (GARRAFA, 2005). Os desafios morais da nova realidade global não eram objeto de preocupação da Bioética, assim como questões sanitárias e sociais, injustiça social, iniquidade na saúde, pobreza, uso prejudicial de drogas, entre outros, não faziam parte do escopo de estudos e análises. Contudo, tais aspectos, mais relacionados com a dimensão social e menos com assuntos biomédicos, recentemente vêm sendo tratados por um conjunto de bioeticistas de países da América Latina, com importante protagonismo do Brasil. Para dar conta dessa singularidade dos países latinos e para transversalizar a análise dos aspectos éticos na prevenção, usaremos os conhecimentos advindos da Bioética de Intervenção e que tratam de situações emergentes (das situações novas, geradas pelo avanço tecnológico, científico e biomédico) e das situações persistentes (antigas e recorrentes ao longo dos anos), sendo essa última utilizada como referencial teórico para as reflexões deste texto (NERY FILHO; LORENZO; DIZ, 2014).

A ética enquanto “um dos instrumentos sociais que visa a contribuir para a manutenção da convivência social” (FORTES, 2008, p. 697) é utilizada para harmonizar os interesses individuais e os interesses da sociedade. O uso de drogas sempre fez parte da história da humanidade e sempre fará. Essa frase sempre estará presente em qualquer texto que se proponha a fazer uma abordagem verdadeiramente ética da questão sócio-histórica dos usos de drogas, por se tratar de uma realidade concreta: não existirá uma sociedade sem o uso de drogas (MACRAE; TAVARES; NUNES, 2013). O que se diferencia ao longo da história é a sua forma e seu lugar social, que se modificam a partir de um dado contexto socioeconômico e político, refletido diretamente no modo vivente das

pessoas envolvidas com tal uso, bem como na pauta política do campo da educação, segurança, cuidado e prevenção.

Lamentavelmente, na realidade brasileira, a questão da drogadição é conduzida como sendo “um problema de patologias individuais, causados por uma droga maligna, desviando a atenção das condições mais gerais em que vive a maior parte da população atingida” (MACRAE; TAVARES; NUNES, 2013, p. 11). Entender os diversos usos de drogas é fundamental para analisar eticamente a forma de abordagem das políticas, dos programas e dos projetos de prevenção do uso prejudicial de drogas. No ano de 1992, Richard Bucher escreveu o texto *A ética da prevenção*, no qual nos alerta quanto ao fato de que os valores e os elementos ideológicos estão presentes em todos os fenômenos que envolvam a questão da droga, entre eles a prevenção. A partir da ética da responsabilidade, o autor aponta que “a reflexão ética sobre os seus objetivos, conteúdos e procedimentos é fundamental para que suas ações tenham credibilidade e eficácia” (BUCHER, 2007, p. 117).

Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997) quanto as Diretrizes Internacionais de Prevenção, organizadas e recomendadas pelo Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC) (2014) orientam para o uso de estratégias preventivas que fortaleçam os fatores de proteção, focado no desenvolvimento de habilidades de vida (composto por habilidades interpessoais, sociais, cognitivas e de manejo das emoções) e na diminuição dos fatores de risco para o uso de drogas. A política de drogas em diversos países, a exemplo do Brasil, levou anos atendendo a “importação” da política estadunidense chamada de **guerra às drogas**, ancorada por estratégias pautadas em forte aparato repressivo, instaurando um estado de combate àqueles que fazem uso de drogas, as denominadas classes perigosas, o que, até o presente momento, tem apresentado resultados negativos relacionado ao que já é aceito como genocídio (FLORES, 2016).

Nesse sentido, um debate sobre a temática das drogas, que se propõe a ser ético, demanda trazer à luz a questão do proibicionismo, impetrado pela **guerra às drogas**, sendo esta um sinônimo de guerra às pessoas que usam drogas, gerando cerceamento simbólico e físico da liberdade, especialmente de populações vulneráveis, com ênfase para a população negra. Isso, em nome de uma suposta política que protege a sociedade das drogas. Significa iluminar também a discussão quanto ao uso da punição, do assassinato, da prisão e da estigmatização daquele que atende a um “estereótipo racializado”. Convém lembrar que uma característica importante dos processos de atuação

padrão de poder da colonialidade é exatamente a classificação das populações com caracteres raciais, fazendo uma hierarquização social em função desses marcadores (NASCIMENTO, 2010).

O sistema de Justiça traz, como representante desse Estado exclutor, um caráter seletivo voltado para diferentes segmentos sociais. Tal caráter revela-se, sobretudo, no maior aprisionamento da população negra em relação à média da população em geral, apontando para a necessidade de que as políticas públicas e, nesse caso, a de prevenção ao uso prejudicial de drogas atentem-se para este aspecto (RODRIGUES, 2016) Para ilustrar, vamos conferir alguns dados: em maio de 2015, a Presidência da República, por meio da Secretaria Nacional da Juventude, publicou o *Mapa da Violência: Mortes Matadas por Arma de Fogo*, mostrando que, de 1980 a 2012, enquanto a população brasileira teve crescimento de 61%, houve crescimento de mortes por arma de fogo de 387% (WAISELFISZ, 2015). Contudo, os números ficam mais assustadores se levarmos em consideração que mais de 460% das mortes dessa natureza, alavancadas pelos homicídios, na sua maioria, têm como mira jovens negros (WAISELFISZ, 2015), representando 11,8 óbitos para cada 100 mil brancos e 28,5 para cada 100 mil negros. Os dados revelam que foram 142% de pessoas negras vítimas dessa natureza de morte, em 2012, ou seja, duas vezes e meia a mais que os brancos, sendo trágico evidenciar a seletividade dos negros como vítimas desse tipo de morte (WAISELFISZ, 2015). Em 2003, a vitimização negra por homicídio no País era de 72,5%, e, em 2012, foi dobrada, passando para 142% (WAISELFISZ, 2015).

Em junho de 2015, o Ministério da Justiça apresentou os dados do encarceramento no Brasil, revelando que 35% dos presos no Brasil estão nessa condição devido ao tráfico de drogas, sendo esse o delito com maior número de presos no País. Significa que, pela primeira vez, o tráfico está em primeiro lugar no número de encarceramentos, ficando acima do roubo, que tradicionalmente é o delito que mais encarcera no Brasil (BRASIL, 2014, p. 67).

O mapa do encarceramento (2015) traz que o perfil dos 515.284 presos do Brasil é constituído, em sua maioria, por jovens e negros, sendo possível problematizar que o sistema de vigilância está mais focado neste público (BRASIL, 2015). Temos, no Brasil, 1,5 mais negros do que brancos presos, sendo que 54,8% dos presos são jovens. (BRASIL, 2015). O que esses dados nos apontam quando falamos de prevenção?

Uma pergunta pertinente em relação à prevenção é trazida por Braz (2009, p. 45): “Quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum?”. A autora traz o pluralismo moral que podemos usar enquanto desafio ético para pensar a prevenção do uso prejudicial de drogas, considerando a diversidade de modos de ser e estar no mundo.

Países que não possuem o problema do racismo, que não são fortemente marcados pela desigualdade social, certamente lançarão mão de mecanismos distintos para a elaboração e a realização de programas de prevenção. Um país que não viva no cotidiano a problemática da violência urbana e a questão social e racial, por exemplo, não contemplará tais quesitos na estruturação/criação de programas de prevenção. Contudo, sabemos que a ausência de problemas socioeconômicos não isentará esse país de elaborar programas preventivos; porém, outros aspectos poderão ser focados. Nessa mesma perspectiva de construção de política, considerando populações específicas, é possível exemplificar as populações indígenas, quilombolas, entre outras.

É importante pensar o paradoxo envolvido na prevenção, pois se a ética pressupõe liberdade de escolha, a vulnerabilidade gera redução ou a perda da liberdade individual. É fundamental identificar os aspectos que são estruturantes para uma efetiva prevenção do uso prejudicial de drogas, bem como aqueles que podem promover mais estigmatização e, portanto, efeitos contrários ao que se pretende com a intervenção. Para a bioética, as ações preventivas devem atender ao princípio da não maleficência. Aqui também é possível usar do conceito bioético de beneficência, o que significa, nesse caso, a utilização de intervenções que resultem em benefício real para certa população (KIPPER; CLOTET, 1998).

Historicamente, no Brasil, as ações de prevenção estiveram centradas numa pedagogia do terror e na guerra às drogas, disseminada por meio de cartilhas, panfletos e palestras que produzem efeitos inócuos ou iatrogênicos na prevenção do uso prejudicial de drogas (VALÉRIO; PEDROSO; GARCIA, 2015). A adoção de ações baseadas em evidências torna-se fundamental para a reorientação da destinação de recursos públicos para a saúde, considerando a escassez de recursos públicos em países em desenvolvimento, como o Brasil. Isso significa que as decisões políticas, para serem eficientes e eficazes, necessitam considerar os valores e princípios éticos prevalentes.

Fortes (2008, p. 696) indica que “considerando que as necessidades de saúde são mais amplas que os recursos disponíveis, escolhas têm de ser feitas, não há como escapar de realizá-las”. Tal conclusão demanda que os gestores das políticas públicas, ao levarem em consideração a escassez de recursos, tenham clareza de que algo deixará de ser feito, buscando refletir, argumentar e usar de justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões (FORTES, 2008). Diante da escassez de recursos públicos, o seu uso exige eticamente que os benefícios atinjam o maior número de pessoas, dando mais eficiência aos gastos. O equilíbrio na adoção do utilitarismo e o princípio da equidade, ao aceitar a existência das diferenças, pode ser um caminho para uma decisão ética do uso de recursos públicos na prevenção do consumo prejudicial de drogas, em países com escassez de recursos e com grandes questões sanitárias e de saúde pública. A equidade e a justiça social devem ser priorizadas nessas decisões.

A partir dos estudos sobre a colonialidade, é possível refletir sobre as formas de arranjos de poder, dos saberes e dos modos de ser que se sofisticaram com a modernidade, podendo contribuir para a reflexão a ausência de programas de prevenção do uso prejudicial de drogas desenvolvidos no Brasil e a origem histórica para a importação de programas de países de continentes distintos dos vizinhos da América Latina.

O campo da prevenção do uso de drogas é uma incipiente área no Brasil, gerando processo de busca de programas interventivos de prevenção do uso de drogas e comportamentos de risco que tenham comprovada efetividade. Tal lacuna gera consequente importação de programas, especialmente de países europeus e americanos, nos quais já há uma tradição de avaliação das atividades preventivas (SLOBODA; PETRAS, 2014). Em uma busca realizada nas bases de dados da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), no ano de 2015, foram identificados poucos trabalhos que discutem a importação de programas de prevenção baseados em evidências e nenhum que discuta essa importação numa perspectiva bioética. Dessa forma, estudos referentes à importação de programas de prevenção ao uso prejudicial de drogas e aos aspectos éticos desse processo demandam o levantamento da questão: quais aspectos éticos devem ser incorporados ao processo de importação e implantação de programas de prevenção ao uso de drogas?

Trata-se, portanto, de compreender a necessidade e a relevância para o Brasil da importação de programas de prevenção ao uso prejudicial de drogas, baseada em evidências, nos critérios para essa tomada de decisão, nos impactos das questões socioeconômicas,

culturais e ambientais, tanto para a importação quanto para a disseminação do programa numa perspectiva ética.

Desde o ano de 2013, o governo brasileiro, por meio da 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 (2014) e com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad), impulsionado pelo plano de enfrentamento ao crack (BRASIL, 2010), vinha investindo recursos e ações na adaptação, na implantação e na avaliação de programas de prevenção ao uso de drogas no âmbito do sistema escolar, de Saúde e de Assistência Social. A tomada de decisão do governo, mediante a ausência de programas estruturados, avaliados e com efeitos positivos para efetiva prevenção do uso de drogas no Brasil, foi de importar três programas preventivos, que incidem em comportamentos de risco para o uso de drogas, sendo esses: 1) *Good Behavior Game* (GBG), traduzido no Brasil como “Jogo Elos”; 2) *Unplugged*, cuja versão brasileira é o #Tamojunto; e 3) *Strengthening Families Programme*, cuja tradução brasileira do programa é intitulado Famílias Fortes.

Tais programas já foram implantados em outros países, contudo esses países não os tomaram como política pública, e sim como um projeto pontual a ser executado por empresas, organizações não governamentais (ONGs), governos locais e universidades (DURLAK; DUPRE, 2008). Nesse sentido, pensar em adotar os programas enquanto política pública a ser disseminado em larga escala requer análise aprofundada, dada sua dimensão ética, em seus diversos aspectos, como custo, adaptação cultural, operacionalização, capacidade de manutenção, capilaridade, facilidade na aplicação, resultados em curto, médio e longo prazos, além da importante questão da sustentabilidade.

O programa implantado anteriormente a essa experiência governamental e de maior capilaridade e aceitabilidade no Brasil é o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), nome brasileiro dado ao *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), que é um programa norte-americano desenvolvido em 1983, na Califórnia. Pesquisas internacionais e nacionais apontam que o referido programa, que leva a pessoa do policial para a sala de aula, pode não produzir efetividade para o objetivo que se propõe ou que a intervenção apresenta efeito iatrogênico, mas ainda assim o Proerd está presente em todos os estados brasileiros (SHAMBLEN et al., 2014; WEST; O’NEAL, 2004; ROSENBAUM; HANSON, 1998; PERRY et al., 2003; BIRKELAND; MURPHY-GRAHAM; WEISS, 2005; ENNETT et al., 1994a; ENNETT et al., 1994b).

Nesse aspecto, discutir a importação de programas numa perspectiva bioética de não maleficência é fundamental para que não sejam produzidas e disseminadas metodologias que possam promover efeitos iatrogênicos Kipper & Clotet (1998).

O atravessamento das questões políticas incide nos programas e nas políticas públicas e, no caso dos programas de prevenção, faz-se necessário analisar se as questões políticas causam algum impacto ou repercussão para a importação, adaptação e implantação dos programas de prevenção. Na prevenção do uso de drogas, os resultados só aparecem em longo prazo, demandando a implantação de pilotos, seguidos de análises por meio de pesquisas até que se chegue ao resultado esperado e assim possa ser disseminado em larga escala. Contudo, o tempo da ciência é distinto do tempo político, o que pode repercutir na disseminação de estratégia que não tenha resultado comprovado e/ou que demanda ajustes.

Nesse sentido, no Brasil, o investimento em pesquisa que garanta uma justa aplicação de recursos públicos, bem como a efetividade da intervenção para que toda a comunidade se beneficie direta ou indiretamente, é emergente. Trata-se, portanto, da ética da responsabilidade com as gerações futuras pautada na máxima: “Aja de modo a que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma autêntica vida humana sobre a Terra” (JONAS, 2006, p. 47).

Reflexões finais

O campo da prevenção ao uso prejudicial de drogas no Brasil ainda está em processo de amadurecimento, com grande necessidade de mudança na cultura de pensar e agir preventivamente. A grande resistência dos profissionais e governantes está no rompimento com a lógica de guerra às drogas/pedagogia do terror, contra as drogas (e, conseqüentemente, às pessoas que fazem uso delas), por meio de palestras informativas, pontuais, distribuição de material supostamente informativo, entre outras.

É louvável que a temática da prevenção esteja na pauta da agenda política do Brasil. Tal agenda deve somar esforços de maneira interministerial, na identificação, na análise, na importação, na adaptação transcultural, na testagem, nas avaliações e na validação de programas que tenham incidência na prevenção ao uso e ao abuso de álcool e outras

drogas, especialmente nas escolas e nas comunidades, com investimento na formulação de programas brasileiros, pautados no rigor e nas exigências da ciência da prevenção, contemplando um ciclo da pesquisa a ser proposta para a área (MURTA et al., 2015). A racionalidade hegemônica entre os profissionais e os governantes, difícil de ser rompida, está na lógica de guerra às drogas e na pedagogia do terror, cuja visão reducionista foca na droga como sendo o problema em si (e, conseqüentemente, nas pessoas que fazem seu uso), realizada por intermédio de palestras informativas, ações pontuais, distribuição de material supostamente informativo, entre outras ações. Urge a necessidade de novos modelos, que considerem a complexidade do fenômeno, que passem a se consolidar em nosso país.

Outro aspecto importante, as políticas públicas necessitam realizar investimentos na investigação quanto à utilização da estratégia da redução de danos, enquanto prevenção primária, para grupos específicos, que se encontram em um contexto de vulnerabilidade. É necessário superar, portanto, a prevenção pautada no proibicionismo, ou seja, numa ideia sonhadora de um mundo sem drogas, ao construir uma proposta de reduzir os danos para aqueles que ainda não iniciaram o uso, construindo com o outro as possibilidades de escolha (SODELI, 2015), ou reduzindo a idade de início de consumo.

Alguns passos podem ser indicados para as políticas públicas quanto à agenda da prevenção, sendo elas: realizar levantamento dos projetos que já existem no País, bem como em experiências preventivas de países da América Latina; criar e consolidar uma rede de pesquisa, possibilitando o compartilhamento de conhecimento e experiências teóricas e práticas; discutir em fórum ampliado a necessidade de políticas sociais universais, intervenções seletivas para famílias, escolas e comunidades em situação de risco; refletir eticamente e com diversos setores da sociedade sobre a regulação das drogas legais, mais especificamente o álcool; pautar nos colegiados pertinentes o combate ao estigma nas campanhas de informação; criar comitê gestor permanente, com a participação de pesquisadores e estudiosos sobre o tema, que auxilie na tomada de decisão das políticas de prevenção; estimular a avaliação de projetos já existentes no Brasil; produzir e disseminar conhecimento sobre a política de drogas em parceria com outros órgãos de governo, universidades e sociedade civil por meio do fomento a processos formativos e da disponibilização de informações em publicações impressas e por meio eletrônico; articular a política de drogas em âmbito federal e apoiar a articulação das políticas setoriais que contribuem para a diminuição do impacto social das drogas junto aos estados, municípios e Distrito Federal.

É indicado que as ações das diversas políticas públicas sejam planejadas com equilíbrio e responsabilidade, seguindo princípios éticos e sempre baseadas em estudos e/ou em evidências científicas. Vale ressaltar que existem diversas publicações nacionais e internacionais que apresentam diretrizes baseadas em pesquisas e que devem ser usadas para a elaboração e a estruturação das ações no campo da prevenção, superando, assim, a perspectiva do senso comum e das boas ações.

No caso do Brasil, é necessário, portanto, investir em políticas que aumentam a inclusão social de crianças e jovens e diminuem a desigualdade, mantendo-os na escola e prevenindo os conflitos com a lei, o envolvimento com ações relacionadas a delitos e violência e contra o uso prejudicial de drogas, como forma de cuidar das gerações futuras.

Para finalizar, o respeito pela diversidade e pelas diferenças morais entre grupos sociais, que possibilita a convivência pacífica entre estes, considerando que sempre existirão coletivos de pessoas que se colocam no mundo com posições morais diversas, sendo a temática indispensável para as análises dos temas a serem discutidas pelos comitês multidisciplinares e, em especial, nas áreas que ensejam um diálogo bioético. Numa sociedade globalizada, o respeito pela diversidade poderá gerar uma ética global, perseguida por aqueles que buscam uma sociedade mais justa, equânime e democrática.

Referências

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BIRKELAND, S.; MURPHY-GRAHAM, E.; WEISS, C. Good reasons for ignoring good evaluation: the case of the drug abuse resistance education (DARE) program. **Evaluation and Program Planning**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 247-256, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, 2015.

BRAZ, M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum?. In: SCHRAMM, F. R. et al. (Ed.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2009. p. 45-61.

BUCHER, R. A ética da prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 3, n. especial, p. 117-123, 2007.

_____. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1990.

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**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 61-90.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

ENNETT, S. T. et al. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 84, n. 9, p. 1394-1401, 1994a.

_____. et al. Long-term evaluation of drug abuse resistance education. **Addictive Behaviors**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 113-125, 1994b.

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.

FLORES, T. Genocídio da juventude negra no Brasil: as novas formas de guerra, raça e colonialidade do poder. In: MACEDO, A. et al. (Org.). **Direitos humanos: diversas abordagens**. Rio de Janeiro: Câmara Brasileira de Jovens Escritores, 2016. p. 109-125.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 696-701, 2008.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

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

JONAS, H. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-51.

MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUNES, M. E. **Crack**: contextos, padrões e propósitos de uso. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2013.

MOREIRA, M. R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack: contribuições para a agenda política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, 2015.

MURTA, S. G. et al. (Org.). **Prevenção e promoção em saúde mental**: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Siopsy, 2015.

NASCIMENTO, W. F. Diferença, poder e vida: perspectivas descoloniais para a bioética. In: PORTO, D. et al. (Org.). **Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 153-169.

_____. **Por uma vida descolonizada**: diálogos entre a Bioética de Intervenção e os estudos sobre a Colonialidade. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

_____; GARRAFA, V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre Bioética de Intervenção e colonialidade. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 287-299, 2010.

NERY FILHO, A.; LORENZO, C.; DIZ, F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

OLIVEIRA, S. A. **Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área**. 2013. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 12-24.

PERRY, C. L. et al. A randomized controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE Plus programs. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [S.l.], v. 157, n. 2, p. 178-184, 2003.

QUIJANO, A. Colonialidad y Modernidad-racionalidad. In: BONILLO, H. (Comp.). **Los conquistados**. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; FLACSO, 1992. p. 437-449.

_____. Diversidade étnica. In: SADER, E. et al. (Coord.). **Latinoamericana**: enciclopédia contemporânea da América Latina e do Caribe. Rio de Janeiro: Laboratório de Políticas Públicas – UERJ; São Paulo: Boitempo, 2006. p. 520-530.

RODRIGUES, I. S. Crack, a noia da mídia. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

ROSENBAUM, D. P.; HANSON, G. S. Assessing the effects of school-based drug education: a six-year multilevel analysis of project DARE. **Journal of Research in Crime and Delinquency**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 381-412, 1998.

SHAMBLEN, S. R. et al. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. **Drugs: education, prevention and policy**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 110-119, 2014.

SLOBODA, Z.; PETRAS, H. **Defining Prevention Science**. New York: Springer, 2014.

SODELI, M. Destramando o proibicionismo: a redução de danos na prevenção. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDREADE, M. M.; NERY FILHO, A. (Org.). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 124-136.

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. (Org.). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p. 111-123.


WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: mortes matadas por arma de fogo**. Brasília: FLACSO/UNESCO, 2015. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

WEST, S. L.; O'NEAL, K. K. Project DARE outcome effectiveness revisited. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 94, n. 6, p. 1027-1029, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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.

4

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA *UNPLUGGED* PARA PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NO BRASIL



Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Ana Paula Dias Pereira
Zila van der Meer Sanchez

Introdução

Este capítulo apresenta a experiência da avaliação do processo de implantação-piloto do Programa *Unplugged* de prevenção ao uso de drogas em ambiente escolar. O programa surgiu em um contexto de construção de políticas públicas integradas para o enfrentamento das consequências decorrentes do uso do *crack* e outras drogas na sociedade brasileira. As estratégias de fortalecimento das ações foram construídas a partir do Programa “*Crack, é Possível Vencer*”, lançado em 2010 (Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011). O referido programa

é constituído pelos eixos de prevenção, cuidado e autoridade, envolvendo, principalmente, os ministérios da Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Durante a consolidação do Programa “*Crack, é Possível Vencer*”, identificaram-se fragilidades no eixo prevenção ao uso de drogas por crianças e adolescentes, ou seja, não havia ações sistemáticas implantadas em escolas e comunidades com este objetivo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o intuito de qualificar e fortalecer o trabalho dos profissionais de Saúde e

Educação nas ações de prevenção ao uso de álcool, *crack* e outras drogas, e, sobretudo, analisar se ações incidem na diminuição do padrão de consumo ou adiam o início do uso, optou por investir em programas de prevenção a partir de evidências internacionais de efetividade. Nesse contexto, contou com a parceira do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC/Brasil) para a seleção dos programas a serem implantados. Entre os vários programas existentes, o programa europeu *Unplugged* foi indicado para adaptação cultural e aplicação no Brasil.

Avaliação de processo

Para analisar as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se desenvolveu o Programa *Unplugged*, optou-se, para este estudo, pela pesquisa avaliativa do tipo avaliação de processo por meio de métodos mistos (DONABEDIAN, 2002; CRESWELL, 2009). Esta consiste em acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades (DONABEDIAN, 2002; IGLESIAS, 2002; SÁNCHEZ et al., 2007).

A avaliação do processo responde a questões sobre como o programa foi implementado e como os resultados do programa foram atingidos (BEASLEY et al., 2014). Tal avaliação se concentra em questões, como: O programa está sendo implementado como planejado? Como o programa está atingindo seus objetivos? Quais atividades foram conduzidas? Quais materiais ou serviços os participantes receberam? Qual foi a experiência das pessoas? Além disso, a avaliação de processos possibilita identificar os pontos fortes e fracos do programa e os componentes dele que estão funcionando adequadamente e quais não estão (DONABEDIAN, 2002).

Os componentes da avaliação de processo usados neste estudo foram: fidelidade, viabilidade e aceitabilidade. A fidelidade responde se o que foi planejado para ser ofertado efetivamente ocorreu e o nível de completude desta oferta (MCDAVID; HUSE; HAWTHORN, 2013; SÁNCHEZ et al., 2007). A viabilidade evidencia, sobretudo, se o contexto e os processos operacionais na implantação do programa são viáveis dentro da estrutura que o recebe. De acordo com Donabedian (2002), o conceito de aceitabilidade de um programa refere-se à conformidade da intervenção ofertada com as aspirações e

as expectativas dos participantes. Assim, somando-se estes três domínios, a avaliação de processo permitirá aumentar a qualidade da execução do programa, observando quais os elementos facilitadores e desafiadores, como também permitirá adequações dele para as ofertas futuras (MCDAVID; HUSE; HAWTHORN, 2013; DONABEDIAN, 2002; STECKLER; LINNAN; ISRAEL, 2002).

No processo de implantação de um programa submetido à adaptação cultural, é fundamental que as ações realizadas sejam avaliadas, mesmo no caso de programas com efetividade comprovada em outros contextos (SAUNDERS; EVANS; JOSHI, 2005; MCDAVID; HUSE; HAWTHORN, 2013).

Nesse sentido, para que um programa possa tornar-se uma política pública de prevenção ao uso de drogas no Brasil, fez-se necessário realizar um processo avaliativo da implantação da metodologia na realidade brasileira, com o intuito de contribuir para um entendimento aprofundado do programa, suas concepções, lógica de seu funcionamento e estratégia de sustentabilidade.

O *Unplugged*

O *Unplugged* é um programa universal de prevenção ao uso de drogas. No Brasil, em sua versão-piloto (2013), foi aplicado no ambiente escolar a adolescentes (entre 11 e 14 anos) cursando do 6º ao 9º ano do ensino fundamental II. O programa é composto por 12 aulas, que foram ministradas por professor treinado, uma vez na semana, e tiveram, em média, 50 minutos de duração. As aulas estão detalhadas a seguir, no **Quadro 1**, no qual se apresenta uma visão geral de cada aula. Os manuais originais do Programa *Unplugged* são de acesso livre e podem ser encontrados em diversos idiomas no site da *European Drugs Addiction Prevention Trial Study Group* (EU-Dap) <www.eudap.net>.

A implantação do Programa *Unplugged*, no Brasil, contou com seis fases:

- 1) Planejamento das ações para pactuação entre os setores da Saúde e Educação nos estados e municípios.
- 2) Sensibilização e articulação interfederativa para apresentação da metodologia e da seleção das escolas e dos professores.

- 3) Seleção dos multiplicadores e formação pelos desenvolvedores internacionais da EU-Dap.
- 4) Treinamento dos professores pelos multiplicadores.
- 5) Implantação do programa nas escolas pelos professores e acompanhamento e monitoramento da implantação pelos multiplicadores.
- 6) Realização de um estudo de avaliação de processo e de avaliação de resultado por duas universidades brasileiras.

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DAS 12 AULAS DO *UNPLUGGED*, COM AS ATIVIDADES E O EIXO CENTRAL TRABALHADO

Aula	Título	Atividades	Eixo Central
Aula 1	Abertura do <i>Unplugged</i>	Introdução ao programa, estabelecimento de regras para as aulas, reflexão sobre o que se sabe sobre drogas.	Informação e atitude
Aula 2	Ser ou não ser um grupo	Esclarecendo as influências e as expectativas do grupo.	Habilidades interpessoais
Aula 3	Escolhas – Álcool, risco e proteção	Informações sobre diferentes fatores que influenciam o uso de drogas.	Informação e atitude
Aula 4	Suas crenças, normas e informações: Eles refletem a realidade?	Fomentando a análise crítica das informações, a reflexão sobre diferenças entre a opinião pessoal e os dados reais, a reavaliação de normas.	Habilidades intrapessoais
Aula 5	Fumando a droga cigarro – Informe-se	Informações sobre os efeitos do tabagismo, diferenciação de efeitos esperados <i>versus</i> reais e efeitos de curto prazo <i>versus</i> efeitos de longo prazo.	Informação e atitude
Aula 6	Expresse-se	Comunicação adequada de emoções, distinção entre comunicação verbal e não verbal.	Habilidades intrapessoais

continua
→

conclusão

Aula	Título	Atividades	Eixo Central
Aula 7	Atenção no mundo e em sua vida	Promovendo a assertividade e o respeito pelos outros.	Habilidades interpessoais
Aula 8	Novo do pedaço!	Reconhecimento e apreciação de qualidades positivas, aceitação de retorno positivo, prática e reflexão sobre entrar em contato com os outros.	Habilidades intrapessoais
Aula 9	Drogas – Informe-se	Informações sobre efeitos positivos e negativos do uso de drogas.	Informação e atitudes
Aula 10	Estratégias de enfrentamento	Expressão de sentimentos negativos, lidando com desafios.	Habilidades intrapessoais
Aula 11	Solução de problemas e tomada de decisões	Solução de problemas, fomentando o pensamento criativo e o autocontrole.	Habilidades interpessoais
Aula 12	Estabelecimento de metas e encerramento	Distinguindo objetivos de longo prazo e de curto prazo, avaliação do programa e seu processo.	Habilidades interpessoais

Fonte: Adaptado do *Manual do Professor do Programa Unplugged* – versão brasileira, 2013.

Para uso, no Brasil, os materiais nas versões em inglês foram traduzidos para o português, com adaptação de expressões idiomáticas e substituição das informações sobre heroína por informações sobre *crack*, devido ao fato de não haver relatos de uso de heroína por adolescentes no Brasil nos últimos 30 anos (BRASIL, 2010). Os professores que ministraram o programa foram capacitados por meio de um treinamento de 16 horas aplicado por multiplicadores do Ministério da Saúde, formados e treinados pelos desenvolvedores europeus (KREEFT et al., 2009).

Os participantes

As escolas participantes foram selecionadas e indicadas pelas Secretarias de Educação dos estados e dos municípios envolvidos, considerando-se as informações que possuíam na gestão. Os critérios de seleção foram: 1) escolas que não possuíam algum

programa de prevenção ao uso de drogas em andamento para as séries que iriam receber o programa; 2) não se apresentar destaque algum em relação ao consumo de drogas por estudantes ou tráfico explícito nos arredores da comunidade escolar. Cada diretor escolar sugeriu os professores que participariam do programa e cada professor poderia aplicar o programa em até três de suas turmas curriculares. Em cada turma selecionada, o programa foi aplicado a todos os estudantes presentes em sala de aula.

Para fortalecer o processo de adaptação à realidade brasileira, o Ministério da Saúde instituiu no programa uma função chamada de multiplicadores. Esses profissionais de nível superior foram capacitados na metodologia e nos princípios do programa pelos desenvolvedores internacionais. Os multiplicadores realizavam as seguintes atividades: capacitação dos professores sobre a metodologia; acompanhamento sistemático e supervisão dos professores na aplicação da metodologia; articulação nos territórios entre as áreas de Saúde e Educação e compartilhamento das informações do monitoramento com as áreas da Saúde e da Educação. Este suporte visava à formação e à qualificação permanentes das práticas pedagógicas do professor em diferentes abordagens do programa, como no manejo em sala de aula e no fomento nas articulações nos territórios entre as equipes da Saúde e Educação (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015).

Nessa fase de avaliação, o Programa *Unplugged* foi implantado em três cidades brasileiras, atingindo oito escolas e totalizando 1.833 estudantes (do 6º ao 9º ano do ensino fundamental II), distribuídos em 62 turmas, e foi aplicado por 36 professores (São Paulo: 1.210 estudantes, 40 turmas e 15 professores; Santa Catarina: 623 estudantes, 22 turmas e 21 professores).

Participaram do presente estudo cinco grupos de sujeitos envolvidos em diferentes fases do processo de implantação do programa: 1) estudantes; 2) professores; 3) gestores (membros das secretarias estaduais e municipais de saúde e educação); 4) diretores e coordenadores pedagógicos (que foram denominados administradores escolares ou gestores escolares nos artigos decorrentes deste estudo); e 5) multiplicadores. A seleção para a participação no estudo deu-se de maneira distinta, de acordo com a técnica usada.

Técnicas utilizadas para pesquisa avaliativa

Foram usadas técnicas qualitativas (grupos focais) e quantitativas (questionários de autopreenchimento) para a coleta de dados.

Para a avaliação do processo, os desenvolvedores do Programa *Unplugged* elaboraram um Protocolo Específico de Acompanhamento do Processo (EUROPEAN DRUGS ADDICTION PREVENTION TRIAL, [2004]):

- 1) Formulário de fidelidade (acompanhamento aula a aula) sobre as atividades implementadas na classe. Formado por 12 formulários distintos para cada ciclo de aplicação do programa. Neles, era possível registrar: o número de participantes em sala, o tempo de aula, as atividades aplicadas em aula (de acordo com as atividades previstas) e as ocorrências importantes em cada aula.
- 2) Questionário de satisfação global dos alunos com o programa. Composto por perguntas abertas e fechadas, avaliando sobre dois aspectos que os alunos gostaram e não gostaram; sugestões positivas ou negativas; as aulas que os alunos mais gostaram e menos gostaram; se houve melhoria, de um modo geral, das relações no ambiente escolar, e aquisição de mais conhecimentos sobre as drogas e suas consequências, entre outras.
- 3) Questionário de satisfação global dos professores com o programa. Elaborado com perguntas abertas e fechadas que versavam sobre o quanto melhorou o conhecimento e as habilidades sobre drogas e prevenção; se acreditavam que melhorou a relação com os estudantes; os aspectos que mais gostaram e não gostaram do programa; sugestão de melhoria do programa; se o manual do professor ajudou na condução do programa, entre outras.

No processo de adaptação do programa no Brasil, foi incorporada a técnica de grupo focal para a avaliação das percepções do processo de implantação pelos envolvidos. Visto que o protocolo de acompanhamento de processo da EU-Dap não previa o aspecto qualitativo da avaliação, os roteiros usados nos grupos focais foram desenvolvidos pela equipe central do projeto, visando identificar os principais entraves no processo de implantação.

Os roteiros usados em cada um dos grupos focais dos professores, alunos, gestores políticos, gestores escolares e multiplicadores. Os detalhes sobre as técnicas, os instrumentos, as variáveis e os sujeitos envolvidos são apresentados no **Quadro 2**.

QUADRO 2 – TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS, QUANTIDADE DE RESPONDENTES, SUJEITOS, INSTRUMENTOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA *UNPLUGGED*

Tipo	Técnica	Participantes	Nº de respondentes	Momento em que foi aplicado	Instrumento utilizado
Qualitativa	Grupo Focal	Professores, Gestores, Administradores Escolares, Multiplicadores, Alunos	100 respondentes distribuídos em 14 grupos focais	Ao final das 12 aulas do programa <i>Unplugged</i>	Roteiro semiestruturado
Quantitativa	Formulário de Fidelidade	Professores	36 professores: 655 formulários preenchidos	Ao final de cada aula ministrada	Questionário de autopreenchimento com questões abertas e fechadas
Quantitativa	Questionário de Satisfação	Alunos Professores	1.267 alunos; 27 professores	Ao final das 12 aulas do programa <i>Unplugged</i>	Questionário de autopreenchimento com questões abertas e fechadas

Fonte: (MEDEIROS et al., 2016, adaptado).

Coleta de dados

Os grupos focais foram realizados ao final das 12 aulas e participaram os sujeitos disponíveis no dia e horário agendados pela equipe de pesquisa. No caso dos professores, o convite foi feito a todos eles; porém, nem todos puderam comparecer no dia e no horário agendados pela equipe de pesquisa. No caso dos estudantes, eles foram convidados pelos diretores, levando-se em conta a participação na maior parte das aulas *Unplugged* e o interesse em compartilhar sua opinião sobre o programa. Entre os gestores da política de saúde e educação, o convite para participação no grupo focal foi estendido às secretarias municipais e estaduais, e cada uma delas indicou dois representantes. Além disso, foram convidados a participar do grupo focal de gestores escolares um diretor e um coordenador pedagógico de cada escola participante. Por fim, no grupo de multiplicadores, foram incluídos todos os envolvidos nesta atividade.

O formulário de fidelidade (acompanhamento de aula) foi preenchido pelos professores no final de cada aula do programa, para controle da dose de programa ofertada. Para garantia da fidelidade, os professores foram instruídos a preencher semanalmente os formulários e os professores eram supervisionados pelos multiplicadores do Ministério da Saúde.

Os questionários de satisfação global foram preenchidos anonimamente pelos estudantes em sala de aula, na semana seguinte ao término do programa, e aplicados pela equipe de multiplicadores do estudo, na ausência do professor. O mesmo ocorreu com o questionário de satisfação global de professores. Assim, estes instrumentos só foram preenchidos pelos professores e estudantes presentes na escola no dia da coleta, e, por este motivo, não foram preenchidos pela totalidade dos participantes no programa (75% de participação dos professores e 71% de participação dos estudantes).

Três bancos de dados foram analisados por estatística descritiva: 1) questionário de satisfação global dos alunos; 2) questionário de satisfação global do professor; 3) formulário de fidelidade (acompanhamento do conteúdo de cada aula). Cada um dos questionários e dos formulários usados na fase de avaliação de processo foi inserido em banco de dados específico, utilizando-se de máscara de inserção condizente com o formulário preenchido, por meio de sistema *on-line*.

Os áudios dos grupos focais foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo. As fases de análise do material seguiram estes passos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados – inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

O material do grupo focal foi categorizado em cinco eixos temáticos após análise de conteúdo, sendo estes: 1) Experiência anterior com prevenção; 2) Articulações para viabilizar implantação; 3) Implantação; 4) Resultados imediatos; e 5) Futuro do Projeto e Sustentabilidade, considerando-se os aspectos de fidelidade, aceitabilidade e impacto do programa. Dentro do eixo implantação, foram identificados os subeixos: facilidades, dificuldades e potencialidades da implantação, tendo permitido uma análise específica destes aspectos. O programa computadorizado NVivo versão 10 foi usado como auxiliar em toda a análise qualitativa (GIBBS, 2007). Esse programa facilitou o armazenamento do material transcrito, a organização e a codificação das entrevistas (FLICK, 2009; PATTON, 2005).

Para este capítulo, trabalhou-se com os dados isoladamente e, em seguida, houve triangulação da análise dos dados para responder aos seguintes itens de avaliação de pro-

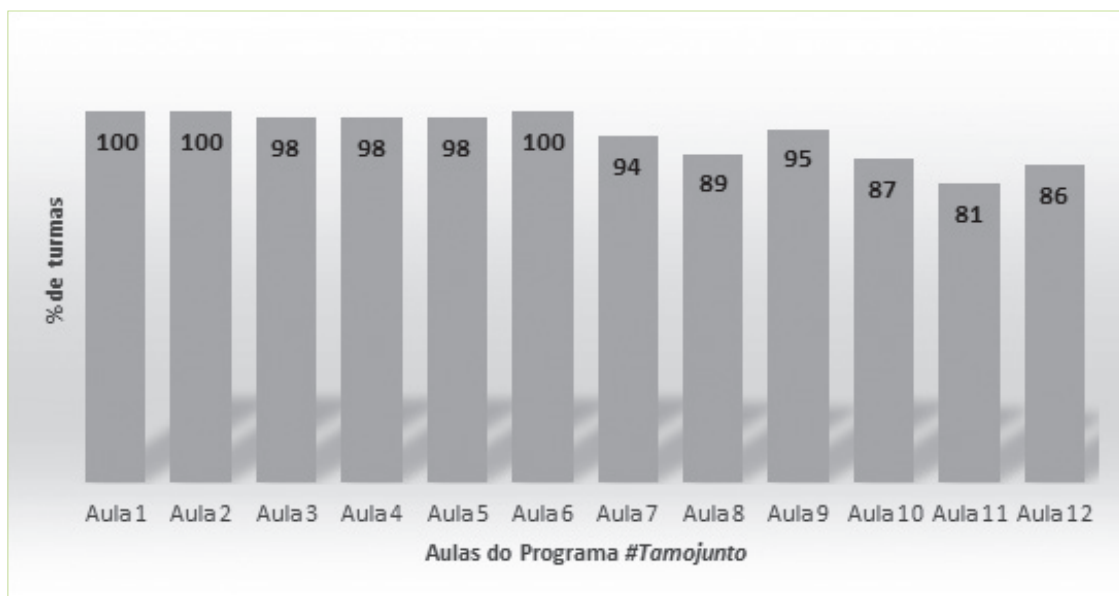
cesso: fidelidade e aceitabilidade. Para analisar a percepção do processo de implantação, foram utilizados os subeixos de dificuldade e potencialidade.

Resultados da avaliação de processo

A avaliação do processo de implantação constituiu importante ferramenta para melhoria do programa, apresentando evidência de eventuais lacunas e necessidade de reformulações no planejamento das atividades para o contexto das escolas brasileiras, conforme observado nas avaliações quantitativas e qualitativas do presente estudo.

Evidenciou-se que as 12 aulas não foram concluídas em todas as turmas que receberam o programa (**Figura 1**). De acordo com o controle das aplicações e das inserções do formulário de fidelidade preenchidos pelos professores após cada aula, das 744 aulas previstas (12 aulas em 62 turmas), 698 aulas foram efetivamente realizadas, gerando total de 94% (698/744) de dose de implantação. Além disso, apenas três aulas (aulas 1, 2 e 6) foram dadas em todas as 62 turmas.

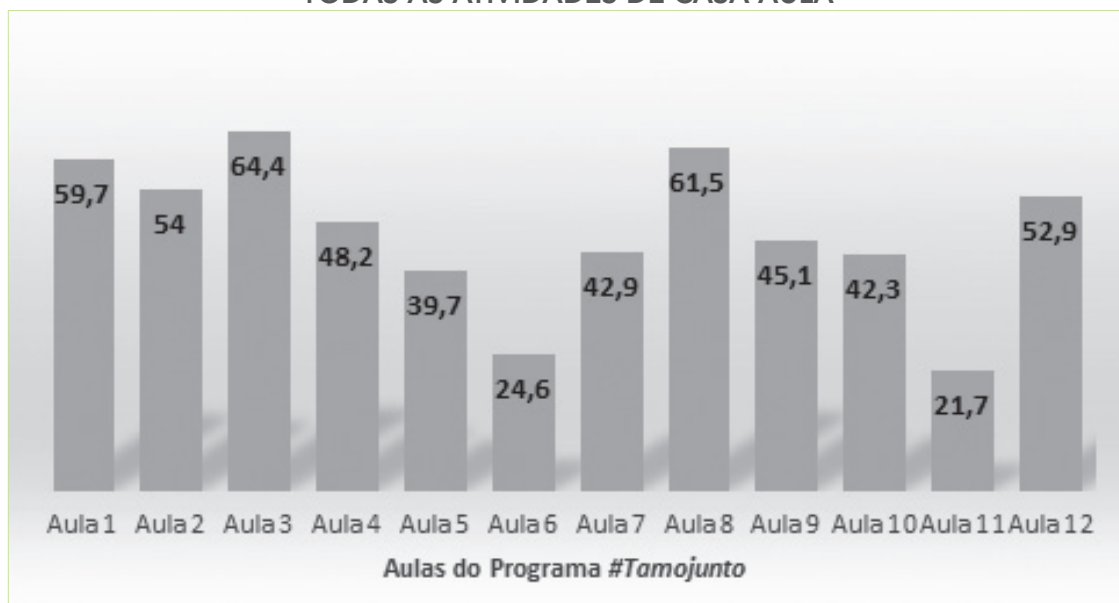
FIGURA 1 – PERCENTUAL DE TURMAS QUE CONCLUÍRAM CADA AULA



Fonte: Autoria própria.

No entanto, apesar de a maioria absoluta das aulas terem sido ministradas nas 62 turmas, a minoria foi dada em sua completude, ou seja, abarcando todas as atividades propostas no manual do professor para a referida aula. Por exemplo, a aula 11 foi aplicada na íntegra por apenas 22% das turmas, conforme observado na **Figura 2**. Assim sendo, nota-se no estudo que esta foi a aula ministrada de maneira mais incompleta no estudo, visto que 78% dos professores não conseguiram concluir todas as atividades previstas para esta aula no manual do professor. Destaca-se ainda que, mesmo que a turma tenha recebido todas as atividades previstas em cada aula, isso não garante que a aplicação dessas aulas foi realizada conforme estava previsto no manual do programa. Aplicar todas as atividades garante a dose do programa, mas não a qualidade adequada daquilo que foi aplicado. No entanto, os estudos prévios de avaliação do *Unplugged* consideram apenas a dose dada e não a qualidade da aula dada por cada perfil de professor.

**FIGURA 2 – PERCENTUAL DE TURMAS QUE CONCLUÍRAM
TODAS AS ATIVIDADES DE CASA AULA**

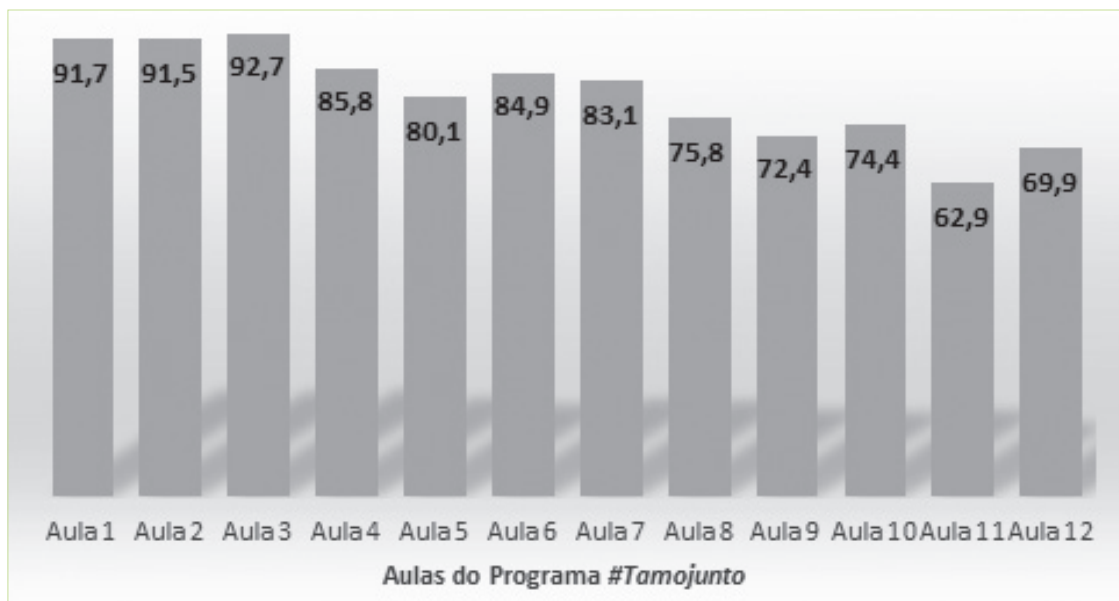


Fonte: Autoria própria.

É importante destacar que o fato de uma turma ter completado as 12 aulas do programa também não garante que todos os alunos receberam o programa completo, ou seja, muitos não estavam presentes nas aulas. Na **Figura 3**, podemos observar que as

aulas atingiram, em média, cerca de 80% dos estudantes previstos, variando de 63% a 93% de estudantes atingidos do total de 1.833 potenciais. Esse resultado sugere que a proporção de faltas entre estudantes das escolas que participaram do estudo é muito alta.

FIGURA 3 – PERCENTUAL DE ALUNOS PRESENTES EM CADA AULA



Fonte: Autoria própria.

Outro aspecto importante sobre a fidelidade é a comparação entre o tempo dispendido pelo professor na aplicação de cada aula do *Unplugged*. A orientação dada durante a formação dos professores foi de que todas as aulas do programa deveriam ser aplicadas em 1 hora/aula, que em São Paulo corresponde a 50 minutos e em Santa Catarina a 45 minutos. Observamos que, de acordo com os dados do formulário de fidelidade, cumpriu-se o tempo de uma aula em 57% das aulas aplicadas, uma aula e meia em 12%, duas aulas em 24% e mais de duas aulas em 8% dos casos. Estes dados apontam que o tempo por aula e, conseqüentemente, o tempo total necessário para cumprir o programa no ano letivo são elementos que precisam ser considerados na programação político-pedagógica de execução da escola, pois apenas metade das aulas foi dada dentro do tempo efetivamente previsto, enquanto a outra metade dependeu de um acréscimo de tempo e maior comprometimento da carga curricular.

Entre os estudantes que participaram do estudo, os resultados obtidos demonstram aceitabilidade satisfatória do programa, visto que 76% dos estudantes relatam que gostariam de ter novamente um programa como o *Unplugged* nos próximos anos escolares.

A fase qualitativa do estudo complementou as evidências obtidas na fase quantitativa e foi fundamental para a adequação da inserção do programa nas escolas, uma vez que seu entendimento evidenciou, por meio do discurso dos envolvidos, as adaptações que deveriam ser realizadas no programa, visando sua sustentabilidade de longo prazo.

A preparação do material de apoio para a realização das atividades em sala de aula foi relatada por professores como sendo uma dificuldade no processo de implantação do programa. A principal crítica, segundo os professores, foi a falta de apoio dos administradores escolares na distribuição e na oferta dos materiais de suporte (cartolinas, canetas, entre outros) para as aulas propostas no manual distribuído pelo Ministério da Saúde.

“[...] é muito complicado, não tem material suficiente. Se eu soubesse que aqui na escola não tinha, eu tinha comprado. Então tudo isso atrapalha.” (GF – Professor)

A condição de aprendizagem e indisciplina de alguns alunos foi relatada como dificuldades no processo de implantação do programa. Segundo a percepção dos professores, a má formação dos alunos comprometeu a compreensão do conteúdo e, consequentemente, o desenvolvimento adequado das atividades. A falta de disciplina, da mesma forma, comprometeu a implantação do programa, pois os alunos acabavam tumultuando as aulas e impedindo o professor de cumprir a aplicação do conteúdo planejado.

“Também aparece a dificuldade de escrita dos nossos alunos. Os nossos alunos não sabem escrever. O sexto ano tem alguns alunos analfabetos quase. Tem aquelas perguntas pra eles responderem, se deixar no tempo dele, ele vai levar um tempo enorme pra responder.” (GF – Professor)

“[dificuldade] é a disciplina deles, eles realmente não têm foco, não se interessam, não se envolvem em nada.” (GF – Administradores)

“A professora estava tentando explicar a aula, pedia silêncio, pedia para eles pararem [ficarem quietos] e eles não paravam.” (GF – Alunos)

Por fim, destacou-se ainda como “séria” a dificuldade, no processo de implantação, o comprometimento de carga horária regular para cumprir o conteúdo curricular da disciplina do professor que ministrou o *Unplugged*, visto que aulas curriculares de disciplinas como Português, Matemática e Ciências foram substituídas por aulas do *Unplugged*. Sem reposição da carga horária perdida pela disciplina do professor responsável, o conteúdo curricular ficou comprometido.

“Sem contar que o conteúdo [da matéria] fica superatrasado. Que nem, eu sou Professor de Matemática, tenho seis aulas por semana [por turma] e o que acontece? Foi meio semestre que a gente teve que aplicar [*Unplugged*].” (GF – Professor)

Todos os envolvidos na implantação do programa apontaram que o programa apresentou potencialidades no que se refere à melhora nas relações de convivência entre os envolvidos (professores e alunos). O programa proporcionou melhora no relacionamento entre os alunos e aproximação de alunos e professores, fortalecendo vínculos e melhorando as relações de confiança entre eles

“[...] eu ganhei muito com o *Unplugged*, eu chego a dizer que no meu lado pessoal de lidar com os problemas, eu ganhei muito. Primeiro eu consegui ter uma visão deles [alunos], do coletivo da sala, o que para mim é muito importante. Eu consegui fazer alguns interagirem, o que é importante.” (GF – Professor)

É importante destacar que a melhora no relacionamento entre alunos e professores também foi relatada pela administração da escola. Tais situações podem impulsionar melhores resultados no desenvolvimento das aulas do programa, visto que facilitam a interação dos alunos nas atividades. No entanto, até que este relacionamento se estabeleça, o professor tem de lidar com as situações de indisciplina que comprometem a aplicação inicial do programa.

“Melhorou o relacionamento entre eles [alunos], entre os professores também.” (GF – Administradores)

Observou-se que o programa contribuiu para uma percepção de melhoria das vivências e dos conhecimentos, possibilitando desencadear processos afetivos e sociais nos alunos e, também, nos professores. Nesse sentido, representa outra forma para debater o tema “drogas” na sala de aula, saindo do senso comum e desenvolvendo programas

manualizados, baseado em evidências e reforçando o papel da escola como instituição social que exerce função específica (ensinar conteúdos por meio de circulação de valores, ideias, preceitos morais e éticos), no processo educativo, orientada por programas nas estruturas formais de ensino.

Propostas de adaptações para sustentabilidade do Programa *Unplugged* no Brasil

O presente estudo propôs-se a avaliar o processo de implantação do programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* em escolas de Florianópolis (SC), São Paulo e São Bernardo do Campo (SP). Permitiu analisar a viabilidade, a aceitabilidade e a fidelidade do programa a partir da ótica dos envolvidos no processo e identificar a percepção de professores, alunos e gestores escolares sobre as dificuldades, facilidades e potencialidades dele.

A metodologia mista de pesquisa utilizada, com diferentes técnicas de coleta e análise de dados, mostrou-se adequada para alcançar os objetivos propostos por este estudo. Nesse sentido, reafirmou que são necessárias múltiplas fontes e métodos para garantir que a questão da avaliação seja respondida. Este foi o primeiro estudo relacionado ao Programa *Unplugged* que enfocou o processo de implantação na adaptação do programa no Brasil. Não havia evidências de quais seriam os desafios na adaptação, tendo em vista que os estudos existentes apontavam resultados com relação ao uso de drogas na adolescência, antes e depois da intervenção, e não sobre o processo de implantação em suas múltiplas etapas, os desafios e as facilidades para alcançar resultado satisfatório com a intervenção (FAGGIANO et al., 2008; FAGGIANO et al., 2010; GABRHELIK et al., 2012).

O presente estudo identificou um processo de adaptação satisfatório para a dimensão das atividades exigidas em sala de aula e que os resultados obtidos demonstram que o programa parece ser uma estratégia viável para as escolas brasileiras. As informações obtidas na avaliação de processo do programa foram importantes para subsidiar a tomada de decisão acerca do fortalecimento e a ampliação das ações para o eixo prevenção do Programa “*Crack, é Possível Vencer*”, com foco no ambiente escolar.

Algumas recomendações são consideradas pertinentes para contribuir com o aprimoramento e a mudança a partir das dificuldades apontadas pelo estudo.

O **Quadro 3** descreve elementos para institucionalização para sustentabilidade do Programa *Unplugged* no Brasil.

QUADRO 3 – RECOMENDAÇÕES RELACIONADOS À IMPLANTAÇÃO E À SUSTENTABILIDADE DO PROGRAMA *UNPLUGGED*

Aspectos	Recomendações
Gestão e acompanhamento das políticas de saúde e educação	√ Elaborar normatização e pactuar entre as políticas de saúde e educação, definindo as atribuições de cada instância que desenvolve ações do Programa <i>Unplugged</i> .
Disseminação dos resultados do estudo	√ Compartilhar os resultados com intuito de reforçar a importância de se desenvolver ações de prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar entre os profissionais da saúde e educação que trabalham no mesmo território.
Pesquisa e estudo avaliativo sobre a implantação	√ Revisar os formulários de acompanhamento preconizados pelo Protocolo de Acompanhamento do Programa elaborado pela EU-Dap, e/ou incluir informações para melhor conhecimento dos resultados a partir das ações realizadas no Brasil (exemplo: incluir o tempo gasto para o planejamento de cada aula). √ Incorporar outros enfoques avaliativos (satisfação dos gestores, dos profissionais de saúde, dimensão das relações interpessoais, análise de implantação).
Cotidiano do ambiente escolar	√ Ampliar a carga horária para aplicar as aulas do Programa <i>Unplugged</i> durante o ano letivo. √ Incluir o apoio da direção das escolas no planejamento das aulas do Programa <i>Unplugged</i> junto aos professores. √ Construir estratégias para superação da fragilidade da aprendizagem dos alunos e indisciplinas.

Fonte: Autoria própria.

Apesar dos dados relevantes que este estudo apresenta, há limitações inerentes ao método que devem ser levadas em consideração, a começar pelo fato de que as escolas participantes do estudo não foram randomizadas, mas indicadas pela Secretaria de Ensino, o que pode ter influenciado os resultados, por terem sido escolhidas escolas que provavelmente se envolveriam de forma mais efetiva com a implantação. Assim sendo, não podemos generalizar os resultados obtidos.

Destaca-se que, para que a prevenção ao uso de drogas se torne cada vez mais efetiva, é preciso que sejam estabelecidas ações conjuntas em prol da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos na perspectiva da Promoção da Saúde que promovam e estimulem mudanças individuais e coletivas que influenciem a ocorrência de problemas de saúde. Faz-se necessário o investimento em pesquisas para apoiar os tomadores de decisões das políticas públicas. Nesse sentido, é fundamental investir em ações por meio de programas educativos nas escolas, criação de espaços públicos para prática de exercícios físicos, bem como elaborar legislação específica proibindo a propaganda do álcool e do tabaco, além dos programas de prevenção ao uso de drogas a serem aplicados nas escolas.

Por fim, salienta-se que a realização da avaliação do processo de implantação do Programa *Unplugged* fortaleceu a integração ensino-serviço, triangulando a ação do Ministério da Saúde e da universidade nas escolas, com a produção de pesquisas e o compartilhamento de saberes e experiências a partir das realidades locais. Nesse sentido, reforçam a premência de se consolidar as ações de prevenção ao uso de drogas nas escolas, pois os resultados encontrados na pesquisa indicam que o tema prevenção ao uso de drogas ainda não integrava o cotidiano e o planejamento das escolas públicas pesquisadas.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEASLEY, L. O. et al. Mixed-methods feasibility study on the cultural adaptation of a child abuse prevention model. **Child Abuse & Neglect**, [S.l.], v. 9, n. 38, p. 1496-1507, 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; Brasília: SENAD, 2010.

CRESWELL, J. **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. 3th ed. London: Sage Publications, 2009.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

EUROPEAN DRUGS ADDICTION PREVENTION TRIAL. **Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents.** Turin, [2004]. (Eudap Final Technical Report, n. 2). Disponível em: <<http://www.eudap.net/pdf/finalreport2.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

FAGGIANO, F. et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 47, n. 5, p. 537-543, 2008.

_____. 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 and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 108, n. 1-2, p. 56-64, 2010.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman Editora, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

GABRHELIK, R. et al. "Unplugged": a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 124, n. 1-2, p. 79-87, 2012.

GIBBS, G. **Qualitative data analysis: explorations with NVivo** (Understanding social research). Buckingham: Open University Press, 2007.

IGLESIAS, E. B. **Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.** Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

KREEFT, P. V. D. et al. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. **Drugs: Education, Prevention, and Policy**, [S.l.], v. 16, p. 167-181, 2009.

MCDAVID, J. C.; HUSE, I.; HAWTHORN, L. R. **Program evaluation and performance measurement: an introduction to practice.** 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.

MEDEIROS, P. F. 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.

PATTON, M. Q. **Qualitative research**. Thousand Oaks: Wiley Online Library, 2005.

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**, Canoas, v. 17, n. 33, p. 9-24, 2015.


SÁNCHEZ, V. et al. Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of reconnecting youth. **Health Education Research**, [S.l.], v. 22, p. 95-107, 2007.

SAUNDERS, R. P.; EVANS, M. H.; JOSHI, P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. **Health Promotion Practice**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 134-147, 2005.

STECKLER, A. B.; LINNAN, L.; ISRAEL, B. **Process evaluation for public health interventions and research**. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

5

EFETIVIDADE DO PROGRAMA #TAMOJUNTO NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS POR ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS



Zila van der Meer Sanchez
Ana Paula Dias Pereira
Juliana Y. Valente
Adriana Sañudo

Introdução

O abuso de álcool e outras drogas é uma das grandes questões da saúde pública na atualidade, sendo o álcool e o tabaco as drogas que mais contribuem para a morbimortalidade da população e para os anos de vida perdidos por incapacidade (WHITEFORD et al., 2013).

O primeiro consumo destas substâncias costuma ocorrer na adolescência, em torno dos 13 e 14 anos de idade, sendo este o principal comportamento de risco identificado entre os adolescentes brasileiros (MALTA, 2011). A idade média de

início deste comportamento evidencia a necessidade de programas de prevenção oferecidos para estes grupos etários (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2003; SLOBODA; BUKOSKI, 2006).

Diante da necessidade de se intervir nessa situação, pesquisadores têm buscado avaliar programas de prevenção que visem à redução do consumo de drogas entre adolescentes (FAGGIANO et al., 2008). Apesar de ainda haver contradições sobre a eficácia de programas de prevenção ao uso de drogas, destinados a

crianças e adolescentes, alguns programas escolares têm evidenciado eficácia significativa na redução do consumo e no retardamento do início do consumo de drogas (STRØM et al., 2014). Entre os modelos de prevenção bem-sucedidos, estão os que consideram as influências sociais para o início do consumo. Entre eles, os mais estudados têm sido os modelos de habilidades para a vida, que oferecem recursos emocionais, comportamentais e sociais para que os jovens lidem com as situações simples e complexas do cotidiano (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2012).

Com base em diretrizes internacionais, 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), decidiu investir na adaptação transcultural de programas de efetividade comprovada, para ampliar a gama de recursos para prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas por meio de fortalecimento de fatores de proteção e redução de fatores de risco para a realidade brasileira. No campo da prevenção escolar para adolescentes, foi selecionado o programa europeu *Unplugged* para ser adaptado e implantado em escolas públicas brasileiras, sob o nome de #Tamojunto (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015).

Como descrito em capítulos anteriores, o #Tamojunto, adaptação brasileira do programa escolar de prevenção europeu *Unplugged*, é um programa de prevenção para adolescentes entre 12 e 14 anos que visa reduzir a progressão do consumo de drogas. Foi desenhado para ser aplicado por professores em sala de aula, em 12 sessões de 1 hora/aula, ministradas semanalmente durante um semestre letivo. Sua estrutura, baseada em evidências científicas, abarca os seguintes eixos temáticos: habilidades sociais, habilidades pessoais, conhecimento e crenças normativas. Durante as sessões, as habilidades trabalhadas compreendem o desenvolvimento de pensamento crítico, tomada de decisões, solução de problemas, pensamento criativo, comunicação eficaz, habilidade interpessoal, autopercepção, empatia e manejo de emoções (KREEFT et al., 2009). Sua efetividade na redução do consumo de álcool e tabaco foi primeiramente identificada em um amplo estudo multicêntrico em sete países europeus (FAGGIANO et al., 2008) e, posteriormente, seu efeito sobre o consumo de maconha foi identificado em um estudo menor na República Tcheca (GABRHELIK et al., 2012).

Avaliação-piloto do programa

Apesar das evidências de resultados importantes na prevenção ao uso de drogas decorrentes da aplicação do Programa *Unplugged* em escolas europeias, não se pode garantir que resultados semelhantes serão efetivamente encontrados no Brasil. Para acompanhar o início da aplicação do *Unplugged* no Brasil, o programa começou a ser avaliado por meio de um estudo-piloto controlado não randomizado. Esta pesquisa foi realizada com 2.185 alunos, de 11 a 15 anos, de 16 escolas públicas em três cidades brasileiras. Análises multinível estratificadas por idade foram usadas para avaliar as mudanças no consumo de drogas ao longo de quatro meses, comparando-se um grupo intervenção, que foi submetido a 12 aulas do programa, a um grupo controle, que não recebeu programa preventivo no período. Os resultados indicaram que o *Unplugged* parece ter estimulado diminuição no uso recente de maconha entre os estudantes de 13 a 15 anos de idade. Além disso, os alunos nesta faixa etária que receberam o programa *Unplugged* mantiveram seu consumo de drogas em valores semelhantes aos observados antes do início do programa. Por outro lado, os alunos que não participaram do programa mostraram tendência a aumentar o seu consumo de álcool, maconha e inalantes ao longo do estudo (SANCHEZ et al., 2016).

Este estudo para avaliação de eficácia, ou seja, que visava compreender o efeito do programa em condições de alto controle de execução, foi realizado em paralelo com um estudo de avaliação de processo, que visou compreender os eixos de fidelidade, aceitabilidade e viabilidade da implantação do programa em 2013. Os dados de avaliação de processo evidenciaram alta aceitabilidade e viabilidade nas escolas públicas brasileiras, porém, apontando para necessidades prementes de redução da quantidade de atividades previstas para cada uma das 12 aulas, a fim de que fosse possível cobrir cada aula no período de 45 a 50 minutos (MEDEIROS et al., 2016). Detalhes desta avaliação foram apresentados no Capítulo 4 da presente obra. Sugerimos ao leitor interessado em compreender os diferentes aspectos da implantação-piloto que faça leitura atenta do referido capítulo.

Avaliação da efetividade do programa

O estudo-piloto, realizado no início do processo de implantação do Programa *Unplugged* no Brasil, que teve como desenho um ensaio controlado não randomizado, não avaliou o resultado do programa em condições reais, ou seja, num modelo de expansão e replicável no universo do qual a amostra do estudo foi extraída, sendo considerado frágil do ponto de vista metodológico. Nesse formato de estudo não randomizado, as escolas que receberam a intervenção foram escolhidas de acordo com a conveniência da equipe de implementação. Logo, tornou-se necessário avaliar, por meio de estudo controlado randomizado, no qual as escolas foram alocadas por sorteio nos grupos intervenção e controle, a efetividade do Programa #Tamojunto na prevenção ao uso de drogas entre estudantes brasileiros. Além disso, após o seu primeiro ano de implantação, o Programa *Unplugged* havia passado por processo de adaptação para a cultura brasileira, sendo renomeado para #Tamojunto, e este novo formato do programa precisava ser avaliado. Tal medida visava alicerçar uma futura política pública de prevenção que permita que as escolas ofereçam programas que demonstrem efetividade no cenário nacional e que sejam inseridos em seu projeto político-pedagógico.

O ensaio controlado randomizado, paralelo, de dois braços – intervenção (que recebeu o Programa #Tamojunto) e controle (que não recebeu nenhum programa de prevenção no período) –, foi realizado entre os alunos de 8º ano do ensino fundamental II (antiga 7ª série), nas escolas públicas de São Paulo, Distrito Federal, São Bernardo do Campo, e de 7º e 8º anos de Florianópolis, Tubarão e Fortaleza, entre os anos de 2014 e 2015. O grupo intervenção recebeu o Programa #Tamojunto, composto por 12 aulas aplicadas por professores da própria escola treinados por equipe da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. O grupo controle não recebeu programa algum de prevenção ao uso de drogas no período do estudo.

Toda a articulação com as secretarias municipal e estadual de Educação e de Saúde e o processo de implantação do Programa #Tamojunto (treinamento e supervisão dos professores) foram realizados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. As cidades participantes do estudo foram escolhidas pelo Ministério da Saúde, tomando por base a identificação dos municípios nos quais já existiam parceria prévia e autorização da gestão local para início da aplicação do Programa

#Tamojunto nas escolas públicas. No entanto, a seleção das escolas participantes do estudo e a alocação nos grupos controle ou intervenção foram randomizadas.

Em cada um dos municípios participantes, foram selecionadas, de modo aleatório, de 4 a 30 escolas (proporcionalmente ao tamanho da cidade) a partir do universo de escolas públicas que ofereciam 8º ano nestas localidades (utilizando-se a lista de registro nacional de escolas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira² – Inep). Entre as escolas sorteadas a participar do estudo, um segundo sorteio aleatório simples determinou o grupo para o qual a escola seria designada, isto é, se a escola seria do grupo controle ou grupo intervenção, sempre mantendo uma razão de alocação 1:1 entre o número de escolas controle e intervenção, por município.

Em cada uma das escolas do grupo intervenção, todos os 8º anos foram convidados a receber o Programa #Tamojunto e a escola indicou um professor por turma para receber a formação de 16 horas sobre o programa. Vale ressaltar que a unidade de randomização entre os grupos foi as escolas e não as turmas. Isso significa que, se uma escola foi sorteada para que a turma do 8º ano fizesse parte do grupo controle, nessa escola não haveria turma do 8º ano como grupo intervenção, e vice-versa. No entanto, a unidade amostral de análise é o aluno.

Destaca-se, ainda, que, por solicitação das Secretarias de Ensino das cidades de Florianópolis, Tubarão e Fortaleza, houve inclusão também dos 7º anos no estudo. Dessa maneira, nas escolas sorteadas nestas localidades, a amostra incluiu todos os 7º e 8º anos. No entanto, vale destacar que, por motivo de mudanças estruturais no sistema de séries e anos, a solicitação por inclusão dos 7º anos nestas cidades deu-se por apresentarem perfil etário de 8º anos (alunos de 12 e 13 anos).

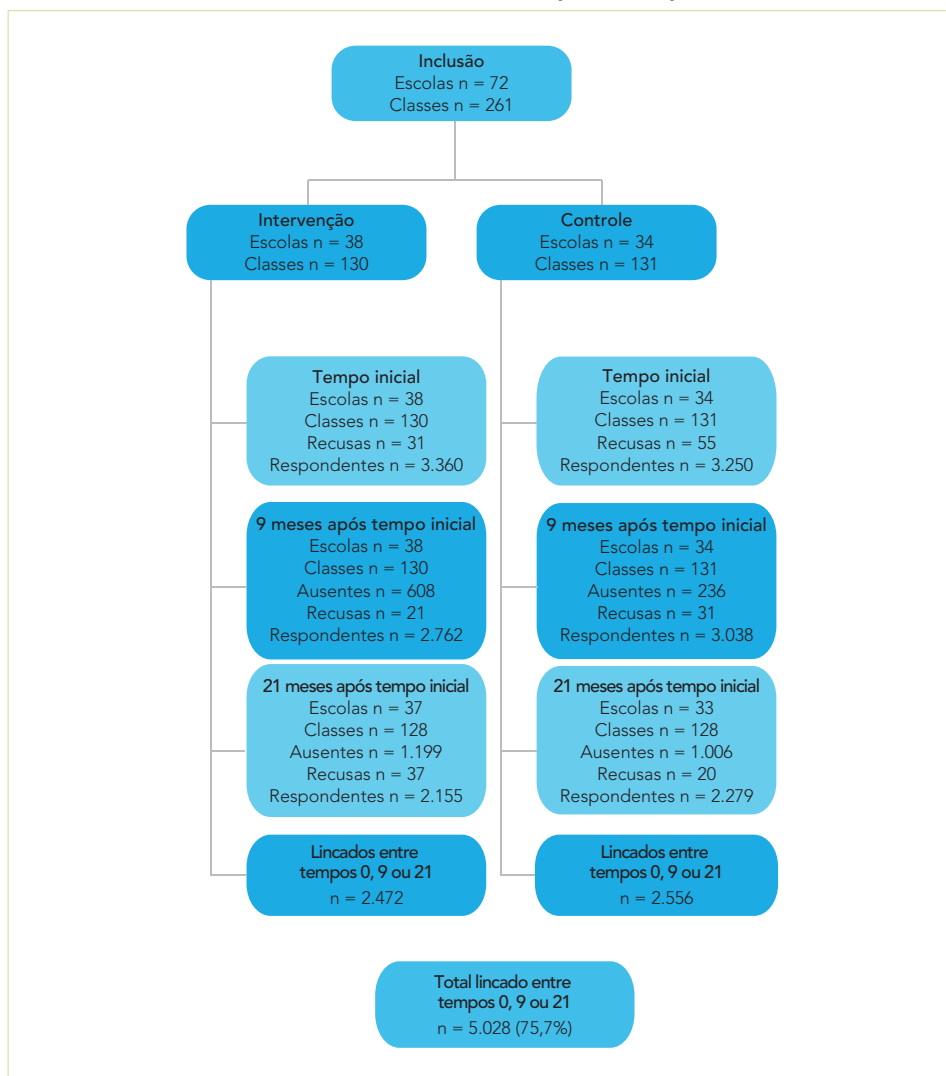
O fluxograma a seguir (**Figura 1**) representa a distribuição dos casos investigados ao longo dos 21 meses de coleta de dados. O estudo foi realizado em 261 turmas de 72 escolas, em seis cidades do Brasil. Participaram do estudo 6.610 alunos no tempo inicial, 5.800 no acompanhamento de 9 meses e 4.434 no acompanhamento de 21 meses. Para as análises de 9 meses, foi possível parear (ou lincar) os questionários de 4.231 sujeitos, ou seja, sujeitos que responderam tanto ao questionário do tempo inicial quanto ao questionário de 9 meses. Para as análises de 21 meses, este pareamento ou lincagem incluiu 5.028 sujei-

² Data Escola Brasil, 2014 - <<http://portal.inep.gov.br>>.

tos, ou seja, aqueles que responderam necessariamente ao questionário do tempo inicial; E/OU ao questionário do tempo 9 meses; E/OU ao questionário do tempo 21 meses.

A **Tabela 1** apresenta a distribuição da amostra em cada uma das cidades e evidencia a proporção de pareamento entre os participantes no tempo.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO, BRASIL, 2014/2015



Fonte: Autoria própria.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS ESCOLAS, TURMAS E ESTUDANTES QUE PARTICIPARAM DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO, BRASIL, 2014-2015, PAREAMENTO FINAL PARA AS ANÁLISES INTEGRADAS DE 0, 9 E 21 MESES

Cidade	Escolas	Turmas	Estudantes respondentes tempo inicial	Estudantes pareados (lincados)	% pareamento (lincagem)
Distrito Federal	4	23	598	446	74,6
Fortaleza	11	23	550	355	64,5
São Bernardo do Campo	10	35	922	720	78,1
São Paulo	31	123	3.274	2.548	77,8
Florianópolis	8	37	929	697	75,0
Tubarão	8	20	364	262	72,0
Total	72	261	6.637	5.028	75,8

Fonte: Autoria própria.

A avaliação dos padrões de consumo de drogas, dados sociodemográficos e demais variáveis foram avaliadas nos dois grupos por meio de um questionário estruturado, anônimo e de autopreenchimento. Dados de tempo inicial foram coletados simultaneamente nas escolas controle e intervenção, duas semanas antes do início da implantação do programa (fevereiro de 2014). Foram realizados dois acompanhamentos com preenchimento do mesmo questionário pelos alunos de ambos os grupos, sendo o primeiro deles 9 meses após a coleta do tempo inicial (novembro de 2014) e o segundo 21 meses após tempo inicial (novembro de 2015). Dessa maneira, este estudo possui três momentos de avaliação: mês 0, mês 9 e mês 21.

O instrumento usado para a coleta de dados foi originalmente desenvolvido e testado pela EU-Dap e usado nos estudos prévios de efetividade do *Unplugged* (FAGGIANO et al., 2008). No Brasil, foi usada uma versão traduzida e adaptada para o português (PRADO et al., 2016), com algumas questões substituídas por perguntas feitas a partir de dois questionários amplamente usados em diversos estudos entre estudantes no Brasil: o questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizado pelo Centro Brasileiro de

Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) (BRASIL, 2010), e o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), usado pelo Ministério da Saúde (IBGE, 2012).

A integração dos três bancos de dados obtidos deu-se por meio do pareamento dos códigos secretos que foi realizado por intermédio da distância de Levenshtein (1965) entre “strings”, o qual permitiu identificar similaridade entre os códigos secretos que foram gerados pelos adolescentes em cada uma das coletas de dados.

Para avaliar o resultado da intervenção (efeito do programa) nas variáveis “uso no mês” e “uso na vida” do álcool, o qual envolve dados longitudinais (0, 9 e 21 meses) e com coletas em grupo, optou-se pela análise por meio de modelos de equação de estimação generalizadas (*Generalized Estimated Equation Models* – GEE). Modelos GEE levam em conta a não independência dos dados coletados em um mesmo indivíduo ao longo do tempo, além de considerar os indivíduos dentro das escolas, ou seja, um modelo de análise longitudinal que permitiu levar em consideração tanto a estrutura de amostragem dos dados como também a correlação existente entre as observações de um mesmo estudante, avaliado em mais de um momento no tempo.

Para avaliação do “início do uso” do álcool e outras drogas, foram usados os modelos de regressão Cox, considerando como desfecho o **primeiro uso**, o qual foi obtido a partir da resposta à questão “Você já experimentou e/ou fez uso ...” de cada uma das drogas avaliadas no estudo (uso na vida).

Todas as análises foram ajustadas pelas seguintes variáveis independentes: sexo, idade, ano escolar em curso, Abep e cidade.

A intervenção avaliada nas escolas brasileiras

Após processo de adaptação cultural, o Programa #Tamojunto foi aplicado aos alunos em sala de aula por professores que participaram na formação inicial ministrada pela equipe da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. As 12 aulas foram guiadas pelo *Guia do professor* e apoiadas pelo *Caderno do aluno*. A cada aula, foram realizadas de três a cinco atividades abordando crenças normativas, informações sobre drogas e habilidades de vida.

O #Tamojunto é composto por quatro aulas sobre atitudes e conhecimentos a respeito de drogas, quatro aulas sobre habilidades sociais e interpessoais e quatro aulas sobre habilidades pessoais. O *Guia do Professor* ofereceu informações sobre os procedimentos de cada aula, objetivos, materiais necessários, dicas e atividades a serem cumpridas. O *Caderno do Aluno* ofereceu atividades que foram aplicadas pelo professor em cada aula e realizadas pelos alunos individualmente ou em pequenos grupos. Cada aluno recebe seu caderno no início das aulas e segue com ele até a finalização das 12 aulas.

Ao final de cada aula, os professores deveriam preencher um questionário para controle da dose de programa ofertada em cada aula. Para garantia de razoável fidelidade em relação ao modelo metodológico preconizado e continuidade da implantação, a proposta era de que os professores fossem acompanhados e tivessem interlocução com as multiplicadoras da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (MS). Estas multiplicadoras lhes orientavam sobre o processo de implantação, sanavam dúvidas sobre as atividades previstas nos manuais, sustentavam a continuidade da aplicação do programa nas escolas participantes e colhiam apontamentos de adaptações necessárias à revisão e ao aprimoramento da versão brasileira, segundo a ótica dos professores implementadores e os desafios cotidianos de sala de aula. Essas supervisões foram realizadas por intermédio de reuniões presenciais, *e-mails* ou telefone.

A maioria das turmas (89%) recebeu as 12 aulas previstas do programa. No entanto, na cidade de São Paulo, a prevalência de turmas que completaram as 12 aulas foi de 80%, e na cidade de Florianópolis foi de 93,7%. O fato de uma turma completar o programa **não garante** dois aspectos importantes: 1) todos os alunos estarem presentes em todas as 12 aulas (a proporção de faltas entre estudantes de escolas públicas brasileiras é muito alta e o controle de presença é falho nas escolas); 2) o professor ter seguido o passo a passo e as indicações feitas no *Guia do professor* em todas as atividades previstas em cada uma das aulas programadas.

Características da amostra do estudo

As características da amostra são apresentadas na **Tabela 2**. As diferenças observadas na distribuição por cidade e por ano são oriundas do desenho do estudo.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES COM DADOS LINCADOS NOS TRÊS MOMENTOS DE COLETA, DE ACORDO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E GRUPO DE ALOCAÇÃO NO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO. BRASIL, 2014-2015 (N = 5.007)

	Total (N = 5.007)		Grupo				P
			Intervenção (N = 2.460)		Controle (N = 2.547)		
	N	%	N	%	N	%	
Cidade							<0,001
Distrito Federal	445	8,9	232	52,1	213	47,9	
Fortaleza	354	7,1	145	41,0	209	59,0	
Tubarão	261	5,2	124	47,5	137	52,5	
Florianópolis	694	13,9	295	42,5	399	57,5	
São Bernardo	718	14,3	368	51,2	350	48,6	
São Paulo	2.535	50,6	1.304	51,1	1.244	48,8	
Sexo							0,238
Meninos	2.459	49,1	1.229	50,0	1.230	48,3	
Meninas	2.548	50,9	1.231	50,0	1.317	51,7	
Faixa etária							0,015
11-12 anos	2.812	56,2	1.339	54,4	1.473	57,8	
13-15 anos	2.195	43,8	1.121	45,6	1.074	42,2	
Ano							<0,001
7º ano	715	14,3	301	12,2	414	16,2	
8º ano	4.292	85,7	2.159	87,8	2.133	83,8	

Fonte: Autoria própria.

Efeitos do programa no uso de drogas

Na comparação entre os grupos intervenção e controle, em cada momento de avaliação, observou-se não haver efeito do programa no uso recente (consumo no último mês) de nenhuma das drogas avaliadas (álcool, maconha, inalantes, tabaco, cocaína e crack, além da prática de *binge drinking*), conforme apresentado na **Tabela 3**. O que se nota é um aumento do consumo no período de 9 e 21 meses, mas que ocorre de maneira igual entre os grupos controle e intervenção, evidenciando que o programa não influenciou de maneira estatisticamente significativa nestas medidas recentes de consumo de drogas.

TABELA 3 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS E AVALIAÇÃO DO EFEITO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO NA DISTRIBUIÇÃO DE USO NO MÊS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ESTUDANTES PARTICIPANTES DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO, 2014-2015

Uso no mês	Momento inicial			9 meses de acompanhamento			21 meses de acompanhamento			Efeito #Tamojunto ^b	
	I	C	p ^a	I	C	p ^a	I	C	p ^a	9 meses	21 meses
	%	%		%	%		%	%		%	OR ^c (IC 95%)
Álcool	14,4	13,2	0,358	18,5	17,5	0,768	28,2	26,5	0,397	0,95 (0,78-1,15)	0,98 (0,82-1,19)
Binge drinking	11,4	9,8	0,137	13,6	12,1	0,369	19,8	17,7	0,236	0,94 (0,75-1,18)	0,96 (0,77-1,19)
Tabaco	1,3	1,1	0,695	2,5	2,6	0,695	3,4	3,2	0,718	0,84 (0,47-1,49)	0,96 (0,55-1,70)
Inalante	2,5	2,6	0,776	3,5	3,8	0,504	3,6	4,5	0,151	0,94 (0,61-1,46)	0,83 (0,53-1,29)
Maconha	1,0	0,5	0,114	2,7	2,4	0,668	5,0	3,8	0,135	0,64 (0,31-1,30)	0,75 (0,37-1,48)
Cocaína	0,04	0,12	0,304	0,10	0,14	0,608	0,17	0,27	0,383	2,05 (0,11-36,9)	1,72 (0,12-25,3)
Crack	0,00	0,12	0,984	0,05	0,05	0,999	0,06	0,05	0,984	Não estimável	

Fonte: Autoria própria.

Nota: I = intervenção; C= controle.

^a Comparação entre grupos obtido via modelo GEE ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar, Cidade e Abep. ^b Efeito da interação entre Grupo e Tempo nomeada de efeito #Tamojunto, obtido via modelo GEE ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar, Cidade e Abep. ^c OR: odds ratio estimado via modelo de equação de estimação generalizada (GEE).

A **Tabela 4** apresenta as comparações de relato de **uso no ano** entre os grupos, em cada um dos momentos de avaliação, a partir da qual se verifica que há tendência de crescimento desta medida em ambos os grupos e em todos os tempos, reflexo do que é esperado nesta faixa etária dos investigados. No momento inicial, não se notam diferenças na prevalência entre os grupos, porém, com o passar dos meses de acompanhamento, há crescimento menor no consumo de inalantes entre os adolescentes que receberam o programa quando comparados aos que não receberam. No grupo intervenção, o consumo de inalantes “no ano” iniciou-se em 8,6% e, após 21 meses, era de 9,9%. No grupo controle, essa prevalência no início do estudo era de 7,8% e, ao final, de 10,9%. As comparações feitas em cada tempo evidenciam significância estatística na diferença das prevalências entre os grupos apenas no tempo 9 meses ($p=0,028$). A análise de GEE reflete que, aos 9 meses, o grupo intervenção tinha 28% menos chance de reportar aumento no consumo de inalantes do que o grupo controle ($OR=0,72$; $IC95\% 0,57-0,92$). O efeito não se manteve no tempo e a significância deste efeito protetor do programa foi perdida aos 21 meses.

Quando tomamos por base o uso de álcool no ano, o efeito parece ser oposto, ou seja, há pequeno crescimento maior no relato de uso no ano, após 9 e 21 meses, no grupo intervenção quando comparado ao controle. Para ficar mais claro, vale observarmos as prevalências: no caso do grupo intervenção, iniciou-se em 30,1% e, após 21 meses, era de 49,8%. No caso do grupo controle, iniciou-se em 29,9% e era de 45,8%, após 21 meses. Entre as drogas investigadas, o álcool é a única em que se evidenciam diferenças significativas entre os grupos nos tempos 9 e 21 meses, sendo que nestes momentos há mais relatos de uso no ano de álcool no grupo intervenção, quando comparado ao controle.

Os resultados da análise de GEE para este crescimento diferenciado de uso de álcool no ano entre os grupos evidenciam que há efetivamente aumento maior no grupo intervenção do que no grupo controle, sendo ele de 16% ($OR=1,16$; $IC95\% 1,02-1,33$ aos 9 meses; $OR=1,16$; $IC95\% 1,00-1,35$ aos 21 meses).

Para as outras drogas, o crescimento da prevalência no tempo pode ser considerado igual entre os dois grupos investigados, visto que as diferenças observadas foram todas não significativas para um nível de confiança de 95%. No entanto, não podemos deixar de destacar que, para todas as outras drogas (exceto *crack*), a tendência do efeito do programa é protetor, ou seja, as estimativas pontuais do *odds ratio* são inferiores a 1, apesar de não significantes.

TABELA 4 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS E AVALIAÇÃO DO EFEITO #TAMOJUNTO DA DISTRIBUIÇÃO DE USO NO ANO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE ESTUDANTES PARTICIPANTES DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO, 2014-2015

Uso no Ano	Momento inicial			9 meses de acompanhamento			21 meses de acompanhamento			Efeito #Tamojunto ^b	
	I	C	p ^a	I	C	p ^a	I	C	p ^a	9 meses	21 meses
	%	%		%	%		%	%		%	OR ^c (IC 95%)
Álcool	30,1	29,9	0,883	37,4	33,7	0,027	49,8	45,8	0,028	1,16 (1,02-1,33)	1,16 (1,00-1,35)
<i>Binge drinking</i>	14,3	13,7	0,668	18,5	16,3	0,193	25,4	24,9	0,969	1,07 (0,89-1,29)	0,96 (0,80-1,16)
Tabaco	3,1	2,6	0,333	5,2	5,1	0,936	7,4	6,6	0,298	0,86 (0,60-1,22)	0,96 (0,66-1,41)
Inalante	8,6	7,8	0,350	9,2	10,9	0,028	9,9	10,9	0,262	0,72 (0,57-0,92)	0,80 (0,61-1,05)
Maconha	1,9	1,3	0,132	5,3	4,3	0,221	8,1	7,2	0,345	0,84 (0,54-1,30)	0,80 (0,50-1,28)
Cocaína	0,16	0,24	0,483	0,25	0,37	0,385	0,23	0,43	0,204	0,96 (0,20-4,62)	0,73 (0,13-4,14)
Crack	0,04	0,16	0,218	0,10	0,23	0,318	0,11	0,22	0,437	1,66 (0,11-25,8)	2,01 (0,12-32,1)

Fonte: Autoria própria.

Nota: I = Grupo Intervenção; C = Grupo Controle.

^a Comparação entre grupos obtido via modelo GEE, ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar, Cidade e Abep. ^b Efeito da interação entre Grupo e Tempo nomeada de efeito #Tamojunto obtido via modelo GEE, ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar, Cidade e Abep. ^c OR: *odds ratio* estimado via modelo de equação de estimação generalizada (GEE).

Iniciação do uso das diferentes drogas no período do estudo

Os alunos que relataram não terem usado drogas no momento da coleta inicial poderiam ou permanecer como não casos (continuar no *status* de “não uso na vida”) ou se tornar caso (passar a declarar “uso na vida”), ou seja, poderiam realizar ou não o primeiro uso de drogas após o início do estudo. A avaliação das mudanças de *status* de uso na vida entre os sujeitos não usuários no tempo inicial reflete uma análise de primeiro uso, consi-

derando caso – primeiro uso – o sujeito que relatou “não uso” no tempo inicial e “uso” no tempo 9 ou 21 meses e desconsiderando os sujeitos que já eram usuários (casos), como apresentado na **Tabela 5**.

Para esse tipo de avaliação de incidência do primeiro uso, utiliza-se análise de sobrevivência, por meio de modelagem Cox para controle de potenciais confundidores. Destaca-se que o denominador das proporções usadas são apenas os sujeitos que potencialmente poderiam se tornar casos, ou seja, aqueles que ainda não haviam feito o consumo da droga avaliada. Assim, observamos que, para inalantes, há maior risco de se realizar o primeiro uso entre aqueles do grupo controle quando comparado aos do grupo intervenção. A incidência do primeiro uso em 21 meses foi de 15,8% no grupo intervenção e de 19,6% no grupo controle, evidenciando um risco 21% menor de primeiro uso no grupo intervenção (HR= 0,79 IC95% 0,69-0,92; p=0,002).

Entre os 1.309 sujeitos do grupo intervenção que poderiam realizar primeiro uso de álcool durante o estudo, 682 (52,1%) o fizeram. No grupo controle, entre 1.376 não casos no tempo inicial, 656 (47,7%) tornaram-se casos durante o estudo, na análise de intenção de tratamento, o que significa que os adolescentes do grupo intervenção tiveram um risco 13% maior (HR=1,13, IC95% 1,02-1,26; p=0,025) de realizarem o primeiro uso de álcool nos 21 meses do estudo do que os que estavam no grupo controle.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES EXPOSTOS AO PRIMEIRO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS AO LONGO DE 21 MESES DE ACOMPANHAMENTO SEGUNDO GRUPO. RESULTADOS DA ANÁLISE MULTIVARIADA PARA O ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO #TAMOJUNTO

	Grupos						Análise multivariada		
	Intervenção			Controle					
	Nunca usou ^a	Fez uso ^b	%	Nunca usou ^a	Fez uso ^b	%	HR ^c	(IC 95%)	p ^d
	N	N	%	N	N	%			
Álcool	1.309	682	52,1	1.376	656	47,7	1,131	1,016-1,260	0,025
Binge drinking	2.043	496	24,3	2.156	525	24,3	0,993	0,878-1,123	0,910
Tabaco	2.290	293	12,8	2.376	307	12,9	0,994	0,846-1,167	0,938

continua
→

conclusão

	Grupos								
	Intervenção			Controle			Análise multivariada		
	Nunca usou ^a	Fez uso ^b	%	Nunca usou ^a	Fez uso ^b	%			
	N	N	%	N	N	%	HR ^c	(IC 95%)	p ^d
Inalante	2.018	319	15,8	2.098	412	19,6	0,794	0,686-0,920	0,002
Maconha	2.371	223	9,4	2.473	262	10,6	0,888	0,742-1,603	0,195
Cocaína	2.448	21	0,86	2.530	26	1,03	0,769	0,431-1,371	0,373
Crack	2.447	10	0,41	2.532	14	0,55	0,739	0,327-1,673	0,469

Fonte: Autoria própria.

^a Tempo inicial. ^b 9 e 21 meses de acompanhamento. ^c HR: *hazard ratio* estimado via modelo de regressão de riscos proporcionais de Cox. ^d Comparação entre grupos obtida via modelo de regressão de riscos proporcionais de Cox, ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar, Cidade e Abep.

Para sintetizar, os resultados do presente estudo evidenciaram efeito protetor do programa no consumo de inalantes, ou seja, os sujeitos do grupo controle tiveram mais chance de terem reportado uso no ano de inalantes em curto prazo de tempo (após 9 meses de estudo), mas não em longo prazo (após 21 meses). Além disso, foi identificada no grupo intervenção uma redução de 21% no risco de se realizar o primeiro uso de inalantes nos 21 meses de estudo, quando comparado ao grupo controle, sugerindo que o programa atrasou o uso de inalantes entre os estudantes que participaram do programa. Este achado é inovador, uma vez que estudos anteriores de avaliação do Programa *Unplugged* não haviam evidenciado efeito sobre o uso de inalantes (GALANTI et al., 2007; FAGGIANO et al., 2008; 2010; GABRIELIK et al., 2012). Logo, é importante ressaltar a relevância deste resultado positivo do programa na redução do consumo de inalantes, já que no Brasil a prevalência de uso de inalantes entre adolescentes é considerada alta. Estudo epidemiológico de base populacional realizado com 50.890 estudantes de 10 a 19 anos, em 27 capitais brasileiras, apontou que 8,7% relataram consumo na vida de inalantes, evidenciando importante problema social e de saúde pública no âmbito escolar (BRASIL, 2010). O consumo de inalantes é um problema global associado com doenças mentais, atividade criminosa e consumo de múltiplas drogas (SNYDER; HOWARD, 2015). Além disso, o inalante parece ser uma substância intermediária entre o uso de drogas legais e ilegais, uma vez que o seu uso está associado ao uso de maconha (SANCHEZ et al., 2013). Logo, a não utilização de inalantes pode proteger os adolescentes do uso de outras drogas ilícitas.

Por outro lado, quando consideramos o efeito do programa na prevalência de uso de álcool, os sujeitos do grupo intervenção se expuseram mais do que os do grupo controle, ou seja, há maior incidência de primeiro uso e prevalência de uso no ano desta substância entre os adolescentes do grupo intervenção quando comparados aos do grupo controle. Esta diferença não foi observada para uso no mês nem para o padrão *binge drinking* de consumo, sugerindo que não houve efeito negativo do programa para o padrão mais arriscado de consumo de álcool.

Tais resultados contrariam os achados positivos do maior estudo já realizado para avaliação do Programa *Unplugged*, que deu origem ao #Tamojunto (FAGGIANO et al., 2008; FAGGIANO et al., 2010). Tal efeito, oposto ao esperado, evidencia a necessidade de reflexão, uma vez que, quando se fala de programas de prevenção, o álcool ainda é o alvo prioritário, tendo em vista os problemas de saúde pública que ele acarreta (REHM et al., 2009). Podemos considerar que alguns componentes do programa relacionados ao uso de álcool podem estar sendo interpretados de maneira equivocada pelos estudantes ou professores brasileiros. Além do mais, parece que as crenças normativas que o programa pretende trabalhar, no que tange o consumo de álcool, não podem ser extrapoladas do cenário europeu para o cenário brasileiro. De acordo com Olds, Thombs e Tomasek (2005), há ampla variedade de fatores associada à iniciação do consumo de drogas entre adolescentes. Para o primeiro uso do álcool, há grande influência da aceitação percebida do consumo entre os pares. Nesse sentido, jovens expostos a um grupo no qual se tolera amplamente o consumo acabam tendo maior tendência a fazer o primeiro uso de álcool. Além disso, a antecipação do primeiro uso de álcool após exposição ao programa pode ter ocorrido pela facilidade de acesso, excesso de consumo desta substância já presente na cultura dos adolescentes (DE LA ROSA, 2002).

O contexto social brasileiro pode ser um risco por si só por causa de sua fraca política de prevenção ambiental, incluindo a tributação, a promoção e o controle de vendas de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA, 2007). Apesar da venda ou oferta de bebidas alcoólicas a adolescentes (<18 anos) ser proibida por lei, não há efetiva aplicação da lei e o consumo de álcool por adolescentes é culturalmente aceito, uma vez que não é comumente considerado uma droga (PECHANSKYA; SZOBOTA; SCIVOLETTOB, 2004).

Atrito

O atrito é calculado para que se saiba se os adolescentes perdidos ao longo do tempo do estudo diferem daqueles que foram acompanhados. Como esperado, há diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que foram localizados em pelo menos um dos acompanhamentos e aqueles que foram perdidos, ou seja, responderam apenas ao tempo inicial. Observa-se que há ligeiramente maior proporção de meninas entre os estudantes encontrados em um dos acompanhamentos, idade média um pouco menor, e mais casos de oitavo ano, quando comparados aos alunos perdidos ao longo do tempo. É possível afirmar, em linhas gerais, que há maior consumo de drogas relatado pelos estudantes que foram encontrados apenas no tempo inicial (fevereiro de 2014) e não foram mais localizados nos outros pontos do tempo, quando comparado aos que responderam a pelo menos um dos acompanhamentos. Exceto pelo *crack* (uso no mês, ano e vida) e inalantes (uso na vida e no ano), notam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que tange o perfil de consumo de drogas no tempo inicial, o que sugere que os adolescentes perdidos têm um perfil de consumo mais intenso do que os que foram localizados, e limita as conclusões do estudo para o perfil de maior risco. Chama a atenção a diferença de relato de prática de *binge drinking* e maconha entre os grupos. Entre os adolescentes acompanhados no tempo, a prevalência de uso na vida de maconha foi de 2,9%, enquanto que no grupo de perdas esta prevalência foi de 8,1%. No caso do *binge*, a diferença para uso na vida variou de 15,7% para 26,6% entre os grupos.

O atrito é a principal limitação do estudo. O número excessivo de alunos não encontrados nas escolas, durante o momento inicial e os acompanhamentos da pesquisa, limitam a generalização dos resultados. Trata-se de um problema do contexto social brasileiro, uma vez que há dificuldade em ter todas as crianças frequentando escolas. Uma pesquisa nacional recente encontrou que cerca de 20% dos alunos estão ausentes das escolas públicas (IBGE, 2012). No nosso caso, 36% dos adolescentes entrevistados no *baseline* não conseguiram ser reencontrados aos 9 meses, e 25% não foram reencontrados nem aos 9 nem aos 21 meses. Entretanto, é importante notar que outros ensaios controlados acham taxas de atrito semelhantes (ARIZA et al., 2013; NEWTON et al., 2010; SHOPE et al., 1992). De acordo com uma meta-análise das intervenções preventivas escolares, as taxas de atrito variaram de 5% a 52% (STRØM et al., 2014).

Processo de implantação: avaliação qualitativa das entrevistas com os professores

No início da aplicação do Programa *Unplugged*, existia a necessidade de acompanhar a implantação do programa nas escolas brasileiras, visando aprimorar a fidelidade deste processo. Para tal, foi realizado estudo qualitativo para verificar, por meio dos discursos dos professores envolvidos na aplicação do programa, as situações vivenciadas por eles, refletindo, assim, as necessidades de adaptação desta primeira versão do #Tamojunto.

Os professores foram selecionados por meio de sorteio aleatório simples de escolas e de professores que participaram da implantação do programa. Participaram do estudo 19 professores de 14 escolas envolvidas na aplicação do programa. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas a partir de roteiro previamente estabelecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Devido à natureza qualitativa dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, com o referencial teórico proposto por Bardin. A análise de conteúdo divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

Os dados foram organizados em dois grandes eixos: implantação e fidelidade do programa, para permitir a compreensão do contexto no qual o programa foi inserido e quais foram os aspectos mais relevantes apontados pelos sujeitos, em diferentes níveis de envolvimento e participação no programa. Os discursos apresentados são identificados com a sigla da cidade e a ordem de entrevista realizada.

Facilidades e dificuldades do processo de implantação

De acordo com os relatos dos professores que aplicaram o programa, é unânime que a formação que os professores receberam para a implantação se faz necessária, uma vez que é neste momento que ele lhes é apresentado. É o momento no qual os professores entram em contato com algumas das atividades do material didático e preparam-se para posteriormente aplicá-las com os alunos, facilitando assim a implantação do programa em sala de aula.

“Eu acho que é bem esclarecedor, porque ler [o material], coloca em prática situações que você vai realizar em sala de aula, então quando eu preparava a aula, eu já lembrava que isso daqui eu já tinha feito no curso, então eu já sabia mais ou menos como eu ia fazer a situação.” (SBC 04)

Apesar da avaliação positiva da formação ter sido unânime, a maioria dos professores considerou insuficiente a carga horária da formação, sugerindo que o tempo destinado a ela fosse maior, já que sentiram necessidade de discutir melhor os temas e as dinâmicas a serem trabalhadas com os adolescentes. Observou-se também que os profissionais que ministraram as aulas no curso de formação foram considerados competentes e bem informados.

No que tange à qualidade do material didático usado na aplicação do programa (manual do professor e do aluno), os discursos dos professores reforçam que este aparentemente cumpre o que se propõe, ao explicitar as atividades de maneira clara e atrativa, porém, peca no planejamento do tempo proposto para cada atividade.

De acordo com a experiência dos professores, as multiplicadoras desempenhavam papel crucial no programa, sanando dúvidas do processo de implantação e das atividades previstas no manual. No modelo da implementação proposto pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil, as multiplicadoras nacionais do MS ofereceram, em 2014, apoio e realizaram monitoramento das ações e da capacitação contínua dos profissionais durante a aplicação do programa.

“Ela [multiplicadora] foi muito objetiva, muito clara, foi muito bom. Ela trouxe todas as informações, visitou a escola diversas vezes, tirou as dúvidas, tentou adequar o horário da equipe de saúde na escola, tentou trazer a palestra para os pais.” (SP01)

Outra categoria identificada como importante para que a implantação do programa ocorra de forma adequada é o papel da escola enquanto instituição no suporte das demandas do professor no decorrer do desenvolvimento do programa. Tal suporte é observado em situações como a disponibilização de salas adequadas para as dinâmicas, materiais e alternativas de horários para preparação de aula e, até mesmo, na escolha dos professores (professores que decidiram por vontade própria aderir ao programa *versus* professores que foram obrigados por seus diretores a iniciar a implantação). Numa situação em que a

escola não está realmente aberta ao programa de prevenção, o professor encontra alguns obstáculos que atrapalham a realização do programa.

Algumas escolas participantes do programa demonstraram total apoio e atenção às necessidades dos professores ao desenvolver o #Tamojunto. Em contrapartida, houve escolas que dificultaram ou impediram a implantação do programa. Nesse sentido, se o programa traz consigo o conceito essencial da interação escola-saúde e o primeiro nível de uma boa interação não acontece dentro da própria escola, o professor aplicador do programa não tem o espaço e a oportunidade de implantar suas atividades com a qualidade necessária.

“A coordenação não acompanhou o encontro com os pais. Isso aí era realmente eu. Então o projeto aconteceu só com o professor, não houve envolvimento da gestão. Eles achavam que o programa atrapalhava a rotina da escola.” (SP06)

A indisciplina dos alunos apareceu como uma das mais importantes dificuldades encontradas no processo de implantação do programa. A indisciplina não só foi responsável por um mau aproveitamento de conteúdo pelo aluno como também por uma demanda maior de tempo para que o professor conseguisse organizar a sala de aula e aplicar as atividades propostas pelo programa.

“[Programa] é bem legal, só que aí você conta assim com a falta de maturidade, com a indisciplina, grupo muito grande, eu não acredito mais nisso, a gente tinha 33 alunos por turma. Então você não consegue, sabe, aquele perfil necessário para que aconteça isso, né, porque você tem que ter o respeito, você tem que silenciar, você tem que ouvir, você tem que, sabe, dialogar com o outro, e aí você não consegue com um grupo grande com muito problema de indisciplina.” (SP07)

Outra categoria que emergiu foi a receptividade dos alunos diante do programa. Mesmo com alguns professores levantando a questão da imaturidade e da falta de conhecimento/preparação dos alunos para realizar as atividades, a maioria reconhece o interesse dos alunos por discutir os temas apresentados nas aulas e referem que ele têm demanda por compartilhar suas experiências de vida e suas dúvidas. Nesse sentido, o programa oferta espaço para que o aluno se expresse e seja ouvido. Esta alta receptividade pode ser notada no clima de festa que o programa ocasionou na turma de alunos do professor a seguir.

“Lá no final, estava acabando o semestre e eles estavam entrando de férias. Eles só estavam vindo [na escola] por causa do programa e eles queriam uma festa, porque aqui teve festa para acabar o #Tamojunto. Então eles trouxeram pratos de salgado, pratos de doce, organizaram uma festa, tiraram foto.” (SP06)

Em suma, a demanda dos alunos pela abordagem dos temas do programa e o interesse deles pelas dinâmicas propostas e pelo espaço de discussão criado pelo programa tornaram-se a principal facilidade para a implantação do Programa #Tamojunto. Tais situações podem impulsionar melhores resultados na eficácia do programa, visto que facilitam a participação dos alunos. No entanto, até que este interesse se estabeleça, o professor tem que lidar com as situações de indisciplina e imaturidade que comprometem a aplicação inicial do programa.

Fidelidade

O tempo previsto a ser destinado a cada aula do programa foi apontado pela maioria dos professores como insuficiente e como o maior comprometedor da fidelidade. Os professores que não tinham a opção de expandir o tempo de cada aula tiveram que retirar algumas atividades, por conta própria. Destaca-se, como consenso, que o tempo previsto na apostila para cada atividade não condiz com a realidade da sala de aula. Além disso, o tempo de deslocamento até a sala de aula e o tempo de organização do espaço físico para a atividade proposta não é levado em conta na distribuição do tempo da aula que aparece na apostila, como descreve o discurso a seguir.

“É, vocês colocam 5 [minutos] para isso, 10 [minutos] para aquilo, mas isso é complicado quando a gente tá ali na prática com o adolescente. Porque para eles se organizarem demora mais tempo, para eles começaram a falar, um pouquinho mais de tempo. Então tem que falar: “Gente, parou” [...] Mas você não pode ficar cortando, senão na próxima aula ele fica calado. Sempre consegui [aplicar o conteúdo de uma aula] em duas aulas, às vezes uma aula e meia, mas nunca menos que isso.” (SBC01)

Além disso, a falta de tempo aparece como limitante em diversas etapas do programa, a saber: tempo da formação dos professores, tempo para os professores planejarem as

aulas, tempo de cada aula e duração total do programa em si. Este cenário acarretou diversas adaptações feitas pelos professores no processo de implantação. Segue um relato de um professor que elucida a questão do tempo em mais de um momento do programa e evidencia que a qualidade da aplicação pode ter sido prejudicada pela falta de compreensão do conteúdo e pela necessidade de preparação do material em seu horário de descanso:

“A formação é muito rápida, então você mistura tudo: as técnicas com os energizadores. Você precisa ler com calma. Tem partes do material do professor, que você precisa reler, porque de primeira não consegui entender. Eu na minha vida profissional toda nunca me senti tão, sacrificada para entender, porque o tempo muito curto, e eu tinha que entender como fazer cada aula, e eu lia onze e meia, meia noite, uma hora da manhã e eu não tinha com quem tirar as dúvidas.” (FO02)

Segundo os educadores, foi inevitável fazer algumas adaptações das aulas e chegou-se ao ponto de retirar algumas atividades indiscriminadamente. As atividades mais comprometidas pela falta de tempo ou pela “falta de interesse” dos alunos ou professores, quase por unanimidade, foram os energizadores, que acabam sendo os primeiros a serem excluídos.

“Teve algumas adaptações. Eu lembro que foi por causa do tempo também e algumas que achei que não ia ficar legal. Tipo energizador do aperto de mão, que eu acho que ficou meio cansativo pra eles. Teve o da mímica também, que uma sala foi e a outra não gostou muito, ficaram meio tímidos na hora de fazer a mímica. Acho que mudei só alguns energizadores.” (SBC01)

“A gente tem que incluir alguma coisa mais chocante, porque eles não são tão inocentes quanto a gente pensa. E eu tirei um tempo a mais de aula, e eu coloquei... Eu tirei 25 minutos e coloquei vídeos que envolvem álcool. Acidentes, pessoas descontroladas, dormindo ao léu, e eles realmente ficaram bastante pensativos.” (FO02)

As diversas adaptações das aulas com as retiradas dos energizadores, os quais visam atrair e convidar o aluno a participar da aula e sua discussão, podem prejudicar a efetividade do programa, uma vez que comprometem o passo inicial que facilita a troca de experiências ao longo das aulas.

Implicações dos achados sobre fidelidade

Um ponto importante que pode explicar os resultados divergentes é a baixa qualidade das escolas públicas brasileiras, o que pode ter comprometido a compreensão das atividades, tanto por parte dos alunos com pouca bagagem teórica (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2016) como por parte dos professores com qualificação restrita (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2009), que consideraram insuficiente a carga e o conteúdo da formação (MEDEIROS et al., 2016). Como o programa trabalha com técnicas interativas não familiares aos professores brasileiros, o que pode ter ocorrido foi a falha na mediação das aulas, exclusão ou alteração dos conteúdos previstos no manual, devido ao despreparo dos professores. A intensa adaptação que os professores declararam ter realizado em sala de aula para viabilizar a implantação do programa, como observado por meio dos dados das entrevistas semiestruturadas, sugerem que nem sempre o que havia sido previsto como atividade de aula era efetivamente executado e, quando dado, pode não ter sido realizado da forma mais adequada (MEDEIROS et al., 2016).

De acordo com Dusenbury et al. (2003), a qualidade da aplicação do programa, o envolvimento dos estudantes, a adesão ao currículo (fidelidade) e a dosagem recebida na implementação estão relacionados com os resultados positivos esperados de um programa. Dessa forma, falhas ocorridas nestes aspectos podem comprometer os resultados esperados. Ressaltando que, por tratar-se de um estudo de efetividade, o que foi medido foi a implantação como parte de uma política pública, estimando o que se espera em larga escala, sem controle efetivo da qualidade do que foi ministrado por cada professor em cada uma das 12 aulas.

Esses resultados também levantam questões sobre os obstáculos enfrentados na implementação do programa, uma vez que a sensibilidade cultural pode mediar o sucesso de um programa (CASTRO; BARRERA JUNIOR; STEIKER, 2010; GEWIN; HOFFMAN, 2016), assim como as modificações nas intervenções baseadas em evidências realizadas durante a implementação (LUNDGREN et al., 2011). Portanto, precisamos destacar que #Tamojunto tinha características distintas de implementação em relação ao *Unplugged*. No Brasil, a implementação nas escolas foi coordenada pelo Ministério da Saúde e as equipes de pesquisadores foram responsáveis exclusivamente pela avaliação da efetividade do programa.

Outro ponto a ser considerado é a adaptação cultural do Programa *Unplugged*, que também pode ser responsável pelos resultados negativos de álcool do programa no Brasil. É importante refletir sobre os efeitos das mudanças feitas na lição “Álcool, Risco e Proteção”, pois houve exclusão de frases que enfatizavam a importância de não beber pelos adolescentes e a adição de perguntas reflexivas sobre como evitar o abuso de álcool e a dependência. À luz dos resultados negativos, pode-se imaginar que essas mudanças influenciaram a experimentação do álcool pelos adolescentes.

Considerações finais

O presente estudo avaliou a efetividade de um programa universal de prevenção ao uso de drogas implementado nas escolas brasileiras, como parte de uma política pública que visa, por meio de desenvolvimento de habilidades da vida, prevenir o uso abusivo de drogas por adolescentes. É importante reforçar a relevância dele do ponto de vista de integração dos saberes e das práticas da universidade e da gestão pública na concepção e execução deste estudo. Destaca-se aqui a inovação da gestão da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que, no ano de 2013, buscou universidades parceiras para avaliar efeito dos programas que estavam sendo importados e implantados em versão-piloto nas escolas.

Parcela significativa dos programas escolares de prevenção não é avaliada ou, quando avaliada, evidencia pouco sucesso na redução do consumo de drogas ou no atraso da iniciação do consumo entre adolescentes (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011; RINGWALT et al., 2008; STRØM et al., 2014), gerando descrença na implementação de tais programas (WERCH; OWEN, 2002). Além disso, este estudo é um marco da ciência da prevenção brasileira, já que, pela primeira vez, um ensaio controlado randomizado, de tal dimensão, considerando número de participantes e tempo de acompanhamento, foi realizado neste país, informando a gestão quanto aos efeitos de curto e médio prazo de um programa de prevenção escolar.

Os resultados deste estudo sugerem que o Ministério da Saúde deve avaliar os componentes do programa e seus efeitos sobre o consumo de álcool, como também os passos e o formato de implementação e transferência de tecnologia aos profissionais e territórios, especificamente em relação ao monitoramento da fidelidade e à adequação da adaptação

cultural. É importante que ajustes sejam realizados a fim de reverter o possível efeito negativo sobre o uso de álcool. Do ponto de vista da fidelidade da implantação, é premente uma avaliação do conteúdo que os professores realmente estão ofertando em sala de aula e o grau de adaptações individuais e institucionais que têm sido feitas, permitindo, assim, que seja compreendido como cada atividade tem sido transmitida aos alunos. Simultaneamente, sugerimos a adaptação e a avaliação de outros programas escolares de prevenção ao uso de drogas, de eficácia ou efetividade comprovada em ambientes socioculturais mais semelhantes ao do Brasil.

Por fim, destaca-se a necessidade de cautela na interpretação do presente estudo pelas seguintes limitações encontradas: 1) excesso de alunos faltantes na coleta no tempo inicial; o que inviabilizava generalização dos achados; 2) perda de 25% dos sujeitos no tempo 9 ou 21 meses; 3) baixa prevalência de uso no mês de drogas; 4) problemas identificados com a fidelidade da implantação nas escolas.

Referências

- ARIZA, C. et al. Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 132, n. 1, p. 257-264, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; Brasília: SENAD, 2010.
- CASTRO, F. G.; BARRERA JUNIOR, M.; STEIKER, L. K. H. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. **Annual Review of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 6, p. 213, 2010.
- DE LA ROSA, M. Acculturation and latino adolescents substance use: a research agenda for the future. **Substance Use & Misuse**, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 429-456, 2002.

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, n. 2, p. 237-256, 2003.

FAGGIANO, F. et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 47, n. 5, p. 537-543, 2008.

_____. 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 and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 108, n. 1-2, p. 56-64, 2010.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: cochrane systematic reviews. **Perspect Public Health**, [S.l.], v. 132, n. 3, p. 128-134, 2012.

_____; _____. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 5, 2011. CD009113.

GABRHELIK, R. et al. "Unplugged": a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 124, n. 1-2, p. 79-87, 2012.

GALANTI, M. R. et al. Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-DAP pilot study. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 174-177, 2007.

GEWIN, A. M.; HOFFMAN, B. Introducing the cultural variables in school-based substance abuse prevention. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-14, 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS (Brasil). **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2007**. Brasília, 2009. 63 p.

KREEFT, P. V. D. et al. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. **Drugs: Education, Prevention, and Policy**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 167-181, 2009.

- LARANJEIRA, R. R. Alcohol Industry: Brazil's market is unregulated. **BMJ: British Medical Journal**, [S.l.], v. 335, n. 7623, p. 735, 2007.
- LEVENSHTEIN, V. Binary codes capable of correcting deletions, insertions and reversals. **Doklady Akademii Nauk SSSR**, [S.l.], v. 163, p. 845-848, 1965.
- LUNDGREN, L. et al. Modifications of evidence-based practices in community-based addiction treatment organizations: a qualitative research study. **Addictive Behaviors**, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 630-635, 2011.
- MALTA, D. C. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira Epidemiologia**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 136-146, 2011.
- MEDEIROS, P. F. 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, n. 1, p. 1-11, 2016.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Preventing Drug Use Among Children and Adolescent**: a research-based guide. 2nd ed. Bethesda, MD: NIH Publications, 2003.
- NEWTON, N. C. et al. Internet based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. **Addiction**, [S.l.], v. 105, n. 4, p. 749-759, 2010.
- OLDS, R. S.; THOMBS, D. L.; TOMASEK, J. R. Relations between normative beliefs and initiation intentions toward cigarette, alcohol and marijuana. **Journal of Adolescent Health**, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 75, 2005.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Education at a Glance 2016**: OECD Indicators. 2016. Disponível em: <<https://www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- PECHANSKYA, F.; SZOBOTA, C. M.; SCIVOLETTOB, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 14-17, 2004. Suplemento 1.
- 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**, Canoas, v. 17, n. 33, p. 9-24, 2015.

PRADO, M. C. O. et al. Transcultural Adaptation of Questionnaire to Evaluate Drug Use Among Students: The Use of the EU-Dap European Questionnaire in Brazil. **Substance Use & Misuse**, [S.l.], v. 51, n. 4, p. 449-458, 2016.

REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, [S.l.], v. 373, n. 9682, p. 2223-2233, 2009.

RINGWALT, C. et al. The prevalence of effective substance use prevention curricula in the nation's high schools. **Journal of Primary Prevention**, [S.l.], v. 29, n. 6, p. 479-488, 2008.

SANCHEZ, Z. M. 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.

_____. et al. Inhalants as intermediate drugs between legal and illegal drugs among middle and high school students. **Journal of Addictive Diseases**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 217-226, 2013.

SHOPE, J. T. et al. An elementary school-based alcohol misuse prevention program: a follow-up evaluation. **Journal of Studies on Alcohol**, [S.l.], v. 53, n. 2, p. 106-121, 1992.

SLOBODA, Z.; BUKOSKI, W. J. (Ed.). **Handbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice**. New York: Springer, 2006. 692 p.

SNYDER, S. M.; HOWARD, M. O. Patterns of Inhalant Use among Incarcerated Youth. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 10, n. 9, p. e0135303, 2015.


STRØM, H. K. et al. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 1, 2014.

WERCH, C. E.; OWEN, D. M. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. **Journal of Studies on Alcohol**, [S.l.], v. 63, n. 5, p. 581-590, 2002.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, [S.l.], v. 382, p. 1575-1586, 2013.

6

EFETIVIDADE DO PROGRAMA #TAMOJUNTO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS



Júlia Dell S. P. Gusmões
Larissa Ferraz Reis
Adriana Sanudo
Zila van der Meer Sanchez

Como complemento à análise da efetividade do programa #Tamojunto no consumo de drogas de adolescentes, apresentada no Capítulo 5, também foi avaliado o efeito do programa para desfechos de violência escolar. A importância dessa análise reside no fato de que o fenômeno da violência é a causa de ferimentos graves e traumas diversos e permanentes à população (DAHLBERG; KRUG, 2007). Nesse sentido, deve ser reconhecida como questão social e de saúde pública, relacionada com a violação de direitos e com a diminuição e a limitação da qualidade de vida (GONTIJO et al., 2010).

No ambiente escolar, os eventos de violência estão cada vez mais presentes e, ao contrário do que se espera, mais banalizados e aceitos como comportamentos esperados dos adolescentes (CHARLOT, 2002). É importante destacar que esta visão se mostra equivocada na medida em que qualquer ato violento pode ser considerado uma ameaça em diversos âmbitos, desde a integridade dos jovens envolvidos (EYNG; GISI; ENS, 2009) e dos colegas que presenciam a agressão, passando pelo comprometimento da qualidade da educação, até a ocorrência que perturba o ambiente escolar e, inclusive, afeta a dinâmica das relações interpessoais na

comunidade circundante (BROOKMEYER; FANTI; HENRICH, 2006; GOLDSTEIN; YOUNG; BOYD, 2008).

Vários estudos indicam que o uso de álcool e outras drogas é considerado fator preditor de comportamentos violentos entre adolescentes (ANDRADE et al., 2012; BYE; ROSSOW, 2009; GOMES et al., 2006). De forma análoga, as atitudes antissociais, como brigas e quebra de regras impostas, indicam predisposição ao uso de álcool e drogas (YOUNG; SWEETING; WEST, 2008). Dessa forma, tanto o uso de substâncias pode favorecer o comportamento transgressor quanto o comportamento transgressor pode ocasionar a predisposição ao uso, revelando uma relação dialética entre esses dois fenômenos. (UNITED NATIONS ON DRUGS AND CRIME, 2013). Esse fato, isoladamente, não pode ser definidor da etiologia da violência, já que os dois fenômenos em pauta, o abuso de substâncias psicoativas e a violência, são fenômenos complexos e multideterminados, mas reforça a associação entre eles. Além disso, o ambiente escolar mostra-se como intensificador ou mitigador desses comportamentos (REID et al., 2006; FANG; SCHIFF; BENBENISHTY, 2016), já que, muitas vezes, a falta de regras escolares, pouca participação em atividades extracurriculares e locais inseguros dentro e ao redor das escolas estão relacionados ao aumento de participação em episódios violentos e consequente aumento no uso de drogas (REID et al., 2006).

Sabe-se que programas escolares que previnem o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas podem apresentar também efeito na prevenção de episódios de violência escolar (BOTVIN; GRIFFIN; NICHOLS, 2006), assim como programas de prevenção à violência também se mostram efetivos na prevenção ao uso de álcool e outras drogas, evidenciando que estes comportamentos estão associados e que os componentes de prevenção dos programas podem atingir os dois desfechos (HAHN et al., 2007; COX et al., 2016). Nesse sentido, faz-se importante a implantação de programas escolares que reduzam estes eventos e que abranjam comportamentos de risco relacionados entre si, como uso de drogas, agressão e violência, delinquência e comportamento sexual de risco.

Assim, surgiu a expectativa de que o #Tamojunto também tenha efeito na redução dos relatos de violência, após a avaliação de processo do Programa *Unplugged* no Brasil, em sua versão-piloto. Tal avaliação apresentou resultados que sugerem um possível efeito na redução da violência escolar por ter sido relatada melhora nas relações interpessoais entre os alunos e destes com seus professores (MEDEIROS et al., 2016). Nessa perspectiva, o presente capítulo busca descrever o processo de avaliação do efeito do programa de

prevenção #Tamojunto na prevalência dos relatos de violência praticados e sofridos por alunos de escolas públicas de seis cidades brasileiras, num período de 21 meses.

Avaliação do efeito do Programa #Tamojunto

Conforme apresentado no Capítulo 5, o desenho do estudo que avaliou os efeitos do Programa #Tamojunto entre estudantes brasileiros foi um Ensaio Controlado Randomizado entre os alunos de 7º e 8º anos de escolas públicas de seis cidades brasileiras, a saber: São Paulo, Distrito Federal, São Bernardo do Campo, Florianópolis, Tubarão e Fortaleza. O instrumento usado foi um questionário de autopreenchimento, o qual os alunos do grupo intervenção e do grupo controle responderam nos três tempos de acompanhamento (0, 9 e 21 meses), nos anos de 2014 e 2015. No questionário, cada aluno preencheu um código secreto que possibilitou o pareamento dos bancos de dados nos três tempos, para que assim fossem realizadas as análises de efeito do programa. Sugere-se a leitura do Capítulo 5 para compreensão dos detalhes do desenho do estudo, amostragem, instrumento e coleta de dados.

Para compreender a prática e a vitimização por episódios de violência na escola, foram analisados oito desfechos coletados a partir de questionário de autopreenchimento baseado nas questões da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) sobre esta temática: “sofrer *bullying*” (Nos últimos 30 dias, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado, aborrecido, ofendido ou humilhado?); “praticar *bullying*” (Nos últimos 30 dias, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçoou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?); “sofrer violência verbal” (Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) verbalmente em sua escola?); “praticar violência verbal” (Nos últimos 30 dias, você agrediu verbalmente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?); sofrer violência física (Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) fisicamente em sua escola?); praticar violência física (Nos últimos 30 dias, você agrediu fisicamente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?); “sofrer violência sexual” (Nos últimos 30 dias, você foi agredido(a) sexualmente em sua escola?); e “praticar violência sexual” (Nos últimos 30 dias, você agrediu sexualmente algum colega, funcionário ou professor de sua escola?) (sim versus não).

As diferenças de acordo com grupo de randomização (intervenção ou controle) no momento inicial foram avaliadas pelo ajuste de modelos de Equação de Estimação Generalizadas (*Generalized Estimated Equation* – GEE), as quais levam em conta a não independência dos dados coletados em um mesmo indivíduo ao longo do tempo, além de considerar os indivíduos dentro das escolas e o componente do grupo (intervenção e controle). É importante salientar que todos os modelos foram ajustados para sexo, idade, nível socioeconômico e cidade no todo, e apenas as duas últimas para as análises estratificadas, além daquelas que se mostraram associadas ao grupo na análise dos dados sociodemográficos (ano em curso no momento da coleta). Em cada uma das análises foi obtido o *odds ratio* (OR) ajustado para a análise de praticar ou sofrer cada uma das violências investigadas com seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) associado ao grupo intervenção, além do efeito da interação entre tempo e grupo, o qual foi nomeado de “efeito #Tamojunto”. Por meio deste efeito, obtém-se a comparação entre os grupos, intervenção e controle, quanto à modificação do ato de praticar ou sofrer cada violência reportada entre o tempo inicial e aquela após 9 e 21 meses de acompanhamento. Todas as análises foram realizadas em STATA/SE 14, e adotou-se um nível de significância de 5%.

Efetividade do Programa #Tamojunto na prevalência de episódios de violência sofridos e praticados

Dos 5.027 adolescentes lincados nas coletas de dados dos tempos inicial, 9 ou 21 meses tinham em média 12,5 anos no tempo inicial. Não foram identificadas diferenças de gênero e classe socioeconômica entre os estudantes do grupo intervenção e controle.

A **Tabela 1** apresenta as prevalências de relato de ter sofrido diferentes tipos de violência. O relato de ter sofrido *bullying* inicia-se com maior prevalência no grupo intervenção do que no grupo controle (29,4% versus 25,6%), com crescimento para ambos os grupos após 9 meses. No entanto, curiosamente, esse crescimento não é linear e, após 21 meses, as prevalências decrescem e ficam mais próximas ao que foi observado no tempo inicial. Nota-se efeito do Programa #Tamojunto para o relato de ter sofrido *bullying* aos 9 meses, o que significa que, ao longo do tempo, o crescimento no relato de ter sofrido *bullying* foi 18% menor (OR=0,81; IC95% 0,69-0,95) no grupo intervenção, com controle para as variáveis confundidoras e considerando as diferenças no tempo inicial do modelo.

No entanto, esse efeito é temporário. Destaca-se que chama a atenção a altíssima prevalência de relato de ter sofrido *bullying* no mês anterior à pesquisa, sendo que, ao final do acompanhamento, este evento é relatado em média por 30% dos participantes.

Em relação a sofrer violência física, no início, a prevalência de relatos é maior no grupo intervenção em relação ao grupo controle (8,3% versus 6,5%, $p=0,017$), mas se mantém relativamente estável nos dois grupos ao longo do tempo, não havendo efeito do programa, mesmo quando as análises longitudinais levam em conta a diferença encontrada no tempo inicial.

No tocante a sofrer violência verbal, esta começa igual entre os grupos e se diferencia nos tempos de acompanhamento de 9 e 21 meses, sendo que a diferença entre os grupos no tempo 21 meses mostra uma tendência de significância (p limítrofe=0,052). Essa diferença observada nos tempos de acompanhamento não pode ser atribuída a um efeito do Programa #Tamojunto, já que as análises que consideram simultaneamente as mudanças inter e intragrupo não são significantes (ver coluna “efeito do #Tamojunto”).

Já a vitimização por violência sexual é o tipo de violência de menor prevalência em todos os tempos da avaliação e há, novamente, diferença estatisticamente significativa entre os grupos no tempo inicial, com maior prevalência no grupo intervenção (1,5% versus 0,8%). No tempo 9 meses, há queda no grupo intervenção, mas crescimento no grupo controle, sendo que no tempo 21 meses os relatos se igualam nos dois grupos (1,4%). Não se encontra significância no efeito do programa, provavelmente devido ao baixo número de casos, mas a tendência seria de efeito protetor (OR=0,50 no tempo 9 meses e OR=0,57 no tempo 21 meses), caso fosse significativo.

A **Tabela 2** apresenta as prevalências de relato de prática de violência nas escolas. Faz-se importante notar que a prática do *bullying* (**Tabela 2**) é declarada por proporção menor de estudantes do que ter sofrido *bullying* (**Tabela 1**), com prevalências de prática de 17,2%, 22,4% e 25,4% no grupo intervenção nos três tempos de acompanhamento, respectivamente, versus 29,4%, 32,4% e 30,9% de relatos de vitimização por *bullying* no mesmo grupo, também nos três tempos de acompanhamento, respectivamente.

Ainda de acordo com a **Tabela 2**, nota-se que o relato da prática de *bullying* cresce nos dois acompanhamentos e grupos, mas não há efeito do Programa #Tamojunto em

nenhum dos dois tempos, ou seja, o crescimento da prática de *bullying* não é diferente entre os grupos.

A prática de violência física começa similar entre os grupos (6,8% versus 6,3%), aumenta no tempo 9 meses em ambos os grupos e, no tempo de acompanhamento de 21 meses, os relatos se mantêm estáveis nos dois grupos. Tendo em vista que os tempos de acompanhamento de 9 e 21 meses se referem ao mês de novembro dos anos de 2014 e 2015, respectivamente, pode-se pensar numa relação entre o crescimento da violência física com a convivência diária e consequente aumento da intimidade entre os alunos. No entanto, não foram observados efeitos estatisticamente significativos do Programa #Tamojunto na redução da prática da violência física.

A prática de violência verbal começa maior no grupo intervenção do que no grupo controle e aumenta em ambos os grupos, tanto no tempo 9 meses quanto no de 21 meses; porém, não há efeito do programa. A prática da violência sexual também aparece como o tipo de violência de menor prevalência em todos os tempos. No tempo inicial, os relatos de praticar violência sexual são similares entre os grupos (1,0% versus 0,9%), porém, aos 9 meses e 21 meses percebe-se maior aumento no grupo controle, apesar de continuar não havendo significância estatística na diferença entre os grupos.

TABELA 1 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS NOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUESTÕES QUE ABORDAM SE OS ESTUDANTES PARTICIPANTES DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO 2014-2015 FORAM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA ESCOLA, NO ÚLTIMO MÊS. ANÁLISE POR INTENÇÃO DE TRATAMENTO

	Baseline				9 meses follow-up				21 meses follow-up				Efeito #Tamojunt	
	Intervenção		Controle		Intervenção		Controle		Intervenção		Controle		9 meses	21 meses
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	OR ^c (IC 95%)	OR ^c (IC 95%)
Ter sofrido nos últimos 30 dias														
Bullying ^b	709 2410	29,4	636 2483	25,6	653 2016	32,4	708 2170	32,6	544 1759	30,9	531 1836	28,9	0,81 (0,69-0,95)	0,91 (0,77-1,08)
Física	197 2384	8,3	161 2486	6,5	184 1993	9,2	159 2154	7,4	141 1762	8,0	119 1840	6,5	0,98 (0,73-1,31)	0,97 (0,71-1,33)
Verbal	390 2381	16,4	368 2483	14,8	473 2010	23,5	422 2172	19,4	387 1760	22,0	357 1843	19,4	1,12 (0,93-1,34)	1,05 (0,86-1,27)
Sexual	35 2390	1,5	21 2481	0,8	22 2013	1,1	27 2170	1,2	24 1753	1,4	25 1840	1,4	0,50 (0,23-1,08)	0,57 (0,26-1,22)

Fonte: Autoria própria.

^a Efeito da interação entre Grupo e Tempo nomeada de efeito #Tamojunt obtido via modelo GEE ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar e Cidade. ^b Alguém te esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola tanto que você ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado, no último mês. ^c OR: odds ratio estimado via modelo de equação de estimação generalizada (GEE).

TABELA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS NOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUESTÕES QUE ABORDAM SE OS ESTUDANTES PARTICIPANTES DO ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO DO PROGRAMA #TAMOJUNTO 2014-2015 FORAM AGRESSORES NA ESCOLA, NO ÚLTIMO MÊS. ANÁLISE POR INTENÇÃO DE TRATAMENTO

	Baseline				9 meses follow-up				21 meses follow-up				Efeito #Tamojunto			
	Intervenção	Controle	N	%	Intervenção	Controle	N	%	Intervenção	Controle	N	%	Controle	p	9 meses	21 meses
Ter praticado nos últimos 30 dias	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	OR ^c (IC 95%)	OR ^c (IC 95%)
Bullying ^b	$\frac{411}{2392}$	17,2	$\frac{420}{2498}$	16,8	$\frac{450}{2010}$	22,4	$\frac{470}{2171}$	21,6	$\frac{447}{1762}$	25,4	$\frac{436}{1845}$	23,6	$\frac{436}{1845}$	0,225	$\frac{1,00}{(0,83-1,21)}$	$\frac{1,06}{(0,87-1,28)}$
Física	$\frac{161}{2383}$	6,8	$\frac{157}{2476}$	6,3	$\frac{191}{1997}$	9,6	$\frac{177}{2169}$	8,2	$\frac{165}{1761}$	9,4	$\frac{145}{1837}$	7,9	$\frac{145}{1837}$	0,115	$\frac{1,10}{(0,82-1,46)}$	$\frac{1,12}{(0,83-1,52)}$
Verbal	$\frac{269}{2392}$	11,2	$\frac{236}{2487}$	9,5	$\frac{323}{2013}$	16,0	$\frac{309}{2170}$	14,2	$\frac{300}{1759}$	17,1	$\frac{280}{1844}$	15,2	$\frac{280}{1844}$	0,127	$\frac{0,94}{(0,75-1,16)}$	$\frac{0,95}{(0,76-1,19)}$
Sexual	$\frac{24}{2394}$	1,0	$\frac{22}{2491}$	0,9	$\frac{22}{2013}$	1,1	$\frac{32}{2170}$	1,5	$\frac{21}{1760}$	1,2	$\frac{32}{1849}$	1,7	$\frac{32}{1849}$	0,180	$\frac{0,65}{(0,30-1,42)}$	$\frac{0,59}{(0,27-1,30)}$

Fonte: Autoria própria.

^a Efeito da interação entre Grupo e Tempo nomeada de efeito #Tamojunto obtido via modelo GEE ajustado por Sexo, Idade, Ano Escolar e Cidade. ^b Você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado no último mês. ^c OR: odds ratio estimado via modelo de equação de estimação generalizada (GEE).

Discussão

Destaca-se que o programa identificou efeito protetor para o relato de vitimização por *bullying*, evidenciando que tal comportamento teve crescimento menor no grupo intervenção do que no grupo controle ao longo do tempo. O efeito de um programa para prevenção ao uso de drogas em desfechos de violência já havia sido descrito por Botvin, Griffin e Nichols (2006) e era esperado no presente estudo. Ainda assim, como já observado por Faggiano et al. (2010), para o efeito protetor do *Unplugged* no consumo de tabaco, este efeito diante da vitimização por *bullying* se perde com o tempo e não se manteve até os 21 meses após o início do estudo.

As prevalências encontradas para os relatos de ter sofrido *bullying* e violência verbal nos últimos 30 dias foram maiores do que as prevalências das práticas de tais violências, o que é corroborado por estudos realizados em algumas cidades brasileiras (BRITO; OLIVEIRA, 2013; RECH et al., 2012; MALTA et al., 2010) e também nos Estados Unidos (BOTVIN; GRIFFIN; NICHOLS, 2006). Imagina-se que essas diferenças de prevalências ocorram pelo fato de os agressores terem receio de relatar ato intolerado socialmente, ou ainda pelo fato de os agressores serem alunos de outras séries, as quais não foram contempladas pelo desenho do estudo. Ainda, a percepção de ser vítima é diferente da percepção de ser agressor, ou seja, é possível que os adolescentes que agredem os pares não percebam seus comportamentos ofensivos, porém as agressões são bem notadas pelas vítimas.

O efeito sobre a vitimização por *bullying* é de grande importância para a saúde do escolar, tendo em vista as consequências desse tipo de violência, não só na adolescência, mas também na idade adulta (TTOFI et al., 2011), como o estresse, diminuição da autoestima, ansiedade, depressão, queda do rendimento escolar e até mesmo suicídio (JANKAUSKIENE, 2008; BOYNTON-JARRETT, 2008). Além disso, sabe-se que eventos de violência na escola têm sido identificados como fatores que prejudicam a aprendizagem (LAZEAR, 2001), afetam a permanência do aluno na escola, tanto na forma de ausência como evasão (MACMILLAN; HAGAN, 2004) e também a forma de trabalho do educador, provocando desencanto pela profissão que, por vezes, culmina com a saída do campo de trabalho (UNESCO, 2000; ZHANG; MUSU-GILLETTE; OUDEKERK, 2016).

Em oposição ao presente estudo, Swaim & Kelly (2008) e Botvin, Griffin e Nichols (2006) revelaram efeitos de programas escolares para a prevenção à violência e ao uso de

álcool/drogas, respectivamente, na prática de violência física entre adolescentes. No presente estudo, não foram identificados efeitos claros do Programa #Tamojunto na violência física praticada e sofrida nas escolas. Essa diferença de resultados em comparação com os dois estudos previamente citados pode se dar devido a variações no desenho do estudo. No caso da pesquisa de Swaim & Kelly (2008), a população-alvo foi de adolescentes de pequenas cidades dos Estados Unidos e a intervenção teve abordagem um pouco diferente da prevista pelo #Tamojunto, a qual, além de focar por uma semana no treinamento para questões de prevenção de violência para, posteriormente, haver a replicação aos colegas, também objetivou a criação de campanhas antiviolência na escola. Já o estudo de Botvin Griffin e Nichols (2006), sobre o efeito do programa de prevenção ao uso de álcool e drogas *Life Skills Training* (LST), em aspectos de violência e delinquência entre alunos de 6º ano em escolas de Nova York, assim como o #Tamojunto, consistiu de aulas que abordam assuntos relacionados à autonomia, à resolução de conflitos, à tomada de decisões, à comunicação, aos relacionamentos, entre outros. Porém, o fato de terem sido selecionadas, neste estudo norte-americano, escolas de uma mesma cidade, mesmo que a amostra seja grande (N=4.858), pode aumentar efeitos que seriam diluídos em amostras com cidades diferentes, já que adolescentes de uma mesma cidade podem estar expostos a fatores que não atingem outras regiões. Além disso, o LST possui três aulas a mais em relação ao #Tamojunto e, assim, mesmo que ambos os programas possuam componentes similares abordados ao longo das aulas, fatores que influenciam na violência física podem ser reforçados no *Life Skills Training*.

Tal reforço citado no parágrafo anterior em relação ao estudo de Botvin, Griffin e Nichols (2006) também pode sugerir a diferença novamente encontrada para violência verbal, sendo que o programa LST mostra efetividade para tal violência, ao passo que a mesma não foi encontrada na avaliação do Programa #Tamojunto. Ainda sobre a violência verbal, também encontramos similaridade desta com o *bullying*, a qual apresenta maiores prevalências para a vitimização em relação à prática, sugerindo receio ao relatar ato intolerado, falta de percepção do ato ou os alunos que realizam tal violência não foram contemplados do estudo por serem de séries diferentes.

Em relação à violência sexual, o fato de não se encontrar significância no efeito do Programa #Tamojunto para esse desfecho se opõe ao encontrado por Foshee et al. (2000), os quais encontraram efeito positivo do programa *The Safe Dates* para violência sexual. Essa diferença pode estar relacionada com a abordagem dos dois programas em questão, já que o *The Safe Dates* tem como objetivo principal diminuir a violência em

relacionamentos e, mesmo possuindo aspectos similares ao #Tamojunto, como resolução de conflitos, trata de questões diretamente ligadas a esse tipo de violência, como estereótipos de gênero, enquanto o #Tamojunto foca no consumo de drogas essencialmente. Ainda, além de ofertar dez aulas, o programa *The Safe Date* também é composto por duas atividades lúdicas: uma peça teatral sobre relacionamentos seguros e uma competição de pôsteres sobre o tema. Essas atividades estimulam maior engajamento dos alunos ao programa, uma vez que abre espaço para que coloquem suas dúvidas, proporcionando, desta forma, aumento do repertório de suas atitudes. Essa dinâmica mais fluida do programa estimula os jovens a pensarem sobre as situações cotidianas, o que culmina em resultados mais efetivos.

Embora esta pesquisa tenha prezado pelo rigor metodológico, algumas limitações devem ser consideradas: primeiro, o fato de a intervenção ter sido inserida na escola como parte do currículo implicou uma participação não optativa nas aulas. No entanto, a participação na pesquisa, caracterizada pela resposta aos questionários nos três tempos, não foi obrigatória, tendo gerado perda de 25% dos participantes iniciais, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados. Segundo, por se tratar de estudo cujo instrumento é o questionário de autopreenchimento, as respostas podem estar sujeitas a viés de informação, por falha na interpretação, pela intenção em relatar a verdade ou pelo aprendizado sobre o questionário, adquirido com a repetição nos três tempos de acompanhamento. Além disso, por se tratar de estudo de efetividade de uma política pública em larga escala, o programa foi avaliado no formato como chegou aos alunos, sem controle extremamente rigoroso do processo, a fim de identificar o efeito do programa no cenário real.

Do ponto de vista teórico-conceitual, o Programa #Tamojunto apresenta aspectos que são considerados efetivos na diminuição da violência, segundo a revisão sistemática de Fagan & Catalano (2012), por meio da atuação nos fatores de proteção e risco individuais e da melhora de competências sociais e emocionais. Tais aspectos podem ser abordados por meio de métodos cognitivos e comportamentais que promovem a abertura para discussões e técnicas vivenciais de habilidades de vida (KREEFT et al., 2009; BOTVIN; GRIFFIN; NICHOLS, 2006), semelhante ao #Tamojunto, ou por meio da interação de alunos mais velhos, que já possuem tais competências, com alunos mais novos (SWAIM; KELLY, 2008). Dessa forma, diversas habilidades são contempladas, como controle de sentimentos e de estresse, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões (FAGAN; CATALANO, 2012).

Com isso, temos evidência da importância da avaliação de programas escolares de prevenção ao uso de drogas, como o #Tamojunto, para desfechos secundários. No caso da violência, o programa mostrou-se efetivo na redução da vitimização por *bullying* em curto prazo (até nove meses), mas não foram identificados efeitos na vitimização por outras violências e em nenhum perfil de relato de agressão praticada nas escolas, em momento algum do tempo. Diante dos achados, sugere-se a elaboração de aulas de reforço visando prolongar a duração do efeito positivo do programa para o *bullying* e também possível melhora nos resultados para os outros tipos de violência escolar (verbal, física e sexual), com avaliações posteriores que visem, também, garantir a sustentabilidade dos efeitos do programa.

Referências

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012.

BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W.; NICHOLS, T. D. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. **Prevention Science**, [S.l.], v. 7, p. 403-408, 2006.

BOYNTON-JARRETT, R. et al. Cumulative violence exposure and self-rated health: longitudinal study of adolescents in the United States. **Pediatrics**, [S.l.], v. 122, n. 5, p. 961-970, 2008.

BRITO, C. C.; OLIVEIRA, M. T. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 6, p. 601-607, 2013.

BROOKMEYER, K. A.; FANTI, K. A.; HENRICH, C. C. Schools, Parents, and Youth Violence: a multilevel, ecological analysis. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 504-514, 2006.

BYE, E. K.; ROSSOW, I. The impact of drinking pattern on alcohol-related violence among adolescents: an international comparative analysis. **Drug and Alcohol Review**, [S.l.], v. 29, p. 131-137, 2009.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 432-443, 2002.

COX, E. et al. Violence prevention and intervention programmes for adolescents in Australia: a systematic review. **Australian Psychologist**, [S.l.], v. 51, p. 206-222, 2016.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007. Suplemento.

EYNG, A. M.; GISI, M. L.; ENS, R. T. Violência nas escolas e representações sociais: um diálogo necessário no cotidiano escolar. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 9, n. 28, p. 467-480, 2009.

FAGAN, A. A.; CATALANO, R. F. What works in youth violence prevention: a review of the literature. **Research on Social Work Practice**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 141-156, 2012.

FAGGIANO, F. 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 and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 108, p. 56-64, 2010.

FANG, L.; SCHIFF, M.; BENBENISHTY, R. Political violence exposure, adolescent school violence, and drug use: the mediating role of school support and posttraumatic stress. **American Journal of Orthopsychiatry**, [S.l.], v. 86, n. 6, p. 662-670, 2016.

FOSHEE, V. A. et al. The Safe Dates program: 1-year follow-up results. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 90, n. 10, p. 1619-1622, 2000.

GOLDSTEIN, S. E.; YOUNG, A.; BOYD, C. Relational Aggression at School: Associations with School Safety and Social Climate. **Journal Youth Adolescence**, [S.l.], v. 37, p. 641-654, 2008.

GOMES, C. A. et al. A violência na ótica de alunos adolescentes do Distrito Federal. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 127, p. 11-34, 2006.

GONTIJO, D. T. et al. Violência e Saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1017-1054, 2010.

HAHN, R. et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 114-129, 2007.

JANKAUSKIENE, R. et al. Associations between school bullying and psychosocial factors. **Social Behavior and Personality**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 145-162, 2008.

KREEFT, P. V. D. et al. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 167-181, 2009.

LAZEAR, E. P. Educational Production. **Quarterly Journal of Economics**, [S.l.], v. 116, n. 3, p. 777-803, 2001.

MACMILLAN, R.; HAGAN, J. Violence in the Transition to Adulthood: Adolescent Victimization, Education, and Socioeconomic Attainment in Later Life. **Journal of Research on Adolescence**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 127-158, 2004.

MALTA, D. C. et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3053-3063, 2010.

MEDEIROS, P. F. P. 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, n. 2, p. 1-11, 2016.

RECH, R. R. et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 164-170, 2012.

REID, R. J. et al. School climate and adolescent drug use: Mediating effects of violence victimization in the urban high school context. **Journal of Primary Prevention**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 281-292, 2006.

SWAIM, R. C.; KELLY, K. Efficacy of a Randomized Trial of a Community and School-based Anti-violence Media Intervention Among Small-town Middle School Youth. **Prevention Science**, [S.l.], v. 9, p. 202-2014, 2008.

TTOFI, M. M. et al. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life?: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Journal of Agression, Conflict and Peace Research**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 63-73, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Normas intencionais sobre a prevenção do uso de drogas**. Viena, 2013.

UNESCO. **World Education Report 2000**: the right to education towards education for all throughout life. Paris: UNESCO Publishing, 2000.

YOUNG, R.; SWEETING, H.; WEST, P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. **Alcohol & Alcoholism**, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 204-214, 2008.

ZHANG, A.; MUSU-GILLETTE, L.; OUDEKERK, B. A. **Indicators of School Crime and Safety**: 2015. Washington, DC.: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, 2016.



DO *GOOD BEHAVIOR GAME* AO PROGRAMA ELOS: A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO INFANTIL

Flora Moura Lorenzo
Aline Garcia Aveiro
Aline Godoy Vieira
Darlene Cardoso Ferreira
Lorena Alves de Souza Araújo
Regina Rocha Reynaldo Tibúrcio
Tauane Paula Gehm

Ao longo deste capítulo, abordaremos a adaptação transcultural do Programa *Good Behavior Game* até culminar no Programa Elos. Iniciamos com breve contextualização do *Good Behavior Game*, para então assinalar seus dispositivos de mudança e aspectos com efeito de proteção, desenvolvendo também uma análise crítica do programa à luz de demandas educacionais próprias à realidade brasileira. Em seguida, discutimos as adaptações realizadas no período de 2013 a 2016 em termos de linguagem, metodologia e fundamentação teórica, apresentando o novo modelo de acompanhamento elaborado para o Programa Elos. Por fim, elencamos

desafios a serem superados no processo de expansão do Programa Elos no panorama de políticas públicas do País.

Elementos fundamentais e impactos da aplicação do *Good Behavior Game*

O *Good Behavior Game* (GBG) constitui estratégia para intervir em determinadas interações apresentadas pelos estudantes em sala de aula, cujo objetivo é auxiliar educadores e educadoras na cria-

ção de um ambiente favorável à aprendizagem, (KELLAM et al., 2008; DOMITROVICH et al., 2010). Desenvolvido na década de 1960 por uma professora de escola primária, o GBG tem sido avaliado em uma série de estudos (BARRISH; SAUNDERS; WOLF, 1969; KELLAM et al., 1994; REBOK et al., 1996; KELLAM et al., 1998; IALONGO et al., 2001; KELLAM et al., 2008; MEDLAND; STACHNIK, 1972; HARRIS; SHERMAN, 1973; DOLAN et al., 1993; LANNIE; MCCURDY, 2007; TANOL et al., 2010), em diferentes países (LEFLOT et al., 2010; VAN LIER et al., 2004; WITVLIET et al., 2009; SAIGH; UMAR, 1983), de acordo com os quais foram observadas significativas reduções nos padrões agressivos e disruptivos de comportamento dos alunos participantes do jogo.

No GBG, os estudantes são distribuídos em equipes heterogêneas – em relação a padrões de interações, desempenho escolar e gênero – durante uma determinada atividade. O educador ou a educadora observa e pontua as equipes quanto às regras do jogo, que abordam o engajamento na tarefa e respeito ao outro, propostas a fim de, por meio de seu cumprimento, evitar interações que poderiam prejudicar a realização das tarefas. Caso uma regra seja descumprida, a equipe recebe uma devolutiva verbal apresentada em tom neutro pelo(a) educador(a), que identifica a regra descumprida e efetua marcação correspondente em um placar. As equipes que descumprem até no máximo quatro regras vencem o jogo, e todas as equipes podem vencer. Ao engajamento destas equipes, o(a) educador(a) estabelece estratégias de valorização.

Segundo Harris e Sherman (1973), os componentes fundamentais para a eficácia do GBG seriam a distribuição da turma em equipes, as consequências estabelecidas para equipes vencedoras e os critérios para vencer o jogo. Além dos impactos imediatos, como a redução de comportamentos prejudiciais às atividades acadêmicas e maior engajamento nestas atividades por parte dos estudantes, estudos demonstram que o GBG proporciona benefícios em logo prazo, haja vista que repertórios comportamentais agressivos e disruptivos caracterizam alguns dos preditores do uso abusivo de drogas (KELLAM et al., 2008; DISHION et al., 1996; ENSMINGER; SLUSARCICK, 1992; IALONGO et al., 2001; KELLAM et al., 1991; MCCORD, 1988; ROBINS, 1978; VAN LIER, HUIZINK; CRIJNEN, 2009).

De fato, estudos relatam menor índice no abuso e na dependência de substâncias em indivíduos que participaram do GBG (DOLAN et al., 1993; VAN LIER et al., 2009; KELLAM et al., 2008, KELLAM; ANTHONY, 1998; KELLAM et al., 1994; PETRAS et al., 2008; IALONGO et al., 1999), configurando-o enquanto um método de prevenção (KELLAM et al., 2008; EMBRY, 2002; KELLAM; ANTHONY, 1998; PODUSKA et al., 2008). Nesse con-

texto, foi observada correlação positiva entre a aplicação do GBG e a redução no uso de serviços de saúde mental por jovens que haviam participado do jogo (PODUSKA et al., 2008). Poduska et al. (2008) assinalam que o impacto exercido pelo GBG é especialmente relevante, pois oferece indicador claro e mensurável que pode ser apreciado por análises econômicas envolvendo políticas públicas. Ainda no âmbito de políticas públicas, o GBG é apontado como intervenção de relativo baixo custo e acessível tecnologia (MATTAINI; MCGUIRE, 2006; PODUSKA et al., 2008). Esse aspecto, somado às evidências obtidas pelas diversas pesquisas conduzidas ao longo dos anos, fundamentou a escolha da implementação e da adaptação cultural do GBG no Brasil.

Fatores de proteção do GBG no contexto nacional

Para além dos resultados documentados do GBG, sua oferta em território nacional parte também de uma análise crítica dos dispositivos responsáveis por tais impactos, a fim de entender se respondem a determinantes sociais e individuais do consumo problemático de drogas na cultura brasileira. A conclusão afirmativa tem início na identificação da potencialidade do programa para incidir em mecanismos que contribuem desde muito cedo para que grande parte da população brasileira mantenha-se privada da possibilidade de participação plena na sociedade em que vive. São exemplos: a histórica desvantagem da população de baixa renda em alcançar sucesso acadêmico (SOUZA, 2011); a desproteção cumulativa em âmbitos social, cognitivo e/ou emocional; e o sofrimento **ético-político** derivado de múltiplos processos sociais que culminam na impossibilidade de exercício de uma cidadania ativa (SAWAIA, 1999).

A proposta do GBG não é abordar diretamente a temática das drogas, embora sua finalidade, em longo prazo, seja a prevenção do uso abusivo delas. Ao contrário, a atuação dar-se-á sobre interações consideradas **mal-adaptativas** no contexto de sala de aula (KELLAM et al., 1975). Parte-se do princípio de que a valorização social de indivíduos de referência em cada fase do desenvolvimento humano aumenta a probabilidade de adaptação e aceitação em espaços sociais futuros. Assim, os elementos do GBG são propostos de forma que possam oportunizar experiências positivas de socialização na infância, de modo a aumentar as chances de sucesso futuro.

Os benefícios do programa se dão especialmente a crianças que interagem com alta frequência de modo agressivo, disruptivo e/ou retraído (KELLAM et al., 2008; BARRISH; SAUNDERS; WOLF, 1969; TINGSTOR; STERLING-TURNER; WILCZYNSKI, 2006), já que tais comportamentos tendem a proporcionar experiências de exclusão e interferir negativamente no desempenho escolar, configurando-se em importantes fatores de risco ao futuro uso problemático de álcool e outras drogas.

Deve-se considerar, ao especificar competências individuais como objetos de uma ação preventiva, o risco de remontar a uma lógica voltada exclusivamente à responsabilização individual por problemas de ordem social. Entende-se que a determinação dos problemas sociais está relacionada ao acesso desfavorável a fatores de proteção a esses problemas, devido a iniquidades sociais (STOTZ; ARAÚJO, 2004). O GBG, entretanto, está fundado na premissa da indissociabilidade entre ação individual e aspectos ambientais. Assim, conta com elementos que incidem também sobre aspectos da dimensão social de uma relação problemática com substâncias psicoativas.

Desde sua concepção (BARRISH; SAUNDERS; WOLF, 1969), o GBG foi pautado nos princípios da Análise do Comportamento, uma abordagem pouco convencional nos projetos pedagógicos das atuais escolas públicas brasileiras. Segundo essa perspectiva, há um tipo especial de comportamento (ou de relações) denominado **operante**, no qual o indivíduo “opera” sobre seu meio produzindo consequências que, por sua vez, interferem nas ações do próprio indivíduo (SKINNER, 1953). Significa dizer que escolhas individuais não acontecem de modo isolado, mas são mantidas ou modificadas com base no impacto ambiental que geram.

A depender do tipo de consequência experimentada, o comportamento pode ser fortalecido, enfraquecido ou mesmo não ter sua força alterada (BOTOMÉ; KUBO, 2006). Analisar os efeitos das consequências possibilita compreender, em parte, os impactos do programa – entre os quais é relatada redução significativa na frequência das interações consideradas de risco ao uso problemático de álcool e outras drogas à faixa etária atendida (TINGSTOR et al., 2006; KELLAM et al., 2008). Várias ações previstas pelo GBG são orientadas pelo conhecimento das relações ditas **operantes**, configurando distintas consequências. A saber:

- Valorização como prática cotidiana: quando o(a) educador(a) valoriza publicamente os avanços do(a) educando(a) no jogo e em atividades, adiciona algo

em seu ambiente social e fortalece um padrão de interações³ de engajamento nas tarefas, bem como inter-relações harmônicas e cooperativas. É também o que ocorre quando os(as) colegas passam a tratá-lo(a) melhor.

- Suspensão de atenção dedicada ao erro: interações do(a) educando(a) que geram impactos negativos a si e/ou à turma costumam receber atenção do(a) educador(a) e da turma e, com isso, são paradoxalmente fortalecidas. No GBG, essa prática é desaconselhada a fim de romper a relação entre interações prejudiciais e atenção exclusiva. Ocorre, assim, enfraquecimento deste padrão de interações⁴.
- Suspensão de repreensões ao erro com caráter aversivo: não raro, educadores e colegas apresentam repreensões severas, que se mostram aversivas às crianças que, com suas ações, produzem algum tipo de prejuízo a si e/ou à turma⁵. Esse tipo de prática não é efetiva ao enfraquecimento de tais ações e ainda favorece sentimentos de frustração, raiva e medo – que dificultam a apresentação de interações benéficas a si e aos demais. É, por isso, desaconselhada no GBG.
- Devolutivas instrutivas ao erro como prática cotidiana: por fim, ao propor a substituição de broncas, sermões ou outras formas de repreensão capazes de gerar constrangimento por *feedbacks* simples de “erro” ao aluno, em formato neutro e sem conotação de castigo ou retaliação, o programa apoia educadores(as) a atuarem de modo efetivo na redução da força das interações em questão.⁶

Nota-se que o fortalecimento ou o enfraquecimento de todos os tipos de relações descritos envolvem consequências sociais: valorização e *feedbacks* do(a) educador(a) e dos pares, perceber-se pertencente ao coletivo, sentir-se reconhecido em sua potência de ação – e não por meio de estigmas previamente formados. A manutenção das mudanças

³ Este conjunto de relações entre ações do indivíduo e aspectos do ambiente é denominado de Contingência de Reforço Positivo (BOTOMÉ; KUBO, 2006).

⁴ Suspender consequências convencionalmente apresentadas configura uma Contingência de Extinção (BOTOMÉ; KUBO, 2006).

⁵ Tal sistema de relações é denominado Contingência de Punição Positiva (BOTOMÉ; KUBO, 2006).

⁶ Conforme Hunziker (2011), esse tipo de conjunto de inter-relações entre a ação do indivíduo e aspectos do meio, no qual há a adição de algum evento e o enfraquecimento de um padrão comportamental, também se configura como Contingência de Punição Positiva, mesmo que um caráter aversivo não esteja envolvido.

alcançadas durante a implementação do programa, por sua vez, só é possível mediante consequências semelhantes em fases futuras do desenvolvimento, nos próximos ambientes sociais vivenciados. A análise sociológica de Souza (2011) a respeito de microrrelações frequentes na instituição escolar oferece ainda outros indicativos acerca de como aspectos sociais contribuem para a reprodução intergeracional do fracasso escolar de crianças que fogem à imagem de “aluno ideal”.

Souza (2011) explicita a corrente naturalização de comportamentos, como desatenção, indisciplina, desinteresse e agressividade. Tais padrões de relação não raro são interpretados como parte da natureza do educando, embora o desenvolvimento deles esteja atrelado a experiências estressoras no núcleo familiar e/ou na comunidade de pertencimento da criança, com frequência imersa em condições socioeconômicas precárias, desemprego, baixa escolaridade, frágil rede de apoio, habitação insegura e baixo acesso aos bens de consumo (MURTA; BARLETTA, 2015). Desconsiderar estes fatores interfere negativamente na condição institucional de compreender e atender adequadamente educandos(as) cujas histórias de vida ensinaram-lhes formas de agir, pensar e emocionar-se destoantes do esperado. De variadas maneiras, essas crianças acabam punidas por suas formas de lidar com o conhecimento e a sociabilidade. Isso compromete seu envolvimento afetivo com o ambiente escolar e, gradativamente, aumenta o risco tanto do fracasso quanto da evasão escolar.

Embora não tenha sido originalmente criado como estratégia de intervenção institucional, notou-se a potência do GBG a esta finalidade. No Brasil, há ainda expressivos índices de baixo rendimento acadêmico (SOUZA, 2011). Neste cenário, medidas voltadas aos mecanismos institucionais que impactam o envolvimento dos(as) educandos(as) com o contexto escolar mostram-se fundamentais. O GBG, por oferecer à escola ferramentas para apoiar todos os seus educandos a sentirem-se pertencentes a suas turmas e confiantes em suas capacidades de aprender, pode favorecer processos de ensino e aprendizagem mais prazerosos e efetivos.

Por fim, parte importante da capacidade protetiva do programa reside nas vivências de aceitação mútua que oportuniza às crianças. Tais, quando consistentes, são favorecedoras de um bom desenvolvimento de habilidades autorreferenciadas (GUILHARDI, 2002). Aliadas à redução de episódios de agressão, conflitos e distrações em sala de aula, levam ao engajamento nas atividades, ao exercício da concentração e ao envolvimento afetivo com o contexto escolar e com processos de aprendizagem. É possível supor

terem tais condições à potencialidade de modificar a vida do indivíduo de maneira ampla (ROSALES-RUIZ; BAER, 1996; 1997), fortalecendo-o para atuar na modificação da própria vida e da coletividade de que faz parte.

Optar pelo *Good Behavior Game* como estratégia preventiva ao consumo problemático de drogas, portanto, significa atuar em alguns de seus determinantes individuais – no que se refere a trajetórias particulares de vida – e sociais – no que se refere a formas de organização coletiva para fortalecimento da participação na construção da vida social. Significa produzir transformações por meio das relações dos educandos e educadores no contexto de sala de aula, mas também pela incidência em mecanismos institucionais que reproduzem ou reverterem o chamado fracasso escolar. Significa, ainda, propor à escola o papel de instituição promotora de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2006), no sentido de responsabilizar-se pela oferta de condições ao desenvolvimento de habilidades de vida com potencial protetivo e atuar de maneira ativa junto a educandos(as) em situação de desproteção social, cognitiva e/ou emocional.

Fragilidades na implantação do GBG no contexto nacional

Definido como pertinente à realidade brasileira, o processo de implementação do *Good Behavior Game* foi processual, iniciando-se, em 2013, com uma replicação do programa nos parâmetros adotados pelo *American Institutes for Research* (AIR). O objetivo desta implantação inicial era acumular experiências que permitissem identificar quais elementos deveriam ser modificados para a melhor adaptação ao contexto educacional nacional. Analisaremos alguns deles nas próximas linhas.

Como já mencionado, o GBG encontra-se respaldado nos princípios teóricos da Análise do Comportamento, uma abordagem frequentemente criticada pelos profissionais da Educação como sendo tecnicista. Houve, de fato, momentos em que práticas analítico-comportamentais equivocadas adotadas no passado fizeram jus a tais preconceitos (HOLLAND, 1978). Ainda assim, a teoria possibilita (e mesmo exige) uma visão complexa das relações envolvidas no ambiente escolar, informação esta que não é muito disseminada no campo da educação na cultura brasileira. Portanto, havia resistência prévia ao programa por sua fundamentação nos princípios da Análise do Comportamento.

Em alguma medida, contudo, a forma com que o conteúdo do GBG era apresentado nos materiais didáticos contribuía com tal resistência, visto que usava linguagem técnica da área de conhecimento que o fundamenta, distante do comumente empregado no campo de atuação da Educação na cultura brasileira. Paralelamente, a versão traduzida do material fornecido pelo AIR apresentou algumas simplificações teóricas, provavelmente usadas com o objetivo de torná-la mais acessível. Estas, contudo, contribuía para o entendimento do programa como tecnicista. Duas questões chamaram especial atenção: a) o termo “comportamento” por vezes era usado como sinônimo de “ação” e não de “relação”, o que poderia resultar em uma interpretação de que o aluno era “culpado” por seus “comportamentos inadequados”, retirando-se seus atos de contexto; b) em segundo lugar, o termo “reforçamento positivo” era apresentado sem explicação prévia das relações operantes ou dos variados efeitos possíveis das consequências sobre o próprio comportamento. Foi verificado que esta supressão contribuiu negativamente à compreensão do conceito e dos recursos do programa.

Para além das questões pertinentes ao referencial teórico, o modo como a valorização do engajamento das crianças no jogo estava previsto, promovia a muitos educadores e educadoras uma sensação de artificialidade. Propunha-se elogiar as equipes envolvidas nas atividades após cada uma das indicações públicas de quebras de regras. Essa vinculação tanto poderia estabelecer comparações equivocadas entre as crianças quanto se mostrou pouco eficaz no estabelecimento do reconhecimento mútuo como prática cotidiana em sala de aula.

Havia ainda a possibilidade de o programa, a depender do modo de sua implantação, contribuir para resultados deletérios. Tais como o uso coercitivo das devolutivas contíguas ao erro, de caráter pretensamente neutro, a construção de uma competição não saudável em sala de aula, o seguimento acrítico e alienante das regras estabelecidas e a manutenção dos estereótipos de alguns alunos. O modelo de acompanhamento semanal dos multiplicadores(as) nacionais⁷ com cada educador(a), conforme previsto no modelo original do programa, possibilitou a discussão e o cuidado com essas questões. Contudo, a técnica do jogo, por si só, era carente de recursos que tornassem tais possibilidades improváveis. Sendo assim, embora o GBG se mostrasse eficaz em várias esferas, era necessário adaptá-lo técnica e teoricamente para viabilizar a sua implementação no Brasil. As diversas adaptações do programa ao longo dos últimos anos serão relatadas a seguir.

⁷ Profissionais da equipe federal que realizavam apoio direto aos educadores e às educadoras.

Do choque cultural inicial a um horizonte comum à Educação no Brasil

Desde que o *Good Behavior Game* foi trazido ao Brasil, em setembro de 2013, o maior investimento realizado tem sido sua adaptação cultural. Este processo se deu em paralelo a uma aplicação do Programa Elos em caráter pré-piloto, em quatro municípios brasileiros, no ano de 2013, e duas em caráter-piloto, em 17 municípios, nos anos de 2014 e 2015. Nos pilotos, proposições de ajustes foram testadas e seus impactos monitorados – pela equipe executora e por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade Federal de Santa Catarina. Essas experiências demonstraram que tornar o programa uma ação integrada a uma política nacional de prevenção ao consumo problemático de drogas somente seria possível mediante preparação de atores locais para a multiplicação da estratégia. Indicaram, ainda, ser necessário expressivo investimento na elaboração de suportes adicionais aos(as) educadores(as) para garantia de uma implementação qualificada e alinhada aos princípios que conferem eficácia ao programa.

O modelo de acompanhamento do GBG é configurado por apoio direto da equipe habilitada na metodologia do *American Institute for Research* (AIR). Isto implica suporte próximo e de grande impacto, mas também expansão proporcional à capacidade de multiplicação de seus profissionais e aos recursos humanos do instituto, uma escala reduzida quando se almeja o alcance nacional. Devido à complexidade dos recursos técnico-metodológicos do programa, contudo, substituir o acompanhamento presencial semanal destes profissionais por acompanhamento de atores locais em periodicidade compatível com suas atribuições nas redes de saúde e/ou educação é tarefa de grande complexidade. Assim, previamente à expansão do programa, fez-se necessário identificar as necessidades de suporte e adequação e implementar ajustes gradativamente.

No **Quadro 1**, encontram-se sintetizadas as decisões de adaptação tomadas a cada uma das versões do Programa Elos, referentes aos seguintes âmbitos: a) referenciais teóricos; b) linguagem; e c) recursos técnico-metodológicos. É importante destacar que todas foram sustentadas na avaliação colaborativa de profissionais implementadores e articuladores locais.

QUADRO 1 – ADAPTAÇÕES DO PROGRAMA ELOS DE 2013 A 2016

Ano	Referenciais teóricos	Linguagem	Recursos técnico-metodológicos
2013	<ul style="list-style-type: none"> - Análise Experimental do Comportamento - Life Course / Social Field Theory 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradução da versão original (GBG), sem adaptação - Termos técnicos da área analítico-comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de reforçadores públicos ao final do jogo - Uso de recursos punitivos públicos durante o jogo - Suspensão de atenção ao erro durante e ao final do jogo
2014	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção do uso de drogas em escolas - Teorias Interacionistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos técnicos analítico-comportamentais apresentados de maneira simples e acessível - Conceitos do campo da Prevenção - Conceitos de Teorias Interacionistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Operacionalização das devolutivas instrutivas ao erro durante o jogo, de modo a evitar seu caráter aversivo
2015	<ul style="list-style-type: none"> - Teoria dos Jogos Cooperativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos da Teoria dos Jogos Cooperativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de reforçadores públicos durante o jogo, desvinculados das devolutivas ao erro - Uso de devolutivas instrutivas ao erro para grupos, não apenas para crianças individualmente

continua



conclusão

Ano	Referenciais teóricos	Linguagem	Recursos técnico-metodológicos
2016	<ul style="list-style-type: none"> - Proposições de Humberto Maturana (2002) - Educação Emancipatória - Proposições de Jessé Souza (2011) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de contribuições de Humberto Maturana (2002) para o campo da Educação - Inclusão de contribuições de Jessé Souza (2011) para os campos de Saúde e Educação - Mudança do termo "regras" para "acordos" 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirada do caráter público das devolutivas instrutivas ao erro - Adição da entrega de "Cartões Oops!" nas devolutivas instrutivas - Adição da entrega de "Cartões Elos" no uso de reforçadores públicos durante o jogo - Inclusão de passos da implementação de fomento à generalização de aprendizagens - Inclusão de passos indutores de transição da heteronomia à autonomia - Inclusão de passos indutores da tomada de decisões coletivas entre educandos

Fonte: Autoria própria.

As transformações realizadas de 2013 a 2015 tiveram como principais objetivos: superar percepções acerca do programa como tecnicista; evitar devolutivas coercitivas às quebras de acordos do jogo; evitar a estigmatização das crianças em relação aos modos como interagem; e criar condições à implementação autônoma nos territórios. A essas finalidades, destaca-se a decisão de ampliar o horizonte teórico do programa, com a inclusão de conceitos do campo da Prevenção em Saúde Mental (OLIVEIRA, 2012; ABREU; BARLETTA; MURTA, 2015; ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016; O'CONNEL; BOAT; WARNER, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) e de confluências entre teorias interacionistas, comumente consideradas inconciliáveis.

Foram localizadas interseções entre proposições de abordagem analítico-comportamental (SKINNER, 1974; MILLENSON, 1975; BOTOMÉ, 2001; CATANIA, 1999; KELLER;

SCHOENFELD, 1971; TODOROV, 1991), com fundamentos construtivistas de Piaget e Vygotsky (COLL, 1992; SOLLÉ; COLL, 1999; LOPES; MENDES; FARIA, 2005). Embora preservem discordâncias importantes, convergem especialmente ao considerarem como pilar do desenvolvimento humano as **relações** entre ações do indivíduo e aspectos do ambiente (social e/ou físico) em que vive. Com base nesta noção, foi possível adequar a terminologia técnica do programa a uma linguagem coerente com as perspectivas construtivistas – atualmente vigorantes no contexto educacional brasileiro –, sem, contudo, descaracterizá-lo. No mesmo período, destacam-se três adaptações em recursos técnico-metodológicos:

- Inclusão da prática de valorização do engajamento das crianças **durante** o tempo de jogo e de modo desvinculado de devolutivas às quebras de regras por outra equipe, a fim de conferir maior destaque ao compromisso da turma.
- Aprofundamento acerca de como o(a) educador(a) pode realizar as devolutivas às quebras de regras, diminuindo o risco de uma aplicação coercitiva.
- Inclusão da prática de devolutivas instrutivas para grupos, não apenas para crianças individualmente.

Essas modificações mostraram-se eficazes em evitar implementações que culminassem num seguimento acrítico das regras. Ainda, o enfoque à responsabilização do coletivo (em lugar à individualização das quebras de regras) e à afetividade (em lugar às repreensões) mostrou-se coeso com o ideário democrático da educação brasileira desde sua reestruturação após o regime militar (MIRA; ROMANOWSKI, 2009; ARANHA, 1989).

Aprofundamento do apoio ofertado aos(às) educadores(as)

O acompanhamento próximo dos multiplicadores nacionais, com frequência quinzenal (no ano de 2014) ou mensal (no ano de 2015), ainda representava condição indispensável à garantia da qualidade de aplicação dos recursos do programa – tanto dos originais mantidos quanto dos adaptados. Assim, aproximá-lo de um modelo apto à escala nacional requereu, para 2016, novas estratégias que viabilizassem uma aplicação cada vez mais autônoma do(a) educador(a), a partir de um modelo de formação aprofundada deste profissional.

Embora um entendimento tecnicista do programa já estivesse superado, sua aplicação, em muitos casos, restringiu-se à técnica. Sua aceitação, em tantos outros, esteve baseada apenas na funcionalidade para a mudança dos padrões de interação individual dos(as) educandos(as). Para apoiar os(as) educadores(as) a aplicarem o Elos de maneira não enrijecida e mais orientada por seus princípios norteadores, buscou-se expandir ainda mais seu horizonte teórico. Além disso, o processo de implementação foi organizado em três ciclos: **Familiarização**, **Consolidação** e **Criação**. Em cada ciclo foram introduzidos passos orientadores de fomento ao avanço na perícia e aprofundamento do sentido das técnicas. Espera-se que esta reorganização tenha conferido aos *Guias de Implementação* maior potencialidade no suporte à atuação dos profissionais envolvidos.

Em termos de diálogos teóricos, na área da Educação foram traçadas relações entre o cuidado conferido pelo programa à dimensão afetiva das relações e as proposições do biólogo Humberto Maturana (2002). Respeitar cada ser como “legítimo”, em sua autenticidade, diversidade e autonomia, passou, assim, a compor (radicalmente) a definição de “coletivos” usada nos materiais, nas formações e na estrutura do Elos.

A fim de substituir a ênfase nas interações **dos(as) educandos(as)** e viabilizar um debate ampliado que abrangesse determinantes sociais em saúde, especialmente no que tange à problemática do consumo e do consumo problemático de drogas, investiu-se no diálogo com proposições do sociólogo Jessé Souza (2011). Abordar, no programa, os mecanismos excludentes inerentes à própria instituição escolar que contribuem para o enfraquecimento das redes de proteção social de crianças têm levado os profissionais envolvidos a problematizarem as estratégias do Elos como instrumentos de mudança interpessoal dos(as) educandos(as) e, gradativamente, também de mudança institucional.

No âmbito das adaptações ou criações de recursos teóricos-metodológicos para a implementação em 2016, sobressaíram-se:

- Inserção de passos para fomento à **generalização**⁸ das aprendizagens proporcionadas pelo programa, mediante incentivo e orientações ao(à) educador(a) para experimentar variações na execução.

⁸ Por “generalização” entende-se um processo que permite ao indivíduo estender a relação aprendida entre uma ação e um aspecto específico do ambiente a outros elementos ambientais com propriedades semelhantes (KELLER; SCHOENFELD, 1971; SÉRIO et al., 2004). Por meio da generalização, uma aprendizagem desenvolvida em condições restritas é mantida em novos e diversificados ambientes.

- Inserção de passos voltados à tomada de decisões compartilhadas com a turma, com destaque ao desenvolvimento da autonomia das crianças e à transição entre um lugar de “autoridade” atribuído ao(à) educador(a) ao papel de mediador.
- Aprimoramento das devolutivas do(a) educador(a) durante o jogo, tanto nas de sinalização de quebra de acordos quanto no reconhecimento de compromisso com os acordos. Tais aprimoramentos abrangeram o acréscimo de um recurso material para ser entregue ao grupo concomitantemente a cada devolutiva verbal: **Cartões Elos** – com ilustrações e mensagens de valorização à equipe, e **Cartões Oops!** – com ilustrações e mensagens não coercivas às interações em desacordo com o combinado. A proposta almeja auxiliar o(a) educador(a) a manter-se “neutro” enquanto media as interações da turma e, ao mesmo tempo, a equilibrar os dois tipos de devolutivas – já que se observou tendência à priorização das consequentes ao “erro”. Pretende, ainda, favorecer a predominância de estados afetivos de aceitação mútua, alegria e curiosidade ao longo das tarefas, evitando sentimentos de medo, raiva e frustração.

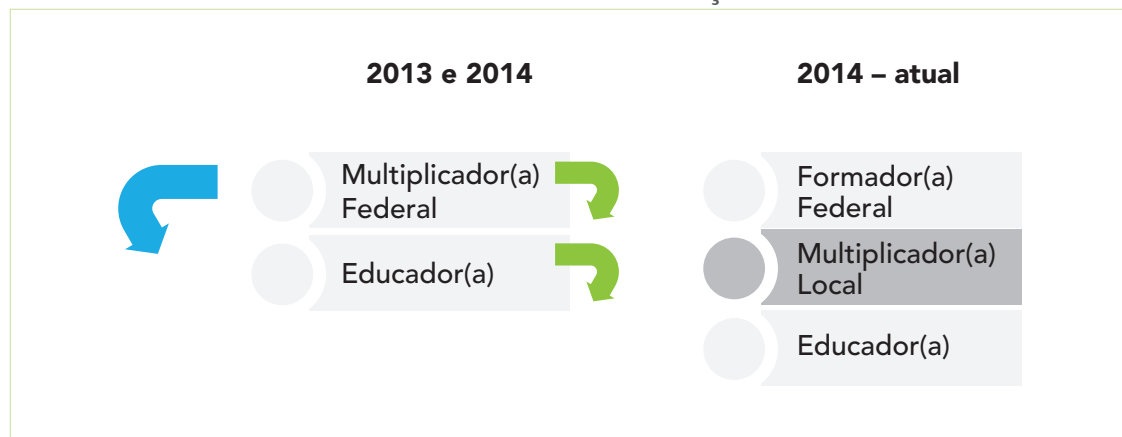
Caso venham a impactar positivamente os resultados de eficácia do Programa Elos, as discussões fomentadas nas novas formações e materiais didáticos, bem como as estratégias e passos adicionais, terão aproximado o programa de um modelo para difusão em larga escala no País. O fortalecimento teórico e metodológico dos implementadores, contudo, não sustenta por si uma ação, tampouco a integra em uma política nacional ainda inexistente. Para isso, também se investiu na adequação do **modelo de implantação** do programa, a fim de torná-lo viável e sustentável localmente, em médio prazo.

Transferência de tecnologia às redes locais de Saúde e Educação

Entre as decisões voltadas à otimização dos recursos investidos no Programa Elos, seu modelo de acompanhamento passa a incluir, desde 2014 (e de maneira mais estruturada a partir de 2015), profissionais dos territórios disponíveis ao exercício da função de **multiplicadores(as) locais**. Estes profissionais passaram a ser preparados para difundir e monitorar localmente o programa, passando a representar o apoio direto aos(às) educadores(as) – antes exercido pela esfera federal, como representado na Figura 1. Essa

decisão foi embasada no próprio campo teórico da Prevenção em Saúde Mental (ABREU; MURTA, 2016; OLIVEIRA, 2012), que almeja, como último estágio das ações em pesquisa e implementação de ações preventivas, sua adoção em comunidades, regiões ou países inteiros. Para tanto, fez-se necessário planejar a transferência de tecnologia a redes locais, em consonância com as práticas e rotinas já estabelecidas em cada território.

FIGURA 1 – INCLUSÃO DE PROFISSIONAIS DAS REDES LOCAIS COMO REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ELOS



Fonte: Autoria própria.

Inserido na pauta da Saúde como programa voltado à prevenção ao consumo de álcool e outras drogas em escolas, e sendo pertinente à política educacional como estratégia que intervém nas condições de aprendizagem das crianças, o programa destaca-se como ação intersetorial cujo objetivo é promover saúde a partir do ambiente sala de aula e promover educação a partir de uma proposta de saúde. Suas medidas previnem por auxiliarem educadores(as) e a instituição escolar no desenvolvimento cognitivo, social e afetivo dos(as) educandos(as). Partem do reconhecimento de que indicadores negativos em Educação (como evasão escolar, altas taxas de analfabetismo, disparidade na relação idade e série etc.) e em Saúde (como a alta incidência do consumo problemático de substâncias químicas) têm comuns alguns de seus determinantes sociais e estruturais, sendo necessárias ações integradas à sua dissolução (MURTA; BARLETTA, 2015; CUNNILL-GRAU, 2014). Descentralizar a tecnologia da esfera federal às locais, portanto, requereu contemplar profissionais que atuam nos campos tanto da Saúde quanto da Educação.

Construir as bases da autonomia local trouxe como desafio o desenvolvimento de estratégias de ensino que conferissem aos multiplicadores apropriação teórica e técnica suficiente ao apoio aos(as) educadores(as), sem perder de vista os critérios de fidelidade do programa. Para contemplar esse objetivo, foi elaborado um processo de Formação Continuada, inspirado no conceito e nas práticas de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e Educação a Distância (BELLONI, 1999). Ambos propõem estratégias para análise crítica e mudanças nas práticas profissionais e organizacionais do trabalho, com recursos permanentes de reflexão. A seguir, são apresentadas as principais proposições experimentadas nas versões-piloto do programa, em 2014 e 2015:

- Mudança do papel dos profissionais da equipe federal: na maioria dos municípios acompanhados, os(as) multiplicadores(as) nacionais passam a assumir o lugar de formadores(as) federais. Tornam-se responsáveis pela formação dos(as) educadores(as) e multiplicadores(as) locais.
- Profissionais dos territórios dos setores da Saúde e Educação tornam-se multiplicadores(as) locais.
- Ajuste na periodicidade das visitas do(a) multiplicador(a) às escolas, tornando-as compatíveis com as rotinas de trabalho dos(as) educadores(as) e dos(as) multiplicadores(as). Observações em sala de aula e reuniões que anteriormente ocorriam com intervalos semanais (2013) e quinzenais (2014) passam a ocorrer mensalmente a partir do segundo mês de implantação.
- Priorização do caráter coletivo das reuniões dos(as) multiplicadores(as) com educadores(as), antes realizadas individualmente com cada educador(a).
- Elaboração da primeira versão do *Guia do(a) Multiplicador(a)* constituída de roteiros das visitas às escolas ao longo dos dois primeiros meses da implementação (Etapa da Familiarização), textos de aprofundamento de conceitos e elementos centrais do programa e questões de reflexão sobre a prática.
- Elaboração da Formação Continuada de multiplicadores locais constituída de sete módulos, com intervalos mensais e totalizando 32 horas. Voltados ao acompanhamento logístico, ao aprofundamento teórico e técnico, tiveram como base os capítulos do *Guia do(a) Multiplicador(a)*, as necessidades

de cada território e orientações acerca do monitoramento da fidelidade do programa.

- Realização de orientações a distância: mensalmente, os(as) formadores(as) federais ofereceram apoio adicional aos(às) multiplicadores(as) locais por meio de videoconferências, *e-mail* ou telefone.

Além de aproximar o Programa Elos de um modelo mais viável localmente e sustentável em médio e longo prazos, o modelo criado para a preparação de multiplicadores(as) foi pautado no princípio do programa referente à mudança processual de comportamentos. Assim, para oferecer apoio permanente ao desenvolvimento de aprendizagens significativas, foi pautado não apenas no **saber** (conteúdos), mas também no **fazer** (habilidades).

Permaneceram, contudo, algumas lacunas que refletem fragilidade nas etapas de adesão ao programa: nem todos os municípios tiveram, em seu quadro, profissionais disponíveis para se tornarem pontos focais, alguns contaram apenas com multiplicadores de um ou outro setor ou, ainda, os profissionais indicados não tinham disponibilidade real ao exercício das atribuições requeridas. Além disso, foi possível identificar a necessidade de ofertar roteiros para todas as visitas de acompanhamento aos(às) educadores(as) e de construir roteiros para a condução da formação continuada de multiplicadores – a fim de qualificar os processos formativos e aumentar a garantia da fidelidade da implementação.

Assim, para suprir as lacunas identificadas e avançar no desenvolvimento de conteúdo e recursos didáticos da formação permanente de multiplicadores, a versão do Programa Elos para 2016 contou com os seguintes ajustes:

- Definição de quantidade mínima de quatro turmas participantes por escola, a fim de fomentar um espaço coletivo de reflexão acerca do programa e a extensão de suas ações à instituição como um todo.
- Recomendação de que os(as) coordenadores(as) pedagógicos(as) (CPs) das escolas se tornem os multiplicadores locais, já que suas atribuições envolvem suporte técnico e teórico aos(às) educadores(as). Este modelo foi testado em 2015, no município de Taboão da Serra/SP, e tornou o programa mais viável e integrado às práticas da escola.

- Entendendo o Programa Elos como ação intersetorial por definição, foram propostas duplas de multiplicadores(as) locais por território de cada escola, sendo profissional da Educação e da Saúde. Pela Saúde, a indicação é de que seja um profissional atuante no serviço de referência do território da escola.
- Organização dos instrumentos de monitoramento da fidelidade do programa em um *Caderno de Instrumentos do(a) Multiplicador(a)*, conforme seu uso no cronograma de implantação.
- Proposição de nova versão do *Guia do(a) Multiplicador(a)*, contendo roteiros de todas as visitas às escolas. Os roteiros destacam os elementos fundamentais do programa a cada momento da implantação, além orientar o uso dos instrumentos de monitoramento. Foram mantidas seções e questões de aprofundamento do guia anterior e incluídas outras referentes aos novos recursos técnicos.

Merece destaque a formação de duplas para trabalho conjunto entre setores. Para tornar as ações integradas e sustentáveis, foi proposta divisão de tarefas de acordo com o exercício e a disponibilidade de cada profissional. Multiplicadores da Educação ficam responsáveis pelo acompanhamento de educadores(as) na implementação do jogo nas turmas ao longo de todo ano, enquanto multiplicadores da Saúde o fazem em três momentos estratégicos: nos momentos de transição entre as etapas de familiarização, consolidação e criação. Nestes, espera-se que atuem como dupla de trabalho, apoiando educadores(as) a planejarem os jogos a partir de seus arcabouços teóricos e técnicos, que contribuem de forma complementar à solução dos desafios enfrentados.

Ao fomento da integralidade nas ações voltadas à prevenção ao consumo de álcool e outras drogas em escolas e comunidades, optou-se, ainda, por propor ações voltadas à ampliação do alcance do programa a elementos importantes das estruturas que determinam as condições de desenvolvimento das crianças. Assim, desde 2014, encontra-se em desenvolvimento e aperfeiçoamento um segundo componente do programa: o Componente Familiar.

Criação do Componente Familiar do Programa Elos

Um último importante aspecto da adaptação cultural do GBG a ser destacado foi a criação do Componente Familiar. Em 2014, foram realizadas oficinas para a elaboração de ações intersetoriais, das quais participaram profissionais da Saúde e da Educação com experiência prévia no programa. Um pressuposto era de que a parceria entre estes setores poderia ser mais fortalecida e melhor aproveitada com a expansão das ações do Elos para além do ambiente das salas de aula. Outro, que a construção conjunta do escopo e da área comum para a ação era condição primeira para uma intersectorialidade real.

Como resultado deste processo participativo, e com apoio das diretrizes apresentadas na publicação *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An important Responsibility of a Health-Promoting and Child-Friendly School* (2003), da *World Health Organization* (WHO), definiu-se como público-alvo do novo componente as crianças participantes do Elos, seus pais ou responsáveis e sua comunidade de pertencimento. Como objetivo, foi proposto o aumento dos fatores de proteção à faixa etária atendida a partir do fomento a habilidades sociais e afetivas que fortalecem os vínculos familiares. Além disso, entendendo que a proximidade e a parceria dos pais ou responsáveis com a escola interferem no aprendizado das crianças e nos efeitos das ações do programa dentro da sala de aula, a aproximação das famílias com a instituição escolar foi definida como objetivo secundário, altamente desejável.

Organizado em três encontros ao longo do ano, o Componente Familiar propõe dinâmicas nas quais crianças e adultos são convidados a experimentar interações que favorecem o desenvolvimento da: a) autopercepção; b) percepção do outro; c) comunicação eficaz; d) lidar com sentimentos; e e) cooperação. Tais formas de interagir promovem aproximação afetiva e atenciosa entre as crianças e seus pais ou responsáveis. Além disso, à medida que os encontros ocorrem na própria escola e envolvem professores e profissionais da equipe pedagógica, é esperado que o componente possibilite às famílias uma nova percepção afetiva do espaço escolar. De maneira transversal, os principais recursos técnicos usados nos jogos conduzidos em sala são abordados nas dinâmicas, de modo adaptado. Merecem destaque: 1) a valorização como prática cotidiana; e 2) o estabelecimento coletivo de acordos de convivência.

Após a experimentação da proposta em duas escolas no ano de 2015, no município de São Paulo/SP, e com avaliação positiva dos profissionais envolvidos, dos familiares e das próprias crianças, decidiu-se integrá-la ao programa a partir de 2016. Para viabilizar tal inclusão de modo sustentável – passível de permanecer no território sem o fomento direto do governo federal –, fez-se necessário alinhar seu modelo de implantação às rotinas dos profissionais. Assim, é proposta a condução compartilhada entre multiplicadores(as) da Saúde e da Educação, tendo os(as) educadores(as) papel de apoio no planejamento dos encontros. Havendo a possibilidade de substituição dos(as) educadores(as) nos horários dos encontros, sua composição na condução das dinâmicas é altamente desejável.

Se, em sala de aula, o Jogo Elos incide sobre o ambiente de aprendizagem de modo a favorecer e fortalecer interações harmônicas, de cooperação e respeito mútuo, os encontros familiares deverão incidir do mesmo modo sobre o ambiente familiar. A proposta desta extensão das ações se justifica no entendimento de que quanto mais se puder cercar a criança de ambientes e relações de confiança e diálogo, mais ela se fortalecerá em relação àquilo que percebe sobre si e sobre a sua capacidade de produzir e transformar a própria realidade (SOUZA, 2011).

Considerações finais

Sistematizar os processos decisórios envolvidos na adaptação cultural do *Good Behavior Game* ao Programa Elos permite análise, contextualizada, de sua pertinência enquanto conjunto de recursos voltado ao desenvolvimento de práticas profissionais em prevenção nas redes de Educação e Saúde no Brasil. Tendo como horizonte a construção de bases para uma política nacional de prevenção dos sofrimentos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, as adaptações precisaram oferecer viabilidade à execução autônoma dos profissionais e, ao mesmo tempo, garantir a manutenção dos princípios e dos dispositivos do programa responsáveis por sua eficácia.

O modelo de implantação alcançado no ano corrente de 2016, bem como os materiais didáticos adaptados, ainda não permitem a expansão do Elos em larga escala. Contudo, a adaptação cultural realizada promoveu impactos importantes em termos de aceitabilidade e promoção de práticas mais reflexivas aos profissionais envolvidos, conferindo sentido ao programa e minimizando o risco de equívocos técnicos e/ou conceituais.

Merecem destaque, para tanto, a manualização dos recursos técnicos em passos, a adição de recursos complementares e a oferta de condições para aprofundamento dos principais conceitos e princípios que subsidiam a estratégia.

Partimos de um entendimento dos problemas associados ao consumo problemático de drogas como relacionados às condições de vida dos indivíduos, à carência de condições promotoras de bem-estar subjetivo (MURTA; BARLETTA, 2015) e, em grande medida, a obstáculos sociais e institucionais ao exercício de uma cidadania ativa (SOUZA, 2011; SAWAIA, 1999). Assim, o programa aposta na função socializadora da instituição escolar, entendendo que a experiência de aceitação mútua e o sentimento de pertença a este contexto interferem positivamente no desenvolvimento de habilidades acadêmicas, cognitivas e emocionais. Estas, por sua vez, têm o potencial de fortalecer as crianças e melhor prepará-las para o enfrentamento dos desafios inerentes ao próprio desenvolvimento e à vida em sociedade.

Embora resultados de eficácia do Programa Elos sejam acessíveis apenas mediante estudos acerca de seus impactos em curto, médio e longo prazos⁹, a prática traz indicativos de que estamos no caminho certo, tanto sob o prisma da promoção quanto da prevenção em Saúde Mental, e a partir do olhar das crianças participantes, assim como de educadores e educadoras que aceitaram o desafio de levar o Elos a suas turmas. Falas coletadas ao final da implantação do programa em 2015, durante atividades de encerramento nas turmas, apontam nessa direção.

Entre educadores(as), foi recorrente a menção ao programa como ferramenta socializadora que promove, a partir do trabalho coletivo, tolerância e aceitação mútua entre as crianças, ajudando-as a tornarem-se sensíveis às necessidades e aos sentimentos umas das outras, ajudando-as, ainda, a relacionarem-se entre si com maior desenvoltura e harmonia. Há falas que destacam o apoio encontrado no programa para auxílio à própria prática pedagógica, em especial para a condução de trabalhos em grupos, mas também para conferir dinamicidade às atividades, à autonomia e à segurança às crianças. É possível interpretar que, em grande medida, o programa demonstrou seu potencial em contribuir para tornar o contexto escolar – em especial, as salas de aula – um ambiente seguro e envolvente de aprendizagem.

⁹ Que vem sendo conduzido concomitantemente à implementação por pesquisadores do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), da Universidade Federal de São Paulo; do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (Psiclin), da Universidade Federal de Santa Catarina; e do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Dos relatos das crianças, merecem especial destaque falas que denotam a contribuição do Elos para a construção de autoconceitos positivos, autoestima e autoconfiança. Algumas destacam, inclusive, a relação entre os sentimentos que estes processos despertam e o impacto positivo que geram no desempenho escolar: "(...) fiquei muito mais esperto e muito mais legal" (educando de Florianópolis/SC, 2015); "(...) eu me sinto às vezes esperta, porque assim... quando eu sei de alguma coisa e outra pessoa não sabe, eu posso ir lá e ajudar" (educanda de São Paulo/SP, 2014). O potencial do programa ao fortalecimento da sociabilidade é também nítido em outros depoimentos, como o de uma educanda de São Bernardo do Campo/SP (2015), que diz: "A gente aprende respeito no Jogo Elos. Eu sou briguenta e consegui fazer amizade".

Entendemos essas experiências na infância como capazes de promover ou aumentar o envolvimento afetivo das crianças com o universo do conhecimento e de impactar positivamente sua permanência na escola, que são, por sua vez, fatores importantes de proteção ao consumo problemático de álcool e outras drogas. Com o incremento do Componente Familiar e do entendimento de que a construção de **coletivos democráticos** deve extrapolar as salas de aula, esperamos ainda aumentar o potencial protetivo das ações do Elos a partir da aproximação das famílias com a instituição escolar e com os equipamentos de saúde de seu território.

Um último aspecto potencialmente capaz de tornar duradoura a atuação transformadora do programa nos territórios é a aposta em um modelo intersetorial de atuação, com transferência de tecnologia e protagonismo aos territórios. A condução compartilhada das ações por profissionais das redes locais de Saúde e Educação demanda relações de horizontalidade, compartilhamento de responsabilidades e tomada de decisões entre os trabalhadores dos dois setores, contemplando suas perspectivas e contribuições complementares. Essa busca da integralidade na abordagem de um problema é reconhecidamente o modelo mais eficaz de elaborar, implantar e executar políticas públicas que regulam direitos sociais (CUNNILL-GRAU, 2014). Em se tratando de atuações preventivas, não seria diferente.

Por fim, destacamos o que parece ser o principal desafio a ser enfrentado ao alcance da difusão do Programa Elos. Embora o modelo de acompanhamento atual já conte com profissionais dos territórios no exercício de multiplicadores locais, o programa oferece espaços presenciais mensais para sua formação continuada. Este formato viabiliza apoio qualificado aos implementadores e um processo controlado de monitoramento da fidelidade da

implantação. Ao alcance da larga escala, será necessário construir recursos não presenciais capazes de substituir ou complementar o apoio à implementação, de modo eficaz à garantia dos princípios e das técnicas do programa e, ainda, ao **fazer intersetorial**.

Referências

ABREU, S.; BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marco conceitual. In: MURTA, S. G. et al. **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 54-74.

_____; MIRANDA, A. A. V.; MURTA, S. G. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental?. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 1, p. 163-177, jan./abr. 2016.

_____; MURTA, S. G. O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 101-111, jan./abr. 2016.

ARANHA, M. L. A. A educação sob a ditadura militar. In: _____. **História da educação**. São Paulo: Moderna, 1989. p. 252-259.

BARRISH, H.; SAUNDERS, M.; WOLF, M. Good Behavior Game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 2, p. 119-124, 1969.

BELLONI, M. L. **Educação a distância**. Campinas: Autores Associados, 1999.

BOTOMÉ, S. P. Sobre a noção de comportamento. In: FELTES, H. P. M.; ZILES, U. (Org.). **Filosofia: diálogo de horizontes**. Porto Alegre: EdUPucRS; Caxias do Sul: EducS, 2001. p. 685-708.

_____; KUBO, O. M. **O fenômeno e o conceito de contingência de reforçamento e suas relações com o comportamento como uma relação entre classes de respostas e classes de estímulos componentes dos ambientes antecedentes e consequentes a**

essas classes de respostas. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Texto elaborado como instrução às aulas de Psicologia da Aprendizagem I oferecida à graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina em 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

CATANIA, A. C. **Aprendizagem:** comportamento, linguagem e cognição. Tradução de D.G. Souza. Porto Alegre: Artmed, 1999.

COLL, C. As contribuições da Psicologia para a Educação: teoria genética e aprendizagem escolar. In: LEITE, L. B. (Org.). **Piaget e a Escola de Genebra.** São Paulo: Editora Cortez, 1992. p. 164-197.

CUNNILL-GRAU, N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. **Gestión y Política Pública,** [S.l.], v. 22, n. 1, p. 5-46, 2014.

DISHION, T. J. et al. Deviancy training in male adolescent friendships. **Behavior Therapy,** [S.l.], v. 27, p. 373-390, 1996.

DOLAN, L. J. et al. The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement. **Journal of Applied Developmental Psychology,** [S.l.], v. 14, p. 317-345, 1993.

DOMITROVICH, C. E. et al. Integrated models of school based prevention: logic and theory. **Psychology in the Schools,** [S.l.], v. 47, n. 1, p. 71-88, 2010.

EMBRY, D. D. The Good Behavior Game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. **Clinical Child & Family Psychology Review,** [S.l.], v. 5, p. 273-297, 2002.

ENSMINGER, M. E.; SLUSARCICK, A. L. Paths to high school graduation or dropout: a longitudinal study of first grade cohort. **Sociology of Education,** [S.l.], v. 65, p. 95-113, 1992.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: BRANDÃO, M. Z. (Org.). **Comportamento humano.** São Paulo: ESETec, 2002. p. 63-98. v. 1.

HARRIS, V. W.; SHERMAN, J. A. Use and Analysis of The "Good Behavior Game" to reduce disruptive classroom behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 405-417, 1973.

HOLLAND, J. G. Behaviorism: part of the problem or part of the solution?. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 163-174, 1978.

HUNZIKER, M. H. L. Afinal, o que é controle aversivo?. **Acta comportalia**, Guadalajara, v. 19, n. 4, p. 9-19, 2001.

IALONGO, N. et al. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, [S.l.], v. 9, p. 146-160, 2001.

_____. et al. Proximal impact of two Prst grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression and antisocial behavior. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 27, p. 599-642, 1999.

KELLAM, S. G. et al. **Mental health and going to school**: The Woodlawn program of assessment, early intervention, and evaluation. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1975.

_____. et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 95, n. 1, p. S5-S28, 2008.

_____; ANTHONY, J. C. Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 88, p. 1490-1495, 1998.

_____. et al. The effect of the level of aggression in the Prst grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. **Development and Psychopathology**, [S.l.], v. 10, p. 165-185, 1998.

_____. et al. The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [S.l.], v. 35, p. 259-281, 1994.

_____. et al. Developmental epidemiologically based preventive trials: baseline modeling of early target behaviors and depressive symptoms. **American Journal of Community Psychology**, [S.l.], v. 19, p. 563-584, 1991.

KELLER, F. S.; SCHOENFELD, W. N. **Princípios de Psicologia**: um texto sistemático na ciência do comportamento. Tradução de Carolina Martuscelli Bori e Rodolpho Azzi. São Paulo: Herder, 1971.

LANNIE, A. L.; MCCURDY, B. L. Preventing disruptive behavior in the urban classroom: effects of the Good Behavior Game on student and teacher behavior. **Education and Treatment of Children**, [S.l.], v. 30, p. 85-98, 2007.

LEFLOT, G. et al. The role of teacher behavior management in the development of disruptive behaviors: an intervention study with the Good Behavior Game. **Journal of Abnormal Child Psychology**, [S.l.], v. 38, n. 6, p. 869-882, 2010.

LOPES, K. R.; MENDES, R. P.; FARIA, V. L. B. **Coleção proinfantil**. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Básica, Secretaria de Educação a Distância, 2005. Módulo 2, Unidades 1 e 2.

MATTAINI, M. A.; MCGUIRE, M. S. Behavioral Strategies for Constructing Nonviolent Cultures With Youth. **Behavior Modification**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 184-224, 2006.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução: José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MCCORD, J. Parental behavior in the cycle of aggression. **Psychiatry**. [S.l.], v. 51, p. 14-23, 1988.

MEDLAND, M. B.; STACHNIK, T. J. Good Behavior Game: a replication and systematic analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 45-51, 1972.

MILLENSON, J. R. **Princípios de análise do comportamento**. Tradução de Alina de Almeida Souza e Dione de Rezende. Brasília: Editora Coordenada; Editora de Brasília, 1975.

MIRA, M. M.; ROMANOWSKI, J. P. Tecnicismo, neotecnicismo e as práticas pedagógicas no cotidiano escolar. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 9.;

ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOLOGIA, 3., Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009. p. 10208-10219.

MURTA, S. G.; BARLETTA, J. B. Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em terapia cognitivo-comportamental. In: NEUFELD, B.; FALCONE, E.; RANGÉ, B. (Ed.). **PROCOGNITIVA, Programa de Atualização em Terapia Cognitivo Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 9-62.

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.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Escolas Promotoras de Saúde: fortalecimento da iniciativa regional: estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington, D.C., 2006. (Série Promoção da Saúde, 4).

O'CONNEL, M. E.; BOAT, T.; WARNER, K. E. **Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009.

PETRAS, H. et al. Developmental epidemio-logical courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 95, n. 1, p. 45-59, 2008.

PODUSKA, J. M. et al. Impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based behavior intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior, or drugs or alcohol. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 95, p. S29-S44, 2008.

REBOK, G. W. et al. Effect of concentration problems on the malleability of children's aggressive and shy behaviors. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 35, p. 193-203, 1996.

ROBINS, L. N. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: replications from longitudinal studies. **Psychological Medicine**, [S.l.], v. 8, p. 611-622, 1978.

ROSALES-RUIZ, J.; BAER, D. M. A behavioranalytic view of development. In: RIBES, E.; BIJOU, S. W. (Ed.). **Recent approaches to behavioral development**. Reno, NV: Context Press, 1996. p. 155-180.

_____; _____. Behavioral Cusps: a developmental and pragmatic concept for Behavior Analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 533-544, 1997.

SAIGH, P. A.; UMAR, A. M. The effects of a Good Behavior Game on the disruptive behavior of Sudanese elementary school students. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 339-344, 1983.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SÉRIO, T. M. A. P. et al. **Controle de estímulos e comportamento operante**: uma (nova) introdução. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004.

SKINNER, B. F. **About behaviorism**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

_____. **Science and Human Behavior**. New York: Macmillan, 1953.

SOLÉ, I.; COLL, C. Os professores e a concepção construtivista. In: COLL, C. et al. **O construtivismo na sala de aula**. São Paulo: Ática, 1999. p. 9-28.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

TANOL, G. et al. Responding to rule violations or rule following: a comparison of two versions of the Good Behavior Game with kindergarten students. **Journal of School Psychology**, [S.l.], v. 48, n. 5, p. 337-355, 2010.

TINGSTOR, D. H.; STERLING-TURNER, H. E.; WILCZYNSKI, S. M. The Good Behavior Game: 1969-2002. **Behavior Modification**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 225-253, 2006.

TODOROV, J. C. O conceito de contingência na psicologia experimental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 7, p. 59-70, 1991.

VAN LIER, P. A. C.; HUIZINK, A.; CRIJNEN, A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 100, n. 3, p. 228-233, 2009.

VAN LIER, P. A. et al. Preventing disruptive behavior in elementary schoolchildren: impact of a universal classroom-based intervention. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 72, p. 467-478, 2004.

WITVLIET, M. et al. Testing links between childhood positive peer relations and externalizing outcomes through a randomized controlled intervention study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 77, p. 905-915, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being**: an important Responsibility of a Health-Promoting and Child-Friendly School. Geneva: WHO Document Production Services, 2003.



A INSERÇÃO ESCOLAR DO PROGRAMA ELOS: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NA REALIDADE BRASILEIRA

Daniela Ribeiro Schneider
Milene Strelow
Fabíola Langaro
Erikson Kaszubowski

“Eu gosto do Jogo Elos porque a gente faz a nossa tarefa, mas a gente se diverte e aprende com os outros. E a gente divide a nossa capacidade, nossa inteligência com os outros.”

(Relato de educando, 10 anos, 5º ano, 2015)

O processo de modificação do programa preventivo em saúde mental infantil norte-americano *Good Behavior Game* (GBG) em Programa Elos, adaptado culturalmente à realidade brasileira, foi descrito detalhadamente no Capítulo 7, indicando o modelo lógico-conceitual, a dimensão metodológica e as definições processuais da consolidação deste programa como recurso de prevenção universal para ser implementado como política pública nas escolas brasileiras, tendo como horizonte

a construção de ambientes educativos promotores de saúde.

O projeto guarda-chuva que comportou este processo foi realizado pela Coordenadoria-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, inicialmente desenvolvido em parceria com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC) e, posteriormente, somado às ações conjuntas com a Secretaria Nacional de Políticas sobre

Drogas (Senad) do Ministério da Justiça. O projeto é pioneiro para a área de álcool e outras drogas no Brasil, na medida em que planeja a implantação de uma política pública com foco na prevenção em larga escala, baseada em evidências, pois se sustenta em estudos que acompanham seu processo de implementação e adaptação cultural e avalia o processo e a efetividade das ações desenvolvidas, num processo colaborativo entre os órgãos executivos, responsáveis pela implantação dos programas, e as universidades, responsáveis por sua avaliação.

Embry (2002) põe em questão se poderia haver vacina comportamental, assim chamada por compreender um procedimento de atenção simples, mas que resultaria em impactos drásticos sobre desfechos adversos em saúde, tal como aconteceu com a simples “lavagem e assepsia de mãos” na área da saúde hospitalar. O desafio é encontrar essa intervenção simples capaz de reduzir, significativamente, a mortalidade e a morbidade relacionadas a variados problemas psicossociais. O autor conclui que o GBG poderia ser um potencial candidato a essa vacina comportamental, pois o programa tem uma sólida história de estudos de eficácia e efetividade e mostrou-se adaptável a diferentes contextos educativos e culturais. Sendo assim, o *Good Behavior Game*, implementado pela primeira vez por Barrish, Saunders, Wolf (1969), considerando sua simplicidade técnica e suas múltiplas replicações de resultados positivos, em estudos de eficácia com resultados em longo prazo, com base em ensaios controlados randomizados (KELLAM et al., 2014), pode candidatar-se a ser essa vacina, o que poderia trazer melhora na relação custo-benefício nas estratégias de prevenção (EMBRY, 2002).

Mas qual o sentido de falar em vacina no caso de prevenção em saúde mental? É que este programa, ao atuar sobre as vulnerabilidades pessoais e sociais de uma criança, agiria sobre os fatores de risco que se colocam como preditores de futuros comportamentos antissociais, tais como os problemas relacionados ao uso de drogas e envolvimento em situações de violência (KELLAM et al., 2014). Sendo assim, há estudos consistentes que demonstram que a presença de comportamentos disruptivos (compreendidos como aqueles que produzem rupturas ou extrapolam o que está estabelecido ou acordado para uma determinada situação) e agressivos, desde a mais tenra idade, é fator de risco para um espectro de problemas comportamentais mais adiante na vida (KELLAM et al., 2011), sendo que a modificação dessa trajetória psicossocial da criança tem impactos protetores no futuro. Por isso mesmo, o GBG, ao ser um potente instrumento de mudanças de trajetórias comportamentais na infância, atua efetivamente como prevenção de problemas psicossociais futuros, como demonstram vários estudos de seguimento longitudinal de

seus efeitos (KELLAM et al., 2008; KELLAM et al., 2014; VAN LIER; HUIZINK; VUIJK, 2011), podendo, inclusive, ser considerado um programa de promoção de saúde na escola, por atuar sobre os determinantes sociais em saúde.

O GBG já foi testado em diferentes contextos culturais para além dos Estados Unidos e obteve bons resultados em sua adaptação. Sua eficácia tem sido amplamente demonstrada e replicada em várias configurações e com várias populações. Há estudos desenvolvidos em países europeus, como Bélgica, Países Baixos, Inglaterra, Alemanha, Espanha, bem como em países latino-americanos, como Chile e México. Há também estudos em países africanos, sendo que o sucesso do GBG se confirma ao produzir seus efeitos mesmo ao atravessar fronteiras, linguagens e estratos socioeconômicos diversos (JOSLYN; VOLLMER; HERNÁNDEZ, 2014; NOLAN; FILTER; HOULIHAN, 2014, WRIGHT; MCCURDY, 2011).

Aqui, neste capítulo, vamos tratar dos estudos avaliativos realizados sobre o Programa Elos em sua implementação no Brasil, visando subsidiar sua adaptação cultural à realidade sociocultural e pedagógica das escolas brasileiras, pondo em destaque os resultados relacionados à **avaliação do processo**, em suas dimensões da fidelidade, da aceitabilidade pelos diferentes atores envolvidos, da viabilidade de sua implantação em escolas públicas brasileiras, assim como da **percepção dos resultados** alcançados nos projetos-piloto realizados nos anos de 2013, 2014 e 2015. Os estudos avaliativos foram desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (Psiclin), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Avaliação da implementação do *Good Behavior Game* em escolas brasileiras em 2013 – estudos para viabilizar sua adaptação cultural

No primeiro ano de implementação do *Good Behavior Game* em escolas brasileiras, o objetivo dos estudos avaliativos foi focado na realização da **avaliação de seu processo**, na medida em que o programa tinha sido, até o momento, traduzido apenas ao português, mas não havia ainda sofrido o processo de adaptação cultural. Visava-se

levantar a aceitabilidade entre os diferentes atores envolvidos: professores, gestores municipais e federais, multiplicadoras, assim como sua viabilidade para uso nas escolas brasileiras, à luz do projeto pedagógico que as rege. Para estimar a aceitabilidade, foram levantadas a percepção de resultados, a satisfação dos diferentes sujeitos envolvidos, as facilidades e as dificuldades encontradas em sua implementação. A viabilidade foi constatada a partir da triangulação dos dados da pesquisa, em que resultados qualitativos e quantitativos foram correlacionados para estabelecer compreensão mais aprofundada do fenômeno estudado.

O projeto-piloto de implantação do programa de prevenção realizado pelo Ministério da Saúde, em 2013, envolveu 736 educandos, 32 professores e 37 turmas em 6 escolas públicas de 4 municípios brasileiros, sendo 2 do estado de São Paulo (São Paulo e São Bernardo do Campo) e 2 do estado de Santa Catarina (Florianópolis e Tubarão).

Na pesquisa avaliativa, foram usadas metodologias mistas, de características qualitativas e quantitativas, por meio do uso de grupos focais, entrevistas e aplicação de questionários de fidelidade e de satisfação, envolvendo 3 escolas no estado de São Paulo e 3 escolas no estado de Santa Catarina, em um total de 25 atores, sendo 12 professores, 7 membros das equipes pedagógicas e 6 multiplicadoras nacionais. Foi empregada a análise de conteúdo, baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (STRAUSS; CORBIN, 2008) para os dados qualitativos e a estatística descritiva (frequências, médias e desvios padrões) para os dados quantitativos.

É preciso ponderar que o tempo de execução do programa em 2013 foi considerado curto, pois o projeto começou nas escolas em setembro e terminou em dezembro do mesmo ano, portanto, sua duração máxima foi de três meses em algumas escolas e menos ainda em outras. Por esse motivo, os resultados precisam ser considerados nessa rápida experiência de implantação do programa como política pública preventiva, mas que forneceu importantes elementos para o início de sua adaptação cultural, como apontado no Capítulo 7.

Alguns aspectos assinalados pelos participantes como pontos fortes do programa são descritos a seguir, relacionados principalmente à prática pedagógica dos professores:

- **Promoção do trabalho em grupo em sala de aula:** as professoras declararam que tinham receio em formular atividades em grupo com os alunos por

acreditarem que teriam dificuldades em lidar com a disciplina necessária para a realização desse tipo de atividade. A proposta do GBG não só quebrou com este paradigma como demonstrou ser esta uma estratégia que pode ajudar a promover a convivência amistosa entre educandos e possibilitar certa independência com relação à professora em determinados momentos, fator este que, ao longo do tempo, pode exercer influência significativa no nível de confiança dos alunos, em sua autonomia e, conseqüentemente, no aumento do nível de sua autoeficácia.

- **Utilização do elogio coletivo como forma de valorização do trabalho dos estudantes:** a oferta de conseqüências positivas ao comportamento adequado em sala de aula, de maneira coletiva, demonstrou para as professoras a importância de reconhecer o esforço dos estudantes quando cumprem os combinados em sala de aula. Esta estratégia foi observada como sendo mais efetiva do que aquela que se centra no erro e na busca por corrigir os comportamentos inadequados dos educandos.
- **Importância do uso da objetivação e da sistematização das regras acordadas coletivamente para a sala de aula:** as professoras enfatizaram a importância das regras acordadas, concretizadas em forma de cartazes, como sendo estratégia efetiva para o aprendizado e para a boa convivência entre pares e entre professor e aluno. Apesar de haver críticas sobre a forma da escrita das regras, todas as professoras foram unânimes em recomendar o uso explícito das regras em sala de aula.
- **Facilidade de aplicação do jogo e exigência de poucos recursos da escola:** este aspecto foi destacado por professores e diretores como facilitadores de sua implementação.

Foram destacadas, também, as percepções de mudanças individuais em algumas crianças com problemas de indisciplina (agressividade e disruptividade), e de dificuldades de isolamento social, sendo apontado o pouco tempo de aplicação do GBG e a crença de que, com um tempo maior, resultados mais significativos poderiam ser alcançados: a) algumas crianças que apresentavam dificuldade de se concentrar e estavam constantemente agitadas durante as atividades melhoraram o comportamento, esforçando-se para ficar mais tranquilos, para além de a professora pedir para fazerem silêncio; b) educandos

com dificuldade de relacionamentos comprometeram-se no seguimento das regras e na solicitação aos colegas para que se comprometessem também; c) estudantes de comportamentos agressivos tentaram se controlar, respeitar o colega e começaram a compreender que suas atitudes atrapalhavam o grupo; d) educandos tímidos, ao serem colocadas como capitães das equipes, sentiram-se valorizados e começaram a ficar mais seguros no relacionamento com os colegas; e) educandos com deficiência passaram a estar mais incluídos nos grupos da escola. Esses são alguns destaques sobre a percepção de mudanças nos comportamentos proporcionados pelo programa.

A análise dos dados quantitativos corroborou os depoimentos colhidos e demonstrou que os professores pesquisados desenvolveram percepção favorável em relação ao GBG, sendo que 60% o consideraram como ferramenta muito útil para a gestão da sala de aula, e 55% dos diretores e equipes pedagógicas concordaram com a avaliação dos professores, mesmo tendo uma percepção um pouco menos favorável do que a apresentada pelos professores. Em torno de 50% dos professores consideraram que o jogo auxiliou no trabalho em equipes e no aumento do autocontrole dos educandos, corroborando os dados qualitativos.

No entanto, cerca de 60% não viu diferença no que se refere aos problemas da atenção e no engajamento dos educandos no aprendizado. Assinalaram, também, em suas críticas, que as mudanças que ocorreram eram mais perceptíveis durante a realização do jogo, mas nem sempre se estendiam a outros momentos da rotina escolar, apontando o desafio de colocar em prática a etapa da generalização do programa.

Houve resistência inicial dos professores e das equipes pedagógicas das escolas com relação ao GBG, devido à sua base teórica comportamental. Tal fato criou um clima de desconfiança quanto à efetividade do programa e fez com que alguns professores não se engajassem na sua implementação. No entanto, para aqueles que o executaram, esta percepção inicial foi sendo modificada à medida que os professores puderam observar os resultados práticos. Já diretores e equipes pedagógicas, que não estavam no cotidiano da sala de aula em sua aplicação, foram mais resistentes em aceitar o programa e seu modelo lógico. Aos poucos, no entanto, começaram a compreender que o GBG poderia contribuir nas atividades previstas no projeto pedagógico escolar, principalmente nas que visam construir um bom relacionamento entre os membros da comunidade escolar e o desenvolvimento da autonomia dos educandos.

A estratégia preventiva teve aceitabilidade muito boa entre os participantes e foi considerada viável de ser aplicada nas escolas brasileiras, na medida em que constataram a validade de ter um programa sistematizado dirigido aos educandos de menor idade, incidindo sobre suas vulnerabilidades pessoais, com seus impactos preventivos para idades futuras, assim como ao dar apoio para o professor em sua gestão da sala. Esses dados corroboram as avaliações obtidas em outros estudos internacionais (NOLAN; FILTER; HOULIHAN, 2014; WRIGHT; MCCURDY, 2011).

Todos assinalaram necessidades de adaptação de linguagem, de procedimentos, de métodos do GBG, mas destacaram o seu potencial de adequação ao projeto pedagógico das escolas brasileiras e ressaltaram a importância de ter um programa que não altera o currículo e a agenda de atividades previstas para a sala de aula.

Avaliação do Jogo Elos em 2014 – processo de implementação e percepção de resultados

A experiência-piloto, em 2014, do Jogo Elos, nome brasileiro resultante do processo de adaptação cultural do GBG, anteriormente descrito, foi implementada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde em 8 municípios, distribuídos em 5 estados, com a participação de 21 escolas, 78 professores, 77 turmas e 1.875 educandos (JUHÁSOVÁ, 2015).

O estudo avaliativo desenvolvido, em 2014, pelo Psiclín/UFSC e Cebrid/Unifesp realizou a **avaliação de processo e de resultados** dessa implementação, a partir de métodos mistos e da análise a partir da triangulação de dados. Abarcou os vários atores envolvidos no processo: professores, multiplicadores, gestores, sendo que, em uma das pesquisas realizadas no bojo do macroprojeto, como dissertação de mestrado, foi incluída a percepção do jogo pelas crianças participantes, ator que não apareceu na avaliação de 2013 e com pouca expressão nos estudos internacionais do GBG.

A avaliação de processo do Jogo Elos, de características qualitativas, abarcou o total de 16 escolas públicas municipais, em 8 cidades brasileiras. Participou dessa etapa de avaliação o total de 54 sujeitos, sendo 45 professores, quatro diretores, uma orientadora educacional e quatro multiplicadoras. Usou-se a análise de conteúdo, com base na Teoria

Fundamentada nos Dados, e com suporte do *software* NVivo10 para a análise dos dados obtidos nos grupos focais e entrevistas semiestruturadas.

Já a avaliação de resultado, de características quantitativas, foi desenvolvida em 4 cidades, 10 escolas, 31 turmas, 34 professores e 624 alunos. Teve delineamento *quasi-experimental* com grupo único (sem grupo controle), com base na aplicação da escala *Teacher Observation of Classroom Adaptation* (Observação do Professor sobre as Adaptações da Sala de Aula –TOCA), adaptada pela equipe de pesquisadores brasileiros em 2013 e preenchida pelos professores que avaliavam o comportamento dos educandos em dois momentos: o pré-teste, antes do desenvolvimento das dinâmicas do Jogo Elos em sala de aula (Tempo 1), e o pós-teste, realizado entre dois a quatro meses depois do início da realização das atividades do programa, conforme o tempo de implementação em cada escola (Tempo 2). A primeira coleta aconteceu entre junho e agosto de 2014 e a segunda entre outubro e dezembro de 2014. O TOCA solicitava que o professor respondesse 33 itens que detalhavam os processos de interação e de comportamentos de seus alunos em sala de aula, em uma avaliação do tipo ordinal (raramente, às vezes, frequentemente). Ao final do instrumento, solicitava-se que o professor classificasse os comportamentos deste aluno em uma das categorias: agressivo/disruptivo, tímido/isolado ou cooperativo.

As propriedades psicométricas da versão adaptada do TOCA foram avaliadas por diversas estratégias de análise. A dimensionalidade do instrumento foi identificada com auxílio da análise fatorial exploratória, posteriormente referendada por meio de análise confirmatória, indicando a existência de cinco dimensões que agregam os comportamentos detalhados aferidos nos itens da escala: agressividade; disruptividade; engajamento nas tarefas; socialização e autocontrole, que serviram de base para as avaliações de resultado.

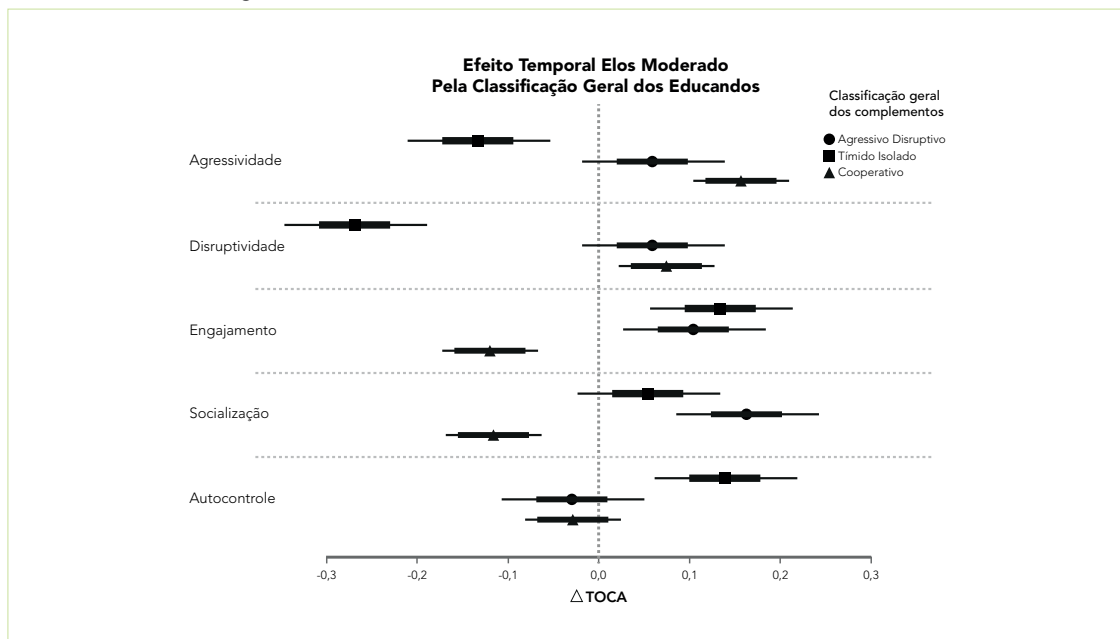
Também foram analisados os instrumentos de fidelidade, acompanhamento e avaliação da implementação do programa, preenchido pelas multiplicadoras com periodicidade quinzenal, tendo como base suas visitas às escolas e reuniões com os professores, e inseridos na base FormSUS. Esses instrumentos detalhavam o seguimento ou não dos requisitos do programa e a qualidade com que ele foi desenvolvido no cotidiano da sala de aula pelos professores. O escore de qualidade de intervenção foi calculado a partir da média aritmética dos itens avaliativos no último momento em que o multiplicador avaliou cada uma das turmas participantes. Os escores foram classificados em três categorias: os escores dos 33% primeiros foram considerados “Pouco fidedigno”; dos 33% intermediários, “Fidedigno”; e dos 33% superiores, “Muito fidedigno”.

Numa perspectiva de triangulação entre os dados qualitativos e quantitativos, pode-se verificar que os professores perceberam mudanças comportamentais positivas em seus alunos, atribuídas ao Programa Elos, tanto nos depoimentos dos grupos focais quanto na classificação geral do instrumento TOCA. Os relatos descrevem que, a partir da implementação do Jogo Elos, melhoras no ambiente de interação em sala de aula foram produzidas, com mudanças no nível do aprendizado dos educandos, por possibilitar maior concentração na tarefa, aumentando a produtividade, assim como melhoras em suas atitudes, incluindo ações de cooperação, respeito e ajuda mútua, comunicação e autonomia, contribuindo na melhoria da inclusão de alunos antes excluídos. Da mesma forma, as análises exploratórias dos resultados quantitativos indicaram que os professores, no que concerne à classificação geral por eles realizada, tenderam a reclassificar alunos inicialmente percebidos como agressivos/disruptivos e tímidos como cooperativos na avaliação posterior ao desenvolvimento do Jogo Elos.

Porém, o resultado obtido na avaliação dos escores dos educandos nas dimensões do TOCA, que detalham os vários comportamentos observados com base na percepção dos professores, não refletiu tão bem essa tendência de melhoria, principalmente quando não é levada em consideração outra variável de moderação. As estimativas da diferença entre o momento inicial, anterior ao programa, e o momento final, ao seu final (diferença temporal), sugerem que os escores gerais tiveram mudança não tão significativa.

Por outro lado, quando fazemos o cruzamento dos dados entre os resultados das respostas aos itens em sua diferença temporal e a classificação geral do aluno dada pelo professor, aparece o seu efeito moderador, sendo possível verificar que houve redução na agressividade e na disruptividade entre os alunos agressivos/disruptivos e aumento na socialização e no engajamento dos alunos tímidos/isolados, o que corrobora com a percepção dos professores narrada nos grupos focais. Porém, os efeitos adversos, como pequeno aumento da agressividade e disruptividade, aparecem entre os alunos considerados inicialmente cooperativos, que representavam a maioria da amostra, como se pode analisar na **Figura 1**.

FIGURA 1 – DIFERENÇA TEMPORAL DO EFEITO DO PROGRAMA ELOS NAS CINCO DIMENSÕES MENSURADAS PELO TOCA, ESTIMADO COMO DIFERENÇA MÉDIA NOS ESCORES ENTRE OS TEMPOS 1 E O 2, MODERADA PELA CLASSIFICAÇÃO GERAL ATRIBUÍDA PELO PROFESSOR AO EDUCANDO¹⁰



Fonte: Autoria própria.

As respostas aos itens do TOCA entre os cooperativos tenderam a ficar nos extremos da escala (efeito teto e efeito chão), com avaliações muito positivas já no momento inicial, dificultando avaliar melhorias no tempo 2 e ficando mais fácil destacar quando havia alguma piora. Essa situação pode relacionar-se à fragilidade do instrumento usado, que apresentava escala reduzida em três pontos, indicando a necessidade de sua reformulação para contornar a tendência ao efeito teto e/ou efeito chão nas dimensões, de forma a tornar o instrumento mais sensível às mudanças ocorridas.

¹⁰ A interpretação do gráfico de lagarta deve ser feita destacando que o ponto zero corresponde à não alteração do comportamento, ou seja, à não existência de diferença entre as respostas no tempo 1 e no tempo 2. A figura acima ou abaixo da linha zero significa aumento ou diminuição do comportamento, medido na escala original. A linha mais fina corresponde ao intervalo de confiança, que aqui é tomado com o parâmetro de 95%, e a linha mais grossa indica um erro padrão. Se a linha mais fina, por ser o intervalo de confiança, não estiver tocando no ponto zero, implica que a mudança teve significância estatística.

Um aspecto destacado nos grupos focais que pode nos ajudar a compreender os resultados em relação aos estudantes considerados cooperativos refere-se ao modo como estes alunos – que não são o alvo principal de ações do jogo – são reconhecidos ou estimulados a manterem-se cooperativos, como se destaca na fala de um professor: “Considero que o Elos é muito voltado para as crianças que são mais problemáticas e a gente deixa um pouco fora de foco aqueles que são mais colaborativos e que, por isso, acabam um pouco prejudicados”. Há estudos internacionais que corroboram com esta percepção dos professores, como é o caso da meta-análise feita por Bowman-Perrott et al. (2015), que revisou 21 estudos sobre o GBG e constatou que o maior efeito do jogo foi obtido por crianças com dificuldade de concentração na tarefa ou com comportamentos chamados de externalizantes (marcados por atitudes de oposição, agressão, hiperatividade, impulsividade, desafio e manifestações antissociais), do que com crianças que demonstravam inicialmente concentração na tarefa e engajamento nas atividades. O estudo realizado por Leflot et al. (2013) apoia esta linha de análise, na medida em que constatou que a intervenção teve impacto mais significativo nas crianças que, já na linha de base, apresentavam baixos níveis de engajamento nas atividades escolares. Essas crianças tiveram uma diminuição da agressividade em relação ao grupo controle, mediada pela redução na rejeição por pares. Destaca, contudo, que não foram encontrados efeitos de mediação para as crianças que demonstravam engajamento nas tarefas e atitudes colaborativas. De acordo com os autores, estes resultados sugerem que o efeito de uma intervenção preventiva universal pode depender de níveis iniciais de ações voltadas para a tarefa e que uma melhora nas relações entre pares pode explicar as reduções de agressividade entre as crianças com baixos níveis de engajamento e concentração nas tarefas.

É importante destacar que, nos grupos focais, os professores reclamaram da dificuldade de preenchimento do instrumento TOCA, pois esta continha muitos itens e era bastante detalhado. Tais afirmativas nos indicam que o professor se move, em geral, por uma percepção mais generalizante do comportamento de seus alunos, com tendência de olhar pouco a singularidade deles e com conhecimento superficial dos diversos aspectos que compõem comportamentos psicossociais. Sendo assim, quando descem à descrição detalhada das ações e interações dos estudantes, passam a perceber aspectos singulares como não faziam antes, alterando em alguns casos a percepção inicial e, portanto, incidindo sobre os resultados do TOCA, principalmente na reclassificação dos cooperativos, que representavam, no tempo 1, a grande maioria dos educandos. Os docentes referiram, nos grupos focais, como

ganho o fato de passarem a prestar mais atenção ao comportamento de cada um de seus alunos, apontando essa “nova” habilidade com ganho pedagógico.

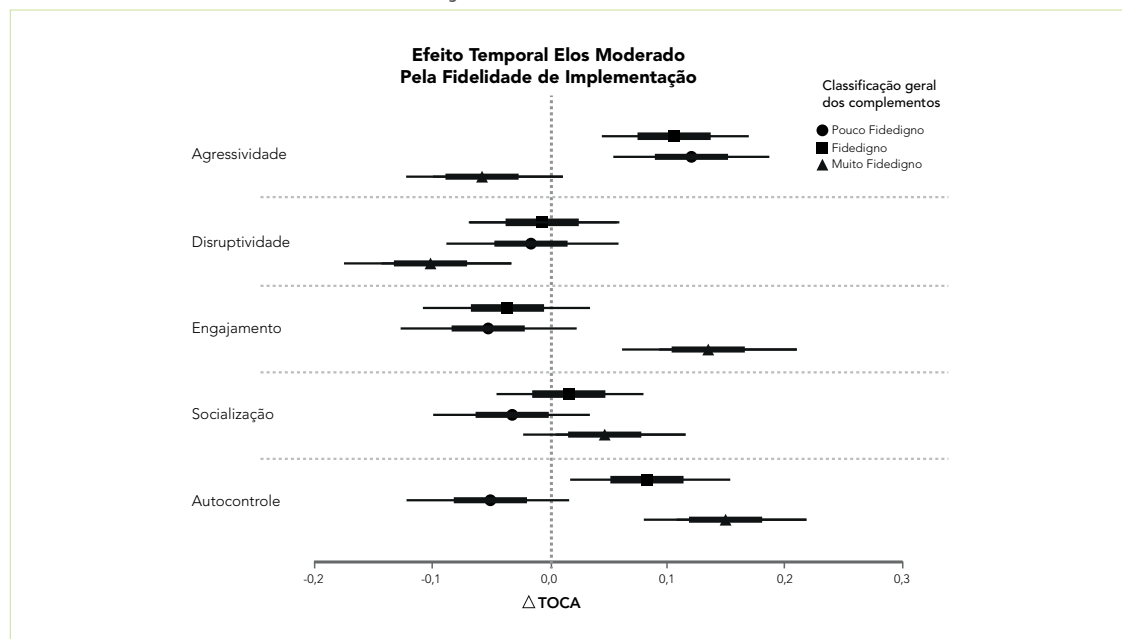
Outro fator moderador dos resultados é os dados relacionados à qualidade da implementação, relacionado ao critério de fidelidade, entendido como constructo multi-dimensional relacionado à qualidade da entrega da intervenção, mas também à aderência obtida, o engajamento nas atividades e a dosagem realizada (quantas sessões do programa os usuários foram expostos) (HANSEN, 2014). Segundo Sloboda e Petras (2014), a relação entre a qualidade da entrega ou da implantação do programa preventivo e os resultados obtidos nas intervenções tem sido cada vez mais destacada, exigindo a necessidade da avaliação dessa relação. A alta qualidade de implementação está comprovadamente associada a melhores resultados, sendo que pesquisas têm demonstrado a variabilidade que este componente tem no campo escolar. Esse dado pode estar relacionado à presença de componentes subjetivos ali presentes, como, por exemplo, a segurança do professor em relação à sua preparação para aplicar o programa, ao seu entusiasmo com a proposta, ao clima que consegue criar em sala de aula.

O escore geral de fidelidade, obtido da análise do questionário específico para este fim e preenchido pelas multiplicadoras do programa, pode ser considerado muito bom, sendo em média em torno de 78% no segundo ciclo do programa, conforme o cumprimento dos itens de verificação propostos pelo *American Institute of Research* (AIR), adaptado para o projeto brasileiro. A fidelidade aumentou gradativamente com o decorrer do tempo de prática, o que sugere que a maioria dos professores implementou o programa conforme indicado pelos desenvolvedores internacionais e pelas qualificações acrescidas na adaptação cultural brasileira. No entanto, nos grupos focais, as multiplicadoras chamaram atenção para as dificuldades relacionadas à fidelidade, informação que foi confirmada por muitos professores, que relataram que, devido às necessidades mais diversas, tiveram de fazer adaptações por conta própria do Jogo Elos, sem que pudessem afirmar com clareza os elementos centrais que estavam modificando. Esse dado qualitativo contrabalança o resultado mais positivo da avaliação quantitativa. Sendo assim, sabe-se que houve implementações mais fiéis à proposição do programa e outras nem tanto, o que teve impactos nos resultados, como veremos na Figura 2, a seguir.

Sendo assim, quando incluídas as informações de moderação da fidelidade da implementação do programa sobre os resultados, foi possível verificar que as piores observadas no pós-teste, especialmente dos alunos cooperativos, podem ser devidas à execução

pouco fiel do Jogo Elos. De maneira geral, turmas que tiveram melhor avaliação na execução do programa obtiveram melhorias mais significativas nos escores.

FIGURA 2 – DIFERENÇA TEMPORAL DO PROGRAMA ELOS NOS CINCO DESFECHOS MENSURADOS PELO TOCA, ESTIMADO COMO DIFERENÇA MÉDIA NOS ESCORES ENTRE O MOMENTO 1 E O 2, MODERADA PELA QUALIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO, MENSURADA NO CICLO 2 DO PROGRAMA



Fonte: Autoria própria.

Nota-se que as implementações com baixa e média fidelidade produziram claramente piores resultados, com o aumento significativo na agressividade, sendo neutras para disruptividade, engajamento e socialização. Já as com alta fidelidade produziram melhores resultados em todas as dimensões e com significância estatística: diminuíram a agressividade e a disruptividade, aumentaram o engajamento, a socialização e o autocontrole. Demonstrara-se, assim, que a fidelidade foi um moderador importante para os resultados positivos do programa. Esse dado indica, para a gestão em políticas públicas, a importância do cuidado deste item, sendo a presença da multiplicadora ressaltada em vários depoimentos como apoio necessário para a garantia da qualidade da intervenção.

Nas análises qualitativas, foram destacados alguns resultados secundários importantes do Programa Elos, como o fortalecimento de habilidades pedagógicas de caráter mais inclusivo e a qualificação da gestão de sala de aula por parte do professor. As multiplicadoras observaram que os professores que aplicaram o Jogo Elos passaram a confiar mais nos alunos e, em consequência, dividir mais responsabilidades com eles, consolidando um dos princípios do programa, no qual os alunos aprendem o trabalho em equipe e recebem reconhecimento ao promover atitudes cooperativas e realizar o monitoramento e o gerenciamento de seu próprio comportamento e de seus pares (KELLAM et al., 2011). Esse objetivo se coloca na mesma direção do projeto pedagógico das escolas brasileiras, que é o fortalecimento da autonomia dos educandos (BRASIL, 1996). Flower et al. (2014) destacam, em um estudo de revisão sobre 22 artigos científicos sobre o GBG, que este programa pode ser considerado ferramenta de gestão de sala de aula potencialmente eficaz para uso do professor.

Diretores e equipes pedagógicas perceberam que o jogo gerou melhores práticas dos professores, na medida em que foram percebidas melhoras no relacionamento e na comunicação dos professores com os alunos, sendo que os professores passaram a estar mais seguros para trabalhar com grupos em sala de aula e passaram a valorizar mais os alunos. Observou-se, assim, que o Programa Elos foi descrito como ferramenta que promoveu o desenvolvimento não somente dos alunos, mas também dos professores, contribuindo para que a sala de aula se tornasse um ambiente de interação, trocas e aprendizados mútuos.

Os professores e os diretores assinalaram, igualmente, dificuldades no processo de implementação, tais como: a falta de suporte para os professores em algumas escolas; o excesso de informações passadas em pouco tempo na formação somente de dois dias, o que deixa alguns professores inseguros no início da sua realização; a existência de dúvidas sobre a metodologia que deixam o professor vacilante na execução do programa. A adaptação feita na expressão das regras, em 2014, deixou-as mais complexas e mais difíceis de serem explicadas aos educandos, segundo alguns professores. Como facilidades, foram citadas: a importância do suporte da escola aos professores participantes em muitas escolas, que fez a diferença na realização do jogo; a objetividade e a clareza do manual do programa, o que facilita e auxilia na sua implementação; foi reforçada a importância do apoio das multiplicadoras aos professores, que se sentem mais seguros e com espaço de troca para a realização do jogo.

Avaliação da aceitabilidade das crianças sobre o Programa Elos

O estudo realizado com as crianças foi fruto de dissertação de mestrado ligada ao Psiclín/UFSC e caracterizou-se como pesquisa avaliativa, de metodologia qualitativa baseada em estudo de caso, com uma turma do 5º ano, com 27 alunos, idade média de 10,5 anos, em uma das escolas públicas que receberam o programa no ano de 2015. Os instrumentos e as técnicas usados foram a observação participante, as entrevistas semiestruturadas com a professora e a multiplicadora do programa e os diálogos destes dados com os grupos focais realizados com as crianças. Os resultados apontaram alta aceitabilidade das crianças em relação ao jogo, o que corroborou com a opinião da professora e da multiplicadora.

A percepção das crianças legitimou a percepção dos profissionais quantos às características predominantes da turma antes da participação na intervenção preventiva. Ambos relataram a prevalência de situações de indisciplina e de dificuldade de autocontrole de boa parte dos educandos, ocorrendo muitas conversas em momentos inapropriados, muito barulho, falta de respeito mútuo entre as crianças e delas com a professora – o que se desdobrava em dificuldades no manejo de sala de aula por parte da professora e um ambiente inadequado para o aprendizado, também relatado pelas crianças (STRELOW, 2016).

As mudanças no ambiente da sala da aula foram perceptíveis após o Jogo Elos. Na avaliação das crianças, o trabalho em equipe promovido pelo jogo foi citado pela grande maioria como motivador para participarem do programa, como se nota nesta fala de um dos estudantes: “Eu achei legal porque a gente faz aquilo em grupo, a gente compartilha as nossas ideias com as outras pessoas, e assim a gente pode misturar as nossas ideias com as delas e formar um texto mais rápido”. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Flower et al. (2014) que, numa avaliação qualitativa mais informal, perguntaram aos estudantes o que mais lhes agradou no GBG e estes responderam que foi o trabalho em equipe. Para as crianças participantes do presente estudo, o fato de poderem trabalhar em conjunto, compartilhar ideias, somar esforços configura-se como elemento que lhes causa segurança e, ao mesmo tempo, constitui-se como desafio, pois precisam aprender a lidar com as diferenças individuais, mobilizar aqueles que não estão muito dispostos a trabalhar e dividir responsabilidades (STRELOW, 2016).

A partir do modo como é desenhado, o Programa Elos demonstrou atuar como mediador das relações em sala de aula, produzindo interações mais harmônicas e cooperativas entre os alunos, fato que foi percebido tanto pelas crianças quanto pelos profissionais, corroborando estudos internacionais do GBG (PODUSKA et al., 2008). Os educandos destacam os efeitos positivos advindos dos elementos centrais do Programa Elos: “Eu acho que a turma está melhorando, já que todos seguem as regras e ajudam um ao outro quando precisam de ajuda, e isso ajuda a ficar mais amigo dos outros, mais amigáveis e sem falar junto enquanto outra pessoa fala no grupo” (sic).

As crianças inicialmente classificadas como tímidas relataram terem como mediadores fundamentais para mudança de seus comportamentos a vivência de segurança que experimentaram nas suas equipes do Elos, nas quais puderam se colocar, participar, conversar com os colegas, e sua opinião também foi convocada e levada em consideração. Essa segurança os mediou para posteriormente ficarem mais confiantes para fazerem novas amizades em outros contextos. O mesmo foi observado pela professora e a multiplicadora. Nesse mesmo sentido, Spilt, Koot & Van Lier (2013) verificaram que a intervenção GBG impediu o desenvolvimento de comportamentos internalizantes nas crianças que apresentavam ao início do estudo problemas emocionais, de baixo risco ou crianças vitimizadas – vulnerabilidades que são preditores de problemas de saúde mental no futuro (STRELOW, 2016).

Os alunos classificados inicialmente como disruptivos relataram que começaram a olhar um pouco mais para os próprios comportamentos, a perceber que suas atitudes tinham consequências para o grupo, constatando, por vezes, o que levava à desaprovação dos colegas, implicando a tentativa de desenvolverem o autocontrole. As percepções das profissionais foram bastante similares às observações feitas pelas crianças. A diminuição dos comportamentos disruptivos promovido pelo GBG e a consequente mediação deste efeito numa maior aceitação pelos pares foram também encontradas em estudos como de Witvliet et al. (2009) e Leflot et al. (2013) (STRELOW, 2016).

As crianças percebidas pelas professoras como pouco colaborativas, mesmo não apreciando muito os momentos do Elos, esforçavam-se para participar e se entrosar nas atividades por conta das suas respectivas equipes, visando sua inclusão e evitar a rejeição pelos pares, tendo impactos em seus aprendizados, como se vê na fala: “Antes eu falava muito mais, eu não conseguia aprender direito, agora estou aprendendo bem melhor. E eu aprendi a ficar um pouco mais quietinha”. A revisão realizada por Tingstrom,

Sterling-Turner e Wilczynski (2006) demonstra que o comportamento dos pares pode desempenhar um papel fundamental no sucesso do GBG, já que uma diminuição da desaprovação social pode ser altamente benéfica para a criança, sem produzir quaisquer efeitos negativos. No trabalho de Nolan, Filter e Houlihan (2013) também é demonstrado que o GBG atua como uma medida preventiva eficaz para reduzir o comportamento antisocial e rejeição pelos pares (STRELOW, 2016).

Quanto à generalização de comportamentos aprendidos com o Elos, a maioria das crianças considerou que não ocorria a transposição dos benefícios decorrentes do programa para além do jogo. Todavia, algumas crianças fizeram menção ao aprendizado dos níveis de voz que usaram em outros ambientes fora da sala de aula, inclusive no convívio social. Alguns alunos (especialmente os disruptivos) relataram que o respeito aprendido com o programa foi levado para o ambiente familiar, onde passaram a não interromper mais a fala dos outros, prestando mais atenção ao momento adequado de se colocar (STRELOW, 2016).

Considerações finais

Foi possível verificar, tanto no estudo pré-piloto como no piloto do Jogo Elos, que o programa teve alta aceitabilidade em todos os segmentos envolvidos: professores, equipes pedagógicas, gestores, multiplicadoras e educandos. Destacam-se os indicadores de auxílio para os professores na qualificação da gestão democrática da sala de aula, baseada em metodologias coletivas e no protagonismo dos educandos, como importante contribuição para as práticas pedagógicas e resultado secundário do programa.

Há indícios quantitativos e qualitativos de que o programa produziu os desfechos primários almejados, auxiliando na modificação de comportamentos de alunos agressivos, disruptivos e tímidos, como em outros estudos internacionais do GBG, ainda que com níveis não tão significativos de mudanças comportamentais e com possibilidade de algum impacto negativo para os alunos inicialmente considerados cooperativos. Há indícios de que o programa, ao valorizar a objetivação de acordos coletivos para o cotidiano de sala de aula e o desenvolvimento de atividades em equipes, centrando-se na valorização da colaboração entre pares, no aprendizado da gentileza e do reconhecimento dos pequenos ganhos que vão sendo conquistados pouco a pouco pelos educandos, descentrando

de punição ao erro e do mau comportamento, gera um ambiente mais favorável à sociabilidade e ao aprendizado, podendo estar na base dos resultados favoráveis obtidos.

Sobre o possível efeito mais negativo com os alunos cooperativos vale ressaltar, além do limite do instrumento usado, também, como vimos anteriormente em outros estudos do GBG, o impacto maior do programa em crianças que no início apresentam dificuldade de concentração na tarefa ou com comportamentos chamados externalizantes mais do que em crianças que demonstravam, inicialmente, concentração na tarefa e engajamento nas atividades, discutindo seu caráter de prevenção universal (BOWMAN-PERROTT et al., 2015; LEFLOT et al., 2013).

Indica-se como fundamental para os seus desenvolvedores nacionais pensar estratégias direcionadas para alunos com modelos de interação e engajamento não problemáticos, para que não se sintam desestimulados ou desmotivados a participarem das atividades, consigam manter seus comportamentos ou, ainda mais, passem a se espelhar na mudança de comportamento de seus colegas.

Outrossim, a constatação de que a qualidade da intervenção teve correlação significativa com os resultados obtidos, estando, inclusive, a piora dos alunos colaborativos relacionadas com as implementações de baixa e média fidelidade, deixa como alerta, aos gestores das políticas públicas preventivas, a importância do cuidado com a formação dos professores para a realização do programa e a manutenção do apoio de multiplicadores que tenham domínio de seus elementos centrais, para que possam apoiar o professor em sua aplicação cotidiana.

É preciso destacar, no entanto, alguns limites do estudo como o pouco tempo de implementação do programa, pois o máximo de tempo de jogo realizado pelos professores foi de quatro meses, sendo considerado pouco para obter efeitos mais confiáveis e generalizações para espaços para além do jogo. Além disso, o fato de não haver escolas ou turmas controle fragiliza o estudo e a garantia de seus resultados, por não oferecer elemento de comparação para garantir a possível inferência causal, indicando, com isso, a necessidade da realização de outro estudo de característica experimental controlado.

Ao considerarmos o que preconizava até então a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação como objetivos da formação básica no ensino fundamental, em seu artigo 32:

I. o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; II. a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade; III. o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; V. o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social (BRASIL, 1996, art. 32).

Constata-se que o Programa Elos pode contribuir com boa parte deles, pois favorece a melhora no engajamento do ensino e facilita o aprendizado, auxilia na formação de atitudes e valores e no fortalecimento de vínculos e da solidariedade.

Sendo assim, concluiu-se que o Programa Elos é viável de ser aplicado nas escolas brasileiras, além de ser facilmente adaptado ao cronograma de atividades das escolas, não exigindo mudanças significativas no planejamento pedagógico ou na prática dos professores, em conformidade com estudos internacionais (NOLAN; FILTER; HOULIHAN, 2014; WRIGHT; MCCURDY, 2011). Embora os participantes apontem para questões a serem melhoradas no processo de implementação e mesmo nos recursos do Jogo Elos, de modo geral, todos destacam seus efeitos positivos, confirmando que consideram importante sua utilização como abordagem preventiva.

Algumas mudanças já foram feitas em 2016 pelos desenvolvedores nacionais, ligados ao Ministério da Saúde para a sua consolidação como política pública, como a construção do componente familiar, realizada numa parceria entre os profissionais da Educação e os profissionais da Saúde do território da escola, que visam envolver os familiares das crianças participantes no programa, produzindo aproximação importante com os contextos reais de vida dessas crianças, estendendo suas ações preventivas para a comunidade. Vamos acompanhar seus novos desenvolvimentos.

Referências

BARRISH, H. H.; SAUNDERS, M.; WOLF, M. M. Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 119-124, 1969.

BOWMAN-PERROTT, L. et al. Promoting Positive Behavior Using the Good Behavior Game A Meta-Analysis of Single-Case Research. **Journal of Positive Behavior Interventions**, [S.l.], v. 18, p. 180-190, 2015. doi:10.1177/1098300715592355.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 16 fev. 2017.

EMBRY, D. D. The good behavior game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. **Clinical Child and Family Psychology Review**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 273-297, Dec. 2002.

FLOWER, A. et al. Effects of the Good Behavior game on classwide off-task behavior in a high school basic algebra resource classroom. **Review of Educational Research**, [S.l.], v. 20, n. 10, p. 1-26, 2014.

HANSEN, W. Measuring Fidelity. In: SLOBODA, Z.; PETRAS, H. **Defining Prevention Science**. New York: Springer, 2014. p. 335-359.

JOSLYN, P. R.; VOLLMER, T.; HERNÁNDEZ, V. Implementation of the Good Behavior Game in Classrooms for Children with delinquent behavior. **Acta de Investigación Psicológica**, [S.l.], v. 4, Issue 3, p. 1673-1682, 2014.

JUHÁSOVÁ, M. B. **Documento técnico contendo a análise estatística dos dados de monitoramento da implementação dos três programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças (Jogo Elos), adolescentes (#Tamojunto) e comunidades (Fortalecendo Famílias) ao longo de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

KELLAM, S. et al. Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Adult Behavioral, Psychiatric, and Social Outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 1, n. 95, p. S5-S28, 2008. Supplement 1.

KELLAM, S. G. et al. The good behavior game and the future of prevention and treatment. **Addiction Science & Clinical Practice**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 73-84, 2011.

_____. et al. The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. **Prevention Science**, [S.l.], v. 15, p. S6-18, 2014. Supplement 1.

LEFLOT, G. et al. The role of children's on task behavior in the prevention of aggressive behavior development and peer rejection: a randomized controlled study of the Good Behavior Game in Belgian elementary classrooms. **Journal of School Psychology**, [S.l.], v. 51, n. 2, p. 187-199, 2013.

NOLAN, J. D.; FILTER, K. J.; HOULIHAN, D. Preliminary report: an application of the Good Behavior Game in the developing nation of Belize. **School Psychology International**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 421-428, 2014.

PODUSKA, J. et al. Impact of the good behavior game, a universal classroom-based behavior intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior, or drugs or alcohol. **Drug and Alcohol Dependence**, [S.l.], v. 95, n. 1, p. 29-44, June 2008.

SLOBODA, Z.; PETRAS, H. **Defining Prevention Science**. New York: Springer, 2014.

SPILT, J. L.; KOOT, J. M.; VAN LIER, P. A. For whom does it work? Subgroup differences in the effects of a school-based universal prevention program. **Prevention Science**, [S.l.], v. 14, n. 5, p. 479-488, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRELOW, M. **Avaliação de implementação de programa preventivo em saúde mental através da aceitabilidade de crianças participantes**. 2016. 157 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

TINGSTROM, D. H.; STERLING-TURNER, H. E.; WILCZYNSKI, S. M. The good behavior game: 1969-2002. **Behavior Modification**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 225-253, 2006.


VAN LIER, P. A.; HUIZINK, A.; VUIJK, P. The Role of Friends' Disruptive Behavior in the Development of Children's Tobacco Experimentation: results from a preventive intervention study. **Journal of Abnormal Child Psychology**, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 45-57, 2011.

WITVLIET, M. et al. Testing links between childhood positive peer relations and externalizing outcomes through a randomized controlled intervention study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 77, n. 5, p. 905-915, 2009.

WRIGHT, R. A.; MCCURDY, B. L. Class-wide positive behavior support and group contingencies: examining a positive variation of the good behavior game. **Journal of Positive Behavior Interventions**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 173-180, 2011.

9

DE SFP A PFF: ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS PARA FAMÍLIAS BRASILEIRAS NO CONTEXTO DA SAÚDE E DO SERVIÇO SOCIAL



Viviane Paula Santos Rocha
Clarisse Moreira Aló
Mariana Russo Voydeville Damasceno
Joamara Mota Borges
Marina Pedralho
Juliana Seidl
Camila de Aquino Morais

Introdução

É consenso na literatura que famílias unidas e coesas são a chave para o desenvolvimento de crianças saudáveis e sociáveis. Estudos apontam que, independentemente da cultura ou etnia, transtornos comportamentais são observados em menor frequência se o sistema familiar permanecer coeso e integrado. Por esse motivo, intervenções direcionadas para o fortalecimento familiar, que ensinam pais e responsáveis a supervisionar, disciplinar e se comunicar com seus filhos de modo afetivo e eficaz, representam um caminho favorável à prevenção de compor-

tamentos de risco, incluindo o abuso de substâncias, como álcool e outras drogas (FOX et al., 2004; KUMPFER et al., 2002).

Estudos de meta-análise indicam que as intervenções que envolvem os pais e/ou outros membros da família apresentam impacto, em média, nove vezes maior que as intervenções direcionadas apenas às crianças e aos adolescentes. Entretanto, a maioria dos programas de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas é oferecida nas escolas e nas comunida-

des a grupos de jovens, sendo menos frequentes as ações voltadas para a esfera familiar (TOBLER; STRATTON, 1997).

Este capítulo tem como objetivo descrever as características e as experiências de adaptação de uma intervenção com famílias, importada da Inglaterra para o Brasil no ano de 2013, o Programa Famílias Fortes (PFF). A apresentação será feita com ênfase no modelo teórico, estrutura dos encontros do programa e expectativas de resultados, por meio do processo de adaptação transcultural do *Strengthening Families Program* (SFP – UK).

Strengthening Families Programme

Histórico

O *Strengthening Families Program*, ou Programa Fortalecendo Famílias, foi originalmente desenvolvido na Universidade de Utah, nos Estados Unidos, e era chamado de projeto *Family* (KUMPFER; MOLGAARD; SPOTH, 1996). A versão chamada de SFP 10-14 UK foi fruto de ampla revisão da proposta original, tendo sido testada pela primeira vez com 447 famílias em condições socioeconômicas desfavoráveis (SPOTH et al., 2004).

A revisão inglesa foi finalizada em 2007 e teve como objetivo identificar aspectos centrais da metodologia, adequação e atualização dos vídeos quanto à linguagem e aos cenários, bem como a testagem do formato do programa. O público-alvo testado foi de famílias que possuíam crianças e adolescentes na pré-escola (3 a 5 anos), no ensino fundamental I (6 a 10 anos), no ensino fundamental II (11 a 14 anos) e no ensino médio (15 a 17 anos).

Objetivos do programa

Os objetivos do SFP-UK, em geral, são: aumento das habilidades parentais, aprimoramento das habilidades familiares e dos comportamentos sociais e normativos; prevenção ao uso/abuso de substâncias; redução da agressividade e do comportamento hostil nos

jovens e aumento do sucesso acadêmico. O programa alcança esses objetivos por meio da construção de fatores de proteção, tais como: gestão do estresse, orientação para o futuro, bom relacionamento entre pais e filhos, apoio familiar, expectativas claras, gestão emocional, habilidades interpessoais, sociais e de recusa. Ademais, é possível promover a redução de fatores de risco como: comportamento desafiador, dificuldades de comunicação, regras severas e baixo desempenho escolar. Esses fatores estão associados com o desenvolvimento do comportamento de jovens envolvidos em atividades ilícitas no início da adolescência (COOMBES; ALLEN, 2015).

Modelo teórico

O SFP-UK é baseado em modelos e teorias, entre os quais o modelo de ecologia social do abuso de substâncias por adolescentes (KUMPFER; ALVARADO, 2003). Tal modelo identificou que a coesão familiar, a supervisão dos pais e a comunicação dos valores e normas familiares representavam a principal via para a prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas. Além desse modelo, utiliza ainda a Teoria Social Cognitiva de Bandura (BANDURA, 1989), que respalda o treino de habilidades comportamentais para melhorar a autoeficácia e a mudança de comportamentos, e a Teoria da Resiliência (KUMPFER, 1999), que aborda a adaptação positiva em contextos de adversidade, afirmando que características de resiliência em jovens podem reduzir a ocorrência de abuso de substâncias psicoativas e de outros comportamentos problemáticos. No conjunto, portanto, esses modelos teóricos abrangem fatores de proteção e de risco familiar, que influenciam o uso abusivo de substâncias psicoativas, embasando teoricamente o SFP.

Estrutura

O SFP-UK é estruturado em sete encontros semanais com duração de duas horas cada. O programa prevê ainda quatro encontros opcionais de reforço, que podem ser ministrados de 3 a 12 meses após os sete encontros básicos.

Ao longo da primeira hora do programa, pais e filhos participam de atividades específicas em grupos separados. Em seguida, as famílias reúnem-se no mesmo espaço para a segunda parte do encontro e praticam atividades que envolvem habilidades como comu-

nicação, realização de reuniões familiares, planejamento de ações, expressão de afeto e disciplina eficaz.

A composição do grupo pode variar de 8 a 13 famílias, sendo ideal que cada jovem participe com dois responsáveis, seja mãe, pai, avó, avô, tia, tio, vizinha ou vizinho, desde que seja alguém que more com o/a jovem ou que seja presente em sua vida. Pelo menos dois líderes treinados são necessários para que o SFP ocorra, de modo que um conduz o encontro de pais e o outro o de jovens, e os dois juntos facilitam o encontro das famílias.

A realização do encontro familiar, que agrupa pais e filhos, representa o ponto alto e diferencial do SFP. Essa especificidade da estrutura do programa viabiliza a promoção da mudança no comportamento dos participantes e no fortalecimento dos vínculos da família (KUMPFER et al., 2008).

Resultados conhecidos

Ensaio controlado randomizado com seguimento de até seis anos mostraram efeitos relevantes e significativos do SPF-UK na iniciação do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes (SPOTH et al., 2013). Outros estudos revelaram resultados semelhantes quanto ao uso inicial de bebidas alcoólicas, bem como efeitos significativos em casos de embriaguez semanal, quando o SPF foi associado ao Life Skill Training – Treinamento de Habilidades de Vida (ALLEN; COOMBES; FOXCROFT, 2007; SPOTH et al., 2004). Neste contexto, identificou-se que o SFP é um programa eficaz na redução de fatores de risco para o abuso de álcool e outras drogas, problemas de saúde mental e de delinquência, aumentando as fortalezas da família, as competências sociais das crianças e melhorando as competências parentais (KUMPFER, 2010).

Os autores concluíram também que o SFP é duas vezes mais eficaz que outros programas de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas conduzidos em escolas (KUMPFER et al., 2008). Segundo Kumpfer et. al. (2002), poucos programas baseados em pesquisas científicas têm sido adotados por profissionais, em parte devido a problemas de transferência de tecnologia. Por isso, é preciso aperfeiçoar a divulgação, o treinamento e o financiamento desses programas para ampliar a implementação de ações de prevenção eficazes.

Adaptações em outros países

Investigando periódicos internacionais, foram encontrados 12 artigos publicados entre 2000 e 2014 diretamente relacionados às adaptações culturais do SFP. Praticamente todos os estudos analisados destacam a necessidade de novas pesquisas sobre intervenções familiares culturalmente adaptadas. A adaptação e a divulgação internacional do SFP aceleraram, em 2003, para mais de 17 países após uma meta-análise conduzida pela *Cochrane Collaboration Reviews* em Medicina e Saúde Pública, da Universidade de Oxford (FOXCRIFT et al., 2003).

Entre os países que já adaptaram culturalmente o SFP estão: Estados Unidos, Reino Unido, Suécia, Canadá, Austrália, Holanda, Espanha, Itália, Tailândia, Panamá, Honduras, Peru, Guatemala, Chile, Nicarágua, Sérvia, Albânia, Montenegro, Macedônia, El Salvador e Costa Rica. Em nove deles (Estados Unidos, Canadá, Austrália, Reino Unido, Suécia, Holanda, Espanha, Itália e Tailândia), foram realizados ensaios controlados randomizados (ECR) para avaliação de efetividade do programa.

SFP no Brasil

Acordo com Oxford Brookes e formação de equipe central

Por meio de Carta Acordo firmada entre o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) e Oxford Brookes University, foram iniciadas, em junho de 2013, as tratativas para a parceria entre os desenvolvedores do SFP-UK e o Núcleo de Prevenção da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde (MS), visando à aplicação do SFP no Brasil.

Após reunião inicial, foi desenhado o modelo da equipe central responsável pela gestão e implementação do programa no Núcleo de Prevenção. A estrutura proposta à época contemplava um coordenador-geral de Saúde Mental, uma coordenadora de Prevenção, duas supervisoras e seis formadoras federais, considerando a configuração das formações previstas e os territórios onde o programa seria ofertado.

Definição do campo

A Assistência Social no Brasil prevê serviços de proteção básica e especial. As ações de proteção básica são executadas nos municípios pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras). O serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) é um dos coordenados pelo Cras e, em 19 de maio de 2004, com o Decreto nº 5.085 da Presidência da República, passou a ser uma ação continuada da Assistência Social.

A fim de incentivar e proporcionar que as famílias vivenciem processos de decisão autônomos foi elaborado, em 2013, pela Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o caderno de Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (CCFV). Este caderno orienta que sejam desenvolvidas, entre outras atividades, oficinas com as famílias para o desenvolvimento de habilidades sociais que funcionam como fatores protetivos. Estas orientações e atividades vão ao encontro certo da proposta original do SFP, que proporciona às famílias a participação em oficinas com o objetivo de fortalecer seus vínculos.

Tamanha convergência levou à parceria entre a Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD) e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal para que o estudo-piloto do programa fosse desenvolvido no escopo dos serviços e da estrutura disponíveis no Cras. Entre esses serviços, foi selecionado o Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

Foram indicadas pela secretaria seis unidades que atendiam ao perfil necessário à testagem do programa na fase-piloto. Os principais critérios de inclusão foram: rede referenciada de famílias com filhos entre 10 e 14 anos, estrutura física adequada e profissionais dispostos a conhecer e executar o programa.

Formação da equipe e realização do programa

Os desenvolvedores Debby Allen e Lindsey Coombes foram também os instrutores do curso de formação para execução do SFP no Distrito Federal. Além das seis formadoras selecionadas para compor a equipe do MS, participaram da formação técnicos, profissionais e chefes das unidades onde seria testado o programa, bem como a equipe

da Universidade de Brasília (UnB) responsável pela avaliação dos aspectos que exigiam adaptação cultural e do processo de implementação da metodologia preventiva em questão.

Cada uma das seis unidades indicadas para realizar o programa fez a seleção das famílias e o convite para participarem. As formadoras federais foram alocadas nas unidades para compor a equipe de facilitadores e assim tornou-se possível que elas, além da formação, tivessem a experiência da execução de cada um dos encontros. Foram realizados ao todo oito grupos de famílias.

A partir da experiência com grupos do Distrito Federal e o estudo realizado pela Universidade de Brasília, foram propostas macroalterações, principalmente de forma, para o programa então intitulado Programa Fortalecendo Famílias. As principais adaptações realizadas foram referentes à formação dos facilitadores, textos e linguagens do material e contexto do programa, respeitando sempre os elementos centrais do programa. Em tópico posterior deste capítulo, serão apresentados os ajustes efetuados.

Programa Famílias Fortes

A adaptação cultural ao público-alvo é um dos elementos que qualifica o processo de implementação de programas (MIRANDA, 2016), assim como a fidelidade do programa e a qualidade da implementação. Estes elementos influenciam na resposta dos participantes ao programa, manifestados na assiduidade, no engajamento em atividades e na satisfação. Os resultados esperados são influenciados por estes elementos (BERKEL et al., 2011; STECKLER; LINNAN, 2002). Nesse sentido, busca-se a qualidade da implementação por meio do uso de métodos de ensino interativos e da atuação habilidosa dos facilitadores do programa.

Adaptações principais

O Programa Famílias Fortes sofreu uma série de ajustes durante o período de adaptação transcultural, durante os anos de 2014 e 2015. Com o intuito de deixar a metodologia mais adequada à cultura brasileira, foram realizadas alterações de linguagem e feitas a

correspondência e a troca de símbolos culturais, tais como a mudança de jogo de *rugby* para futebol, entre outras. As principais alterações, porém, foram efetuadas sobre os procedimentos de capacitação e monitoramento dos profissionais implementadores do programa. Os elementos centrais e o conteúdo do programa mantiveram-se inalterados.

Formação

Uma das primeiras alterações feitas para a implantação do programa na versão brasileira se deu na formação de facilitadores. A versão da Oxford Brookes University tem duração de quatro dias, totalizando 32 horas para a capacitação de profissionais facilitadores do programa. Entretanto, a atual configuração de pessoal lotado nos Cras e a demanda diária por atendimento levou à conclusão de que essa duração seria insustentável para que a maioria dos profissionais da Assistência Social participasse, público-alvo da formação. Por esse motivo, foi proposta, inicialmente, uma formação de dois dias (16 horas).

A principal mudança realizada na formação foi no formato de apresentação das atividades de cada encontro do programa. Na versão inglesa, prioriza-se o método expositivo, com a participação pontual dos aprendizes em algumas atividades interativas. A reformulação proposta no Brasil mantém o formato no primeiro dia, mas, para o segundo dia, inseriu-se a participação dos integrantes com simulação das atividades.

Após a realização de três turmas no formato de 16 horas, a formação ainda sofreu mais duas alterações de duração no ano de 2014 e 2015, passando a 24 e, atualmente, 16 horas novamente. A segunda versão adicionou um dia, como resposta à demanda por mais tempo para realizar as atividades interativas conduzidas por facilitadores. Entretanto, a versão atual retornou com o formato de dois dias de formação. Essa redução dos dias da formação foi uma solicitação do território, para facilitar a liberação dos profissionais.

As formações foram, ao longo do tempo, acrescentando conteúdos que emergiram nas formações anteriores, ainda que não estivessem originalmente previstos, tais como políticas sobre drogas e prevenção ao uso prejudicial de drogas, fatores de risco e proteção, rede intersetorial e transversalidade de políticas públicas. Casos reais do programa, que colocam em debate a seleção de famílias e alguns encaminhamentos possíveis para familiares dentro da rede de serviços públicos da Assistência Social, Saúde e Educação

também compõem a estratégia de formação atual do programa para profissionais que atuarão como facilitadores.

O formato atual da capacitação conta, portanto, com dois dias de atividades, que podem ser ministrados por um formador. A programação contém atividades interativas e dialógicas e a discussão de temas para buscar alinhamento conceitual e paradigmático que reforce a sensibilização dos profissionais em relação ao programa e à prevenção ao uso prejudicial de drogas, em contraste ao paradigma de “guerra às drogas” e de criminalização de usuários.

Após a formação inicial, são oferecidas quatro horas adicionais de formação específica para multiplicadores que são profissionais responsáveis pelo acompanhamento das atividades dos facilitadores. Esses atores aprendem os detalhes sobre monitoramento e acompanhamento dos facilitadores, como fluxo de trabalho, instrumentos usados e desafios frequentes.

Monitoramento

Um mês após a formação, inicia-se o monitoramento do formador federal com o multiplicador local. Essa etapa é realizada pelo formador federal e tem como objetivo acompanhar sistematicamente as ações de implantação do programa, visando monitorar índices de fidelidade e identificar pontos críticos para a realização da metodologia que possam facilitar ou impedir sua adequada implementação. É realizada uma visita por mês, sendo assim, três visitas de monitoramento por grupo ao longo dos sete encontros.

O processo de monitoramento não acontece na versão inglesa do programa e tem sido essencial para a expansão e a sustentabilidade do programa no Brasil, pois direciona continuamente os pontos importantes, que necessitam melhorias e reflexões da gestão federal e dá suporte às necessidades dos aplicadores do programa.

Grupo de facilitadores

O SFP-UK 10-14 requer um profissional para o grupo de pais e dois para o grupo de jovens, mas a experiência brasileira expôs uma demanda por mais profissionais na realização dos encontros de pais. Em grupos nos quais há participantes com baixo letramento, as atividades escritas demandam mais tempo do que o disponível para o encontro e mais tempo e auxílio de profissionais, o que levou a equipe de gestão do PFF a recomendar a condução das atividades por dois profissionais em vez de um. Posteriormente, em 2015, mediante revisão de atividades dos manuais, foi proposta a alteração de atividades escritas para o formato oral e a criação de material novo, os cadernos de atividades, sendo um de responsáveis e outro de jovens, diminuindo assim as atividades escritas, permitindo novamente que apenas um profissional conduzisse o grupo de responsáveis no programa. Foi criado também o *kit* de serviços, composto por cartões e cartazes. Esses materiais passaram a ser usados em 2016.

Além da presença dos facilitadores de grupo, tornou-se uma diretriz para a execução do programa na versão brasileira a participação de cuidadores para as crianças com menos de 10 anos, que acompanham as famílias inscritas.

Número de participantes

A proposta original do SFP é de que haja de 10 a 13 famílias em cada grupo. Foi adotada, porém, redução do número de famílias, já que os núcleos familiares no Brasil são compostos por mais de um filho na faixa etária proposta para o SFP. Assim, um adulto pode participar acompanhado por até dois jovens.

Adota-se hoje no Programa Famílias Fortes a configuração de um grupo formado por, no máximo, 15 crianças/adolescentes. Fixou-se também o número mínimo de famílias em sete, a fim de garantir a qualidade da dinâmica de grupo. Percebeu-se que, quando o grupo tem um formato maior, os facilitadores relatam sobrecarga e impossibilidade de oferecer aos participantes a atenção personalizada que a metodologia do PFF requer, o que pode gerar desinteresse e desistência.

Textos e linguagens

Os materiais didáticos do programa, manuais para facilitadores e DVD, também foram observados quanto à necessidade de ajustes na adaptação transcultural da metodologia para o contexto brasileiro. Em um primeiro momento, em 2014, as mudanças concentraram-se na revisão da tradução de algumas palavras, e ajustes de práticas culturais, como a alteração de um exemplo de “rugby” para “futebol”, “reunião de família” por “momento de família”. Em 2015, com a oportunidade de realizar revisão mais ampla dos materiais, foram incluídas mais alterações na linguagem escrita e visual das atividades, como a de uma atividade chamada “brasão da família”, transformada em “bandeira da família”, termo mais comum no Brasil.

Algumas alterações de linguagem eram estanques em si, como a troca de “basquete” para “futebol”. Em outras, houve desdobramento para os materiais visuais como a do “brasão”, que implicou a produção de novo símbolo para essa atividade, já que está previsto um modelo para guiar a família na construção da sua bandeira.

Outras alterações de linguagem propostas em 2015 foram: a mudança do termo “sessão” para “encontro”; “castigo” para “consequência”; e o próprio nome do programa, de “Fortalecendo Famílias” para “Famílias Fortes”, como resposta às demandas de profissionais dos territórios e da equipe de gestão federal, tendo em vista que a diretriz da Assistência Social é reconhecer os fatores já existentes nas famílias e não transferir saberes.

As imagens e os ícones que ilustram o manual original também foram substituídos por desenhos desenvolvidos por artista brasileiro com mais apelo infantil em suas cores e formas. O objetivo era aumentar a atratividade e criar uma linha de comunicação levando em conta os outros programas do Projeto Prevenção: #Tamojunto e Programa Elos, também tratados neste livro. Ainda assim, nenhuma dessas alterações atingiu o conteúdo do programa, que se manteve o mesmo após todas as revisões.

Materiais

Como já mencionado anteriormente, uma das maiores alterações do material didático incluiu a criação de um caderno de atividades para responsáveis e outro para os jovens. Essa adaptação foi feita para desonerar os profissionais da quantidade de materiais a serem confeccionados para cada encontro.

Durante o monitoramento do programa, entre 2013 e 2015, profissionais das cinco regiões do Brasil nas quais foi aplicado o PFF se queixaram a respeito da grande quantidade de materiais que deveriam preparar para cada encontro, entre cartazes para desenhar e escrever, cartões para cortar e colorir, planilhas para imprimir e outros tantos materiais a providenciar para os momentos com as famílias. O material permanente (cartões e cartazes) foi criado para desonerar o facilitador em relação ao tempo gasto para planejar as atividades dos encontros. Os cadernos de atividades dos responsáveis e dos jovens foram criados devido à demanda dos participantes, que gostariam de levar material para casa. Esse *kit* vem sendo testado, com vistas a demonstrar sua aplicabilidade e adequação.

A continuidade desse formato é, contudo, um desafio a ser acompanhado já que, em que pese a satisfação dos profissionais e a expectativa de que mais grupos sejam realizados na mesma unidade, os custos para a reprodução e a distribuição nacional do material devem ser avaliados sob a perspectiva de sustentabilidade do programa. Espera-se que tanto os profissionais como as secretarias encontrem maior facilidade em replicar o programa e de encaixá-lo em seu planejamento anual para replicá-lo e distribuí-lo aos serviços responsáveis pela realização dos encontros, o que levaria a uma compensação dos custos pelos benefícios.

Elementos preservados

Os elementos que se mostraram pertinentes e de replicação fundamental no âmbito do Programa Famílias Fortes (nome atual do programa) e, por isso, foram preservados nas revisões da metodologia foram: os temas e a sequência dos encontros; o suporte das cenas do DVD; as atividades denominadas “de conteúdo”; a duração e o formato das atividades; e o papel do facilitador na condução do encontro e no acompanhamento das famílias.

Além desses, estrutura física e logística têm se mantido por serem essenciais para a viabilidade do programa, tais como: transporte para as famílias que residem distante do local dos encontros, lanche para proporcionar confraternização entre os participantes em cada encontro e o perfil das famílias.

Tema e sequência dos encontros

Cada encontro é centrado em temas específicos que são abordados por meio de atividades de conteúdo vivenciadas por jovens e pais separadamente. O encontro de família faz o elo dos temas trabalhados nos distintos grupos. Os temas foram propostos para dar coesão e coerência a cada intervenção do programa, a sequência proposta visa desenvolver e reforçar habilidades de vida específicas de forma gradual.

A cada encontro, habilidades de vida e comportamentos saudáveis são trabalhados sobre a fundamentação de outros previamente estabelecidos. Portanto, nenhum encontro poderia ser deslocado da sua ordem original sem prejudicar a construção coerente das habilidades propostas pelo programa. Dessa forma, os temas de cada encontro nos grupos tipificados e a sequência deles foram mantidos conforme o original (vide **Quadro 1**).

**QUADRO 1 – TEMAS PARA CADA UM DOS GRUPOS
 DE PARTICIPANTES POR ENCONTRO**

Encontro	Grupo	Temas
1	Responsáveis Jovens Famílias	Amor e limites. Metas e sonhos. Apoiar as metas e os sonhos.
2	Responsáveis Jovens Famílias	As regras da nossa casa. Admirar as mães, os pais e responsáveis. Admirar os membros das famílias.
3	Responsáveis Jovens Famílias	Incentivar boas atitudes. Lidar com o estresse. Momentos de família.

continua


Encontro	Grupo	Temas
4	Responsáveis Jovens Famílias	Como usar consequências. Seguir regras. Compreender os valores da família.
5	Responsáveis Jovens Famílias	Construir pontes. Lidar com a pressão dos amigos. Fortalecer a comunicação familiar.
6	Responsáveis Jovens Famílias	Proteger contra o abuso de substâncias. Pressão dos amigos e bons amigos. Famílias e pressão de amigos.
7	Responsáveis Jovens Famílias	Ajudar e ser ajudado. Atingir nossas metas. Juntando tudo.

Fonte: (ALLEN; FOXCROFT; COOMBES, 2014).

Cenas de DVD

As cenas dos DVDs usados nas atividades também se mostraram centrais para o programa e satisfatórias no olhar de famílias e de gestores do programa. Usado especialmente no grupo de pais, o DVD apresenta conteúdos e práticas para os participantes, não sendo possível sua supressão sob pena de grande prejuízo para os resultados da metodologia. Contudo, profissionais que trabalham diretamente com as famílias e facilitadores do programa demonstraram certo grau de rejeição das cenas do DVD devido à locação estrangeira das filmagens e da origem dos atores. A reclamação recorrente é de que eles não representam as condições de famílias brasileiras e de que eles não se reconheceriam nas imagens apresentadas. Apesar de as famílias participantes do programa não manifestarem o mesmo relato e demonstrarem compreensão das ideias centrais tratadas em cada cena, aponta-se para a relevância de nova filmagem em cenário e contexto brasileiros, elevando a qualidade do material e possibilitando refletir sobre as alterações já feitas no texto das atividades. Além disso, minimizar a rejeição do material por parte dos profissionais também é importante para aumentar sua adesão e engajamento.

Atividades centrais

As atividades denominadas no manual como “de conteúdo” do programa estão distribuídas nos encontros de responsáveis, jovens e famílias, mescladas com atividades de quebra-gelo. Durante o processo de adaptação transcultural, foram avaliadas como estruturantes e indispensáveis para atingir os objetivos centrais e, assim como a sequência dos encontros, não podem ser deslocadas. Já as atividades de quebra-gelo, por terem o objetivo de aquecer e garantir dinâmica ao grupo e não de abordar conteúdo, podem ser alteradas nos encontros e transformadas, desde que mantenham o caráter integrativo do grupo e de preparação dos participantes para as atividades de conteúdo. Elas não podem, portanto, ser retiradas do programa.

Duração e formato do programa

Outro elemento preservado no programa é a duração com sete encontros regulares, além dos quatro encontros de acompanhamento/reforço, e a duração de uma hora para o grupo de responsáveis e de jovens (que transcorre simultaneamente) e de uma hora para o grupo de famílias, totalizando duas horas de atividades em cada encontro isolado. Apesar de muitas famílias demonstrarem interesse por uma duração mais extensa do programa, entende-se que a mobilização de profissionais por mais do que sete encontros regulares seria desaconselhado. Os facilitadores do programa, via de regra, possuem carga de trabalho que se distribui em sua jornada e têm poucas horas liberadas para a execução do programa. A opção por manter a duração do programa conforme apresentada pela matriz inglesa foi baseada na sua sustentabilidade com relação aos profissionais executores.

Papel do facilitador

O facilitador, como profissional central do programa, também permaneceu na versão brasileira como essencial no processo de implementação. É em torno de sua figura que foram construídos os materiais didáticos e feitos vários dos ajustes nas revisões do programa brasileiro. Eles são atores fundamentais desde a seleção e o convite às famílias até

a execução e o acompanhamento semanal dos participantes, nos encontros regulares e de acompanhamento.

A adaptação cultural provou que eles precisam dedicar tempo para o planejamento dos encontros e para o preparo dos materiais, bem como do acompanhamento das famílias no intervalo entre os encontros. É necessário que atuem de forma empática e acolhedora com os participantes, sem descuidar dos objetivos e do tempo de cada encontro. São atores que respondem a demandas locais e também da gestão federal do programa. Assim, muito do que se trabalhou na adaptação cultural foi baseado na receptividade dos facilitadores e de sua mobilização em torno da metodologia.

Desafios remanescentes e caminhos possíveis

Com todas as adaptações realizadas no PFF, desde sua primeira aplicação no Brasil, em 2013, ainda restam desafios relativos à expansão do programa que precisam ser superados, o que inclui o formato da pactuação, difusão e disseminação nos territórios em que foi implantado. Também devem ser avaliados os materiais didáticos, revisados e recém-criados, quanto à sua aceitação, utilidade e sustentabilidade.

A forma como o programa é apresentado aos gestores públicos e a adesão comprometida à sua adequada implementação têm se mostrado determinantes para os resultados de processo encontrados ao final de um ciclo do PFF. A exemplo da formação de facilitadores, que contempla o alinhamento do paradigma de prevenção pelo qual se trabalha no PFF, uma ação prévia à formação é necessária para garantir que a metodologia seja compreendida e aplicada pelos gestores, conhecendo seu potencial e suas limitações, evitando, assim, interpretação de resultados como pouco expressivos quando, na verdade, tratar-se-ia de resultados não previstos e, por isso, não alcançados.

A exemplo disso, tem-se a demanda dos municípios de indicar, para compor os encontros, famílias em situação de violação de direitos constatada, incluindo perda de guarda por parte dos pais, para os encontros. Não se pode negar a carência de metodologias sistematizadas para o tratamento adequado a tais situações. Por outro lado, usar intervenções que se propõem preventivas poderá resultar em desistência por parte da família ou a percepção de inutilidade do conteúdo trabalhado.

Além do perfil das famílias, o alinhamento de paradigma, por meio de fase intermediária entre apresentação do programa e formação de profissionais, poderia auxiliar no entendimento de que o programa prevê uma abordagem interativa, dialógica e não de transmissão unilateral de conhecimentos sobre determinado assunto. Os ganhos seriam o aumento da garantia de que os profissionais conduzissem os encontros sob a premissa de facilitar a discussão e a apropriação de pensamento crítico e desenvolvimento de habilidades sociais em vez da assimilação de informação já processada.

Outro ponto a ser observado é a viabilidade de manutenção do programa localmente, por meio da atuação dos multiplicadores, que apoiarão os facilitadores locais e farão a ponte com os formadores federais. O objetivo final é garantir a autonomia do município e a perpetuação do programa nos serviços de saúde e assistência social, com qualidade e fidelidade metodológica.

Os custos do programa, divididos entre reprodução de materiais e manutenção dos profissionais executores, precisam ser avaliados à luz da efetividade do programa diante das outras estratégias de prevenção e os custos de nenhuma atuação no âmbito preventivo. Em 2015, iniciou-se uma pesquisa de efetividade, validação social e qualidade da implementação do PFF conduzida pela Universidade de Brasília, que deverá responder a algumas destas questões às quais, qualitativamente, usuários e profissionais já se mostraram favoráveis.

De forma mais ousada, é interessante perseguir a compreensão dos elementos centrais em sua essência para que seja possível que as técnicas extrapolem o programa e permeiem formas de pensar e fazer prevenção na Assistência Social e na Saúde. Entender o que são vínculos e como se fortalecem, como se rompem e o que os pode restabelecer no contexto do público a que se destina o programa é fundamental para que os resultados alcançados com o PFF possam transbordar o formato da metodologia. O PFF ocupa-se de famílias, fundamentalmente, e é necessário partir desse ponto e retornar a ele para sempre lembrar que essas não são relações lineares, causais ou estanques, e que não apresentam o mesmo efeito sempre que aplicados determinados elementos. É como se, durante o processo de adaptação cultural, o objetivo fosse que as famílias fortaleçam o programa, mostrando os caminhos pelos quais se possa reconhecer a força que já possuem e, assim, reduzir os fatores de risco associados ao abuso de drogas por adolescentes.

Referências

ALLEN, D.; COOMBES, L.; FOXCROFT, D. R. Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. **Health Education Research**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 547-560, 2007.

_____; FOXCROFT, D. R.; COOMBES, L. **Programa Fortalecendo Famílias para participantes de 10 a 14 anos**: guia para líderes de grupo. Tradução: V. Rocha et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. **The Psychologist**: Bulletin of the British Psychological Society, [S.l.], v. 2, p. 411-424, 1989.

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

COOMBES, L.; ALLEN, D. O Programa Fortalecendo Famílias SFP 10-14 UK: um estudo de caso. In: MURTA, S. G. C. **Prevenção e promoção em saúde mental**: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Synopsis, 2015. p. 733-756.

FOX, D. P. et al. Challenges in disseminating model programs: a qualitative analysis of the Strengthening Washington DC Families Program. **Clinical Child and Family Psychology Review**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 165-176, 2004.

FOXCROFT, D. R. et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. **Addiction**, [S.l.], v. 98, p. 397-411, 2003.

KUMPFER, K. et al. Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 211-229, 2010.

_____. et al. O Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. **Evaluation and the Health Professions**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 226-239, 2008.

_____.; ALVARADO, R. Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. **American Psychologist**, [S.l.], v. 58, p. 6-7, 2003.

KUMPFER, K. L. et al. Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. **Prevention Science**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 241-246, 2002.

_____. Factors and processes contributing to resilience the resilience framework. In: GLANTZ, M.; JOHNSON, J. (Ed.). **Resilience and development: positive life adaptations**. New York: Plenum Publishers, 1999. p. 179-224.

_____; MOLGAARD, V.; SPOTH, R. The Strengthening Families Program for Prevention of Delinquency and Drug Use in Special Populations. In: PETERS, R. D.; MCMAHON, R. J. (Ed.). **Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency: prevention and early intervention approaches**. Newbury Park, Ca: Sage Publications, 1996. p. 241-267.

MIRANDA, A. A. V. **Prevenindo o uso abusivo de drogas: uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil**. 2016. xv, 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SPOTH, R. et al. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. **Journal of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 72, n. 3, p. 535-542, 2004.

STECKLER, A.; LINNAN, L. Process evaluation for public health interventions and research. an overview. In: STECKLER, A.; LINNAN, L. (Ed.). **Process evaluation for public health interventions and research**. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 2002. p. 1-21.

TOBLER, N.; STRATTON, H. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. **Journal of Primary Prevention**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 71-128, 1997.

10

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO IMPLANTADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES QUANTO AO POTENCIAL DE EXPANSÃO

Clarice Sandi Madruga
Quirino Cordeiro

Como parte do Programa “Crack é Possível Vencer”, e por meio da cooperação com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde implementou três programas de prevenção ao uso de álcool, crack e outras drogas em escolas públicas e comunidades em âmbito nacional. Dos três programas escolhidos dois são exclusivamente escolares: o *Good Behavior Game*, originalmente desenvolvido para crianças com idade entre 6 e 10 anos (1º ao 5º ano do ensino fundamental I) e o programa *Unplugged*, desenvolvido para adolescentes com idade entre 11 e 14

anos (6º ao 9º ano do ensino fundamental II); sendo o terceiro, um programa predominantemente comunitário: *Strengthening Families*, desenvolvido para adolescentes com idade entre 10 e 14 anos com suas famílias. Todos os três programas passaram por um processo de adaptação, sendo então rebatizados Jogo Elos, #Tamojunto e Famílias Fortes, respectivamente.

A iniciativa por parte do governo de adaptar, implementar e avaliar programas de prevenção ao uso de drogas validados internacionalmente é, sem dúvida, admirável e sem precedentes no Brasil. A implantação dos programas concomitantemente à sua avaliação independentemente

e transparente é um marco na política de saúde mental no Brasil e deverá promover um avanço significativo para o aprimoramento das políticas de prevenção de drogas no Brasil.

Em 2012 os programas escolhidos tiveram o processo de implementação expandidos por meio da parceria Send e da Fiocruz (Termo de Cooperação n.º 19/2012 (SEI n.º 08129.003646/2012-56) e avaliados por meio de diversos estudos. Dos três programas implementados, apenas o programa #Tamojunto teve avaliações de sua eficácia e efetividade por intermédio do uso da metodologia considerada padrão-ouro (estudo randomizado e controlado – RCT). Embora o programa do Jogo Elos tenha sido avaliado quanto à sua fidelidade de implementação, aceitação e eficácia por meio de diferentes estudos, nenhum dos estudos de eficácia seguiu a metodologia RCT. Já o Programa Famílias Fortes (PFF) tem sua avaliação de eficácia ainda em andamento no presente momento, com resultados disponíveis apenas quanto à sua adaptação, aceitabilidade, fidelidade de implementação e difusão.

Busca-se, aqui, revisar as avaliações até então concluídas dos programas que já atingiram um estágio mais avançado de avaliação (Jogo Elos e #Tamojunto) bem como discutir o potencial de expansão destas estratégias como política pública nacional de prevenção. Desta forma, os programas foram avaliados em quatro perspectivas: 1) quanto à escolha do programa original a ser utilizado 2) quanto à sua adaptação no Brasil, 3) quanto à sua implementação no contexto brasileiro e 4) quanto às evidências de eficácia/efetividade do programa.

Programa: Jogo ELOS, construindo coletivos

Avaliação quanto à escolha do programa

O programa ou “Jogo Elos, construindo coletivos” é a versão brasileira adaptada do programa “*Good Behavior Game*” (GBG, ou, na tradução literal “Jogo do Bom Comportamento”). Na sua versão original, o GBG é provavelmente o programa de prevenção escolar com maior evidência de eficácia em prevenção (PODUSKA et al., 2008; 2014; KELLAM et al., 2011; STORR, 2002; KLEINMAN; SAIGH, 2011), não só quanto à diminuição das chan-

ces de uso e abuso de substâncias a longo prazo, mas também na redução de uma série de outros comportamentos nocivos ou inadequados². Esse programa também está associado ao aumento das chances de um desenvolvimento saudável da criança até a idade adulta. Existem hoje diversos estudos longitudinais, com segmentos de mais de 20 anos, que avaliam o impacto do GBG mostrando resultados positivos significativos. A abundância de evidências sobre os seus resultados positivos fez com que a intervenção venha sendo cada vez mais utilizada em países como os Estados Unidos, o Canadá, a Inglaterra entre outros. O GBG é geralmente aplicado na escola primária (crianças entre 6 e 10 anos) em dinâmicas de sala de aula entre as crianças e seus professores. No entanto, também existem evidências de eficácia da aplicação do GBG em pré-escolas e até no ensino médio (SWIEZY; MATSON; BOX, 1993). No Canadá, por exemplo, a aplicação do GBG ocorre entre crianças de 6 a 12 anos. Estudos apontam uma série de benefícios ao longo do desenvolvimento também quando aplicado nesta faixa-etária. No que diz respeito ao consumo de drogas, as estatísticas sugerem que o GBG é efetivo nos seguintes desfechos: reduzir o número de jovens que se tornam usuários regulares de cigarro, reduzir o número de jovens que desenvolvem dependências por substâncias ilícitas e reduzir o número de jovens que desenvolvem transtornos relacionados ao uso de álcool. Considerado promissor segundo a plataforma de referência em prevenção Blueprints¹, pode-se afirmar que o programa GBG, no seu formato original, está entre os mais testados no mundo, com estudos de seguimento robustos mostrando também sua eficácia na redução de ocorrências de conflitos em sala de aula e outros desfechos negativos em saúde mental na adolescência e na idade adulta.

O fato de ter crianças mais jovens como população-alvo é um fator que aumenta seu potencial de gerar impacto positivo, pois de acordo com as diretrizes e melhores práticas sugeridas pelos principais órgãos de referência no assunto (UNODOC, 2015; EMCDDA, [201-]; NIDA, 2003), quanto mais precoce a intervenção maior a chance de efeitos duradouros. De forma geral, o GBG segue boa parte dos princípios de práticas em prevenção propostas pelo NIDA (*National Institute on Drug Abuse*), para esta faixa-etária, uma vez que não aborda a questão das drogas diretamente, mas sim os fatores de risco para seu uso e abuso, tais como: comportamento agressivo, baixo nível de habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem (Princípio 6). Resultados de estudos prévios também mostram que o GBG melhora o desempenho acadêmico e as habilidades socioemocionais para lidar com estes fatores de risco, como a agressão precoce, fracasso e evasão escolar. A téc-

¹ Disponível em: <<http://www.blueprintsprograms.com/factsheet/good-behavior-game>>.

nica atinge estes resultados enfocando em competências como autocontrole; consciência emocional; comunicação; resolução de problemas sociais e apoio escolar, especialmente na leitura (Princípio 7 e 8 do NIDA).

Tendo em vista o corpo robusto de evidências científicas sobre sua eficácia, avalia-se que a escolha deste programa para adaptação e implementação no Brasil é inquestionavelmente válida e pertinente para o contexto brasileiro.

Avaliação quanto à adaptação do programa

A adaptação cultural no Brasil do material do programa original “*The Good Behavior Game (GBG) – Implementation Manual*”² foi realizada por uma equipe técnica do Ministério da Saúde (Guia do Educador Jogo Elos – Anexo). O material desenvolvido em português é de alta qualidade e, de forma geral, sua tradução replica a versão original do GBG. Todavia, algumas alterações foram realizadas na sua última versão, seguindo recomendações das Secretarias Municipais, de professores e de coordenadores pedagógicos participantes. Tais alterações envolveram mudanças nas devolutivas do jogo e também na descrição de suas regras principais (acordos).

Abaixo, ilustrações do guia com instruções das duas versões:

FIGURA 1 – INSTRUÇÕES DO GBG (ESQUERDA) E JOGO ELOS (DIREITA)



Fonte: The Good Behavior Game (GBG) – Implementation Manual.

² The GoodBehaviorGame (GBG) – Implementation Manual. 2013.

É importante destacar que a adaptação transcultural foi um processo contínuo, com diversos aperfeiçoamentos realizados após sua primeira aplicação em 2013 até sua versão mais recente em 2016. Entre as alterações realizadas se encontram mudanças ainda mais importantes quanto ao processo de definição das regras do jogo. Segundo a equipe brasileira, “incompreensões conceituais por parte de educadores levaram a implementações com uso coercitivo de devolutivas contíguas ao descumprimento de acordos do programa (enquanto o programa propõe devolutivas informativas e de caráter e formato neutros)”.

QUADRO 1 – ADIÇÕES E ADAPTAÇÕES REALIZADAS NO PROGRAMA GBG PARA AS REDES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL, QUE LEVARAM AO DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA ELOS QUANTO AOS ELEMENTOS TÉCNICOS DE CONDUÇÃO DO JOGO

- Alteração nas notificações de quebra de acordos, com modificação de seu caráter público e inclusão da entrega de cartões “Oops!”, a fim de minimizar as chances de seu uso com conotação aversiva (como a exposição de uma criança perante a turma, uso de tons de voz altos por parte do educador e ênfase às quebras de acordo):

Versão 2013

Versão 2016

- Feedback verbal público
- Registro de uma marca no Placar do jogo
- Na sequência, elogio ao comportamento dos demais alunos que cumpriam a mesma regra.

- Feedback verbal público, ao grupo
- Entrega de um “Cartão Oops!” (de notificação de quebras) para o grupo
- Registro de uma marca no Painel de Registros do Elos

- Alteração da redação das regras, a fim de destacar: sua construção conjunta entre educador e educandos, que cada definição deve estar relacionada às características do contexto, e que devem levar em consideração necessidades coletivas e individuais

Versão 2013

Versão 2016

1. Nós trabalharemos silenciosamente.
2. Nós seremos educados uns com os outros.
3. Nós pediremos permissão para sair dos nossos lugares.
4. Nós seguiremos as instruções.

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

Fonte: autoria própria.

É possível afirmar que o processo de adaptação gerou mudanças sutis, mas que podem ter impactado a replicação fidedigna da versão original do programa. Embora não tenham sido encontradas evidências científicas para tal, especialistas na técnica do jogo afirmam que a flexibilização das regras/acordos do programa pode ter efeitos positivos no impacto do programa. Um estudo sobre esta modificação da redação das normas da versão brasileira ainda está em andamento. Dessa forma, fica em aberta a determinação dos efeitos desta alteração do programa original, dependendo de estudos específicos para a avaliação deste impacto.

Avaliação quanto à implementação do programa

Entre todos os aspectos da avaliação deste programa, talvez a sua implementação no contexto das escolas brasileiras seja o quesito mais vulnerável na avaliação de seu resultado final quanto ao potencial de expansão. Diferenças importantes nas metodologias de ensino entre os países, bem como diferenças do sistema institucional das escolas brasileiras podem ter impactado de forma drástica tanto a viabilidade do programa quanto seus efeitos em longo prazo.

Um estudo foi realizado para explorar de forma mais aprofundada o processo de implementação do programa Elos (SCHNEIDER et al., 2016). A avaliação de processo e da implementação piloto do Jogo Elos foi realizada em 2014 e abarcou o total de 16 escolas públicas municipais, em oito cidades brasileiras. Foram entrevistados os professores, os diretores ou as equipes pedagógicas e multiplicadores. Inicialmente, os resultados principais do estudo indicam que o Jogo Elos obteve uma alta aceitação entre professores e diretores. No estudo é destacada a importância do estímulo ao trabalho em grupo, o uso de elogios como reforçadores e a objetividade das regras assumidas coletivamente. Todavia, segundo os autores da publicação, "*Houve indicações da necessidade de adaptações que reflitam o contexto social e econômico brasileiro.*" Tais necessidades são também mencionadas no relatório sobre a implementação do programa que, por meio da metodologia qualitativa, identificou padrões de relatos que se enquadraram basicamente em sete categorias: 1) Expectativas, 2) Formação de professores, 3) Implementação do programa, 4) Percepção de mudança trazida pelo programa, 5) Relação com o multiplicador, 6) Relação entre teoria, metodologia e resultados e 7) Sugestões para alteração do programa.

Por intermédio destes relatos, algumas limitações importantes de implementação devem ser destacadas, tais como:

A falta de apoio dos diretores e gestores das escolas para a participação no Jogo:

“‘Toma aí e te vira’, foi isso que eu senti, vou ser sincera. ‘Toma aí e te vira, faz o que achar melhor, se que jogar joga, faz o que tu achar melhor’. Foi isso que senti” (professor E6/E7).

“Porque em nenhum momento me foi cobrado ‘como é que tá o jogo na sua sala, como é que tá acontecendo’. Em nenhum momento me veio... vieram me perguntar se eu tava fazendo, como é que estava...” (professor E6/E7).

O tempo insuficiente para treinamento:

“Foi muita informação pra poucos dias de curso. Foram 2 dias. É muita coisa que ela tinha que passar pra gente, e o tempo era muito curto. Então precisava de mais dias, uma formação com uma carga horária maior” (professor E11).

O relatório também aponta que os professores referiram dificuldades em realizar a devolutiva aos alunos quanto ao seu desempenho e pontuação no Jogo.

De forma geral as limitações de implementação do programa concentraram-se em três aspectos:

1. Deficiência de treinamento: professores referiram muitas dúvidas quanto à metodologia e aplicação do jogo. Queixas quanto ao apoio entre as diferentes instâncias na escola.
2. Deficiências de planejamento e articulação: tempo de implementação limitado, deveria durar pelo menos todo ano letivo. A operacionalização não foi bem planejada e as escolas não tiveram o tempo suficiente para se familiarizar com a técnica.
3. Dificuldades para conciliar com atividades curriculares e realidade da escola.

De forma geral, considerando o estudo de implementação bom como os demais materiais produzidos pelos implementadores do programa no Brasil, é possível inferir que as limitações encontradas ferem alguns princípios elaborados para guiar a aplicação de programas de prevenção internacionalmente sugeridos pelo NIDA. Sendo assim, embora a própria natureza do programa GBG/Elos permita que um dos princípios mais importantes de aplicação sugerido seja seguido (*inclusão de boas práticas de gestão de sala de aula, como o reforçamento de comportamentos apropriados*), as limitações quanto ao tempo e, conseqüentemente, do aprofundamento destas técnicas ferem princípios de implementação, e podem vir a comprometer os resultados desejados.

As diretrizes do NIDA também sugerem que, após atender às necessidades e às diferentes normas culturais do país em que se adapta, é fundamental que os programas de prevenção *garantam a permanência dos elementos centrais das intervenções que apresentaram evidência de eficácia*. Estes elementos incluem: 1) sua estrutura (como o programa é organizado e construído); 2) o conteúdo (informações, habilidades e estratégias do programa); e 3) a sua entrega (como o programa é adaptado, implementado e avaliado). Por meio dos relatos e dos resultados dos estudos qualitativos sobre a implementação do Jogo Elos, conclui-se que tais premissas apresentaram algumas dificuldades de serem totalmente atendidas.

A diretriz de implementação do NIDA que se refere à forma de empregar as técnicas do programa também apresentou dificuldades de ser executada. O órgão de referência salienta que técnicas interativas, que permitam a participação ativa dos alunos na aprendizagem são diretamente relacionadas com a eficácia do programa. De forma geral, é possível afirmar que o método de ensino brasileiro se baseia predominantemente em técnicas expositivas de ensino, contrariando o modelo interativo de participação. Ademais, considera-se que, mesmo com o aumento do treinamento oferecido aos professores, como foi realizado posteriormente, eles ainda apresentem dificuldades em se familiarizar com este novo modelo proposto e de aplicar as técnicas mais interativas de ensino na sua postura em sala de aula, tendo em vista fatores como: a “precarização da qualidade do ensino e das condições de trabalho dos docentes; a sobrecarga dos docentes, que acabam sem tempo ou disponibilidade de fazer projetos além da sua já excessiva carga de trabalho”. Tais fatores mencionados pela pesquisadora responsável pela avaliação do programa como sendo desafios encontrados na implementação do programa³.

³ Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider – Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial – Psiclín – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Tendo em vista os resultados encontrados no estudo qualitativo e avaliações menores, uma série de mudanças foram implementadas para sanar as limitações detectadas.

Entre as mudanças destaca-se a criação do cargo do multiplicador local, sendo este um profissional da própria instituição de ensino. Tal estratégia pode ter sanado, pelo menos em parte, as dificuldades de implementação e monitoramento de fidelidade de aplicação da intervenção, todavia mais estudos precisam ser feitos para confirmar esta hipótese.

Destacam-se também as que, quanto ao tempo de treinamento limitado, em 2015 a equipe de implementadores passou a ofertar processos formativos aos *multiplicadores locais*, que se tornavam fontes locais de apoio aos professores para a apropriação gradativa do conteúdo. Os multiplicadores passaram a receber (em 2015 e 2016) sete módulos de formação continuada, totalizando 32h. Outra adaptação foi, a partir de 2017, propor aumento da carga horária de formação *dos professores* para 24 horas, em vez de 16h, distribuídas em três encontros de 8h ao longo do ano. Cada encontro com conteúdos referentes a uma das três etapas da implementação. Ajustes quanto às regras do Jogo também foram realizados entre 2015-2016.

A seguir um sumário das principais facilidades e dificuldades de implementação observadas:

QUADRO 2 – DESCRIÇÃO DAS DIFICULDADES E FACILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO JOGO ELOS

Dificuldades	Facilidades
Suporte da escola, quando ausente	Suporte da escola quando presente
Intensidade da formação (2 dias)	Manual
Dúvidas sobre a metodologia	Multiplicadoras
Regras mais complexas em 2014 do que em 2013	Mudanças imediatas notadas (em alunos e professores) reforçam a importância da aplicação do programa

Fonte: autoria própria.

O conjunto de modificações realizadas a partir do estudo de implementação e processo foram descritas no quadro a seguir:

QUADRO 3 – ADIÇÕES E ADAPTAÇÕES REALIZADAS NO PROGRAMA GBG PARA AS REDES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL, QUE LEVARAM AO DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA ELOS

- Estratégias de formação continuada de multiplicadores locais com Formadoras do MS, em 32h de módulos presenciais e orientações quinzenais a distância
- Priorizar reuniões coletivas dos multiplicadores com educadores, antes realizadas individualmente, a fim de fomentar a troca de experiências entre educadores, aumentar o apoio a cada um e fomentar uma cultura de apoio pedagógico mútuo
- Ajuste na periodicidade das visitas do multiplicador às escolas, tornando-as compatíveis com as rotinas de trabalho dos educadores e dos multiplicadores
- Desenvolvimento de um Guia didático específico para multiplicadores locais com elementos de aprofundamento teórico-conceitual relacionados a cada um dos passos de implementação
- Inclusão da indicação de uma quantidade mínima de turmas participantes por escola (quatro), a fim de fomentar um espaço coletivo de reflexão acerca do programa e a extensão de suas ações à instituição como um todo
- Recomendação de que os coordenadores pedagógicos (CPs) das escolas se tornem os multiplicadores locais, já que suas atribuições envolvem suporte técnico e teórico aos educadores, a fim de promover maior integração das ações do programa ao cotidiano institucional
- Proposição do Programa Elos como uma ação intersetorial, por definição. De acordo com essa proposta, passaram a ser capacitadas duplas de multiplicadores locais por território de cada escola, sendo um profissional da educação e um da saúde. Pela saúde, a indicação é de que seja um profissional atuante no serviço de referência do território da escola.
- Formação reorganizada com base em elementos da Educação Emancipatória (Almeida, Trapé, Soares, 2013), para incorporação de processos reflexivos críticos que permitam apropriação autônoma das ferramentas e seus fundamentos. A finalidade é que implementadores realizem implementações com poder de tomada de decisão qualificada que mantenha fidelidade técnica, ao mesmo tempo que responda a necessidades locais.
- Vivências do Jogo Elos adaptadas para partidas com tarefas voltadas ao perfil dos cursistas, a fim de favorecer mais rápida percepção dos efeitos de contingências de reforçamento e de cada ferramenta do programa (por meio da percepção em sua própria experiência)
- Fortalecimento da discussão sobre coleta de dados como ferramenta de trabalho para maior garantia de fidelidade na execução do programa e, conseqüentemente, de seus resultados
- Aumento da integração entre coleta de dados e usos cotidianos e de gestão dessas informações

continua
→

conclusão

- Para modelo de transferência de tecnologia a estados e municípios, em 2017, organizou-se a formação de educadores em três encontros ao longo do ano, cada um com conteúdos específicos a uma das etapas de implementação (Familiarização, Consolidação e Criação)

- Para modelo de transferência de tecnologia a estados e municípios, em 2017, foi proposto que educadores de cada escola formassem duplas de trabalho para acompanhamento de fidelidade de implementação, e a fim de aumentar a troca de experiências e apoio mútuo.

Fonte: Sistematização de adaptações do Programa Elos. Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que, embora tais modificações sejam pontuais e centradas na busca de resolução para as limitações apontadas por estudos anteriores, o impacto destas alterações no desfecho da intervenção ainda não foram avaliados por meio de metodologias científicas apropriadas.

Ademais, embora diversos recursos tenham sido implementados para responder boa parte das limitações encontradas no processo de implementação do programa, cabe aqui mencionar um elemento que parece ainda não ter sido contemplado em tais aperfeiçoamentos. Trata-se da duração dos programas. As diretrizes do NIDA enfatizam que, para obter melhores resultados, os programas devem ser aplicados por longos períodos, com suas ações repetidas sistematicamente. Estudos mostram que os benefícios dos programas de prevenção no ensino fundamental diminuem quando não existem programas de prevenção no ensino médio, por exemplo. Possivelmente, tal prerrogativa poderia ser efetivada tendo em vista a expansão conjunta do programa #Tamojunto, direcionado para adolescentes no ensino fundamental II. Contudo, até o presente momento, a implementação dos dois programas nas escolas foram feitas de forma independente e em diferentes escolas, não constituindo, ainda, um sistema. Sendo assim, a brevidade da aplicação do programa Jogo Elos nas escolas pode diminuir o potencial de que os desfechos procurados sejam atingidos em longo prazo.

Sendo assim, avalia-se que não existem resultados que permitam uma avaliação precisa do processo de implementação do programa no seu formato atual. Salienta-se a necessidade da realização de pelo menos um ensaio controlado randomizado para determinar se as mudanças realizadas após os resultados qualitativos encontrados de fato sanaram as limitações apontadas e eventualmente impactaram positivamente nos desfechos esperados.

Avaliação das evidências de eficácia do programa

Dois estudos foram realizados para a avaliação da eficácia do Programa Elos:

- Estudo 1 em 2014: Quasi-experimental (não randomizado) de grupo único com a avaliação em dois tempos de 624 alunos.
- Estudo 2 em 2016: Quasi-experimental (não randomizado) com grupo controle com a avaliação em dois tempos de 790 alunos no grupo controle e 941 alunos no grupo experimental.

Apesar da importância dos estudos *quasi*-experimentais para que tenhamos acesso a resultados preliminares das intervenções, é importante destacar que o estudo considerado padrão-ouro para avaliação de efetividade é o ensaio randomizado controlado (RCT), sendo necessária a sua realização para ter acesso a resultados mais confiáveis e fidedignos.

Estudo 1:

O primeiro estudo possui algumas limitações importantes na sua metodologia que restringem o poder de generalização dos resultados encontrados, sobretudo quanto à impossibilidade de atribuição causal dos possíveis efeitos do programa. Embora o desenho do estudo (*quasi-experimental* de grupo único) seja um modelo aceitável para a avaliação de intervenções, a falta de grupo controle é uma limitação importante, impossibilitando o controle de mudanças atribuídas pelo próprio amadurecimento dos participantes e impedindo assim, a determinação de uma relação causal entre o programa de prevenção e melhoras encontradas nos desfechos estudados. Além disso, o fato de a impossibilidade de randomizar a amostra seja também uma limitação crucial, que impede a generalização dos resultados para outras populações. Adiciona-se a isso o alto índice de não respostas, com apenas 624 alunos avaliados nos dois tempos (antes x depois aplicação do programa).

Embora os resultados da validação do instrumento TOCA (*Teaching Observation of Classroom Adaptation*) ou sua versão validada no Brasil, MINE (Mapeamento das Interações dos Educandos), indiquem a necessidade de aprimoramentos, suas propriedades psico-

métricas foram consideradas satisfatórias⁴, sendo capazes de mensurar fidedignamente cinco dimensões: 1) Agressividade, 2) Disruptividade, 3) Engajamento, 4) Socialização e 5) Autocontrole. Inicialmente, os resultados indicaram que os professores tendem a perceber mudanças comportamentais positivas (melhoras no ambiente de interação em sala de aula, aumento de produtividade e melhoras em suas atitudes) nas análises qualitativas.

Por meio de diferentes métodos de análise de dados, considerados pouco convencionais, o estudo buscou minimizar a limitação do desenho metodológico da ausência de grupo controle. Foram aplicadas estratégias estatísticas considerando o efeito moderador da avaliação inicial dos alunos combinada à fidedignidade de aplicação do programa sobre a diferença temporal dos escores advindos do instrumento TOCA/MINE. Dessa forma, foi demonstrado que o programa Elos reduziu agressividade e comportamentos disruptivos entre alunos agressivos e aumentou a socialização e engajamento entre alunos tímidos. Todavia este resultado foi considerado negativo quando é avaliado o efeito do programa entre alunos considerados cooperativos a priori (baseline, ou primeira avaliação), que consiste na vasta maioria da amostra. As análises demonstram que esta parte da amostra apresentou piora nos escores de todas as dimensões avaliadas depois da aplicação do programa independentemente do modelo de análise e parâmetros de moderação utilizados. O aparente resultado iatrogênico do programa é foco de preocupação e deve ser considerado com cautela. Todavia, é importante somar a esta avaliação a limitação referente ao viés de medição intrínseco do estudo. O fato de o estudo basear-se na avaliação dos alunos realizada pelos próprios professores é um fator crucial na interpretação dos resultados obtidos, uma vez que, ao serem submetidos ao programa, esses professores possivelmente aperfeiçoam sua habilidade de perceber comportamentos disruptivos e/ou agressivos, gerando um viés importante na avaliação pós-aplicação do programa.

Por fim, embora as estratégias de análise utilizadas tenham buscado sanar a principal limitação metodológica existente, que se refere à ausência de um grupo controle no desenho do estudo, os resultados obtidos são inconclusivos quanto ao estabelecimento de relações causais. As limitações metodológicas intrínsecas ao estudo impossibilitaram o oferecimento de evidências definitivas da eficácia do programa.

⁴ Avaliação da eficácia do “Programa Elos – Construindo Coletivos” em escolas públicas - Relatório de análise dos dados ainda não publicado.

Estudo 2:

Os resultados (ainda não publicados) do segundo estudo de eficácia do programa Elos, realizado em 2016, foram obtidos por meio da avaliação de 67 turmas (1,731 alunos) do 1º ao 5º ano do ensino fundamental, das quais 35 foram submetidas ao programa Elos (grupo experimental). Diferentemente do estudo anterior, este estudo teve a vantagem metodológica de possuir um grupo controle, com a inclusão da avaliação em dois tempos de alunos que não foram submetidos ao programa. O tamanho da amostra foi calculado baseando-se nos resultados obtidos no primeiro estudo. A amostra obtida superou o mínimo estimado no cálculo de tamanho amostral. Sendo adotado um alfa de 5% e poder de 80%, com tamanho de amostra calculado em 380 alunos no total (180 alunos em cada grupo).

Destaca-se que o segundo estudo possuiu, da mesma forma que o primeiro estudo, a limitação quanto à randomização da amostra (a alocação nos grupos controle e experimental não foi aleatória). A randomização amostral é o atributo mais importante de estudos de eficácia. De uma maneira geral, técnicas de aleatorização tentam evitar que os grupos estudados sejam heterogêneos devido a diferenças atribuídas meramente ao acaso (COLDITZ; MILLER; MOSTELLER, 1989). A não randomização na alocação nos grupos experimentais gera confundidores que levam a limitações importantes de validação interna (viés de seleção amostral) e externa (restringindo a generalização dos resultados obtidos). Acrescenta-se a isso o fato da detecção de um viés sistemático de alocação dos grupos, uma vez que os resultados da avaliação do tempo 1 ("*baseline*") demonstraram níveis distintos de alguns comportamentos (Socialização, Autocontrole e Comportamento Disruptivo). A princípio tal viés foi devidamente corrigido (ajustado) na análise estatística para a avaliação do efeito do programa, onde foi utilizada a técnica de Modelos de Equações de Estimção Generalizadas (GEE).

A análise usando GEE é confiável e assegura melhor o controle dos possíveis vieses do estudo, considerando de forma mais precisa os padrões das respostas para os itens da escala (que não seguem uma distribuição normal), bem como a evolução esperada dos alunos no decorrer do tempo (independentemente de terem ou não sido submetidos ao programa). Este ajuste para a variação dos desfechos estudados por meio do tempo é fundamental (HORTON, 2001), e a construção do modelo de GEE utilizada no estudo considera esta variação de forma conservadora e confiável. Embora a técnica estatística GEE seja largamente utilizada em estudos de intervenção do tipo RCT, sua utilização em estu-

dos *quasi-experimentais* (alocação dos grupos não randomizada) é controversa, uma vez que o desenho do estudo impede o estabelecimento de relação causal entre a intervenção e os desfechos encontrados (WANG, 2014).

Análises estatísticas preliminares encontraram uma melhora nas cinco dimensões de comportamentos avaliados independentemente do grupo (de os alunos terem sido, ou não, submetidos ao programa Elos), o que é esperado. Fica assim constatado que o desenvolvimento cognitivo dos alunos leva a uma maturidade psicológica que tem um efeito positivo na expressão dos comportamentos explícitos nas cinco dimensões estudadas, independentemente do impacto do programa de prevenção estudado. Tal resultado confirma, antes de tudo, a importância da utilização do grupo controle no desenho metodológico de estudos que avaliem programas de prevenção entre adolescentes.

Quanto aos resultados sobre o efeito do programa, a análise GEE detectou efeito positivo significativo em grupos e domínios específicos. Os resultados encontrados apontam melhoras apenas nos escores de comportamentos agressivos e disruptivos, sendo o efeito observado apenas entre meninos. Embora toda a amostra tenha apresentado menores índices de comportamentos agressivos no decorrer do tempo, apenas os meninos tiveram uma diminuição adicional deste escore quando submetidos ao programa Elos.

O mesmo resultado é observado quanto a comportamentos disruptivos, onde uma redução adicional (atribuída ao programa) de 3,05 pontos no coeficiente da regressão ($p=0,004$) foi observada, também entre meninos. Já para as meninas não se observaram variações nos escores destas duas classes de comportamentos ao longo do tempo.

Embora tenham sido detectados melhores escores nas demais classes de comportamentos estudadas (Engajamento, Socialização e Autocontrole) no decorrer do tempo, não houve diferenças significativas entre o grupo controle e experimental, mostrando que o programa não obteve efeito significativo nestas esferas comportamentais (inócuo).

Talvez mais importante que as limitações referentes ao desenho metodológico dos estudos citados, seja a limitação na medição dos desfechos esperados, que permeia todas as avaliações do programa. Chama-se atenção aqui para a ferramenta e para o método de avaliação dos desfechos utilizados em ambos os estudos de eficácia. Embora estudos prévios sobre a eficácia da versão original do programa apontem para efeitos amplos e complexos, em diversas esferas psicológicas e comportamentais, a investigação da eficá-

cia do Jogo Elos no Brasil baseou-se exclusivamente na avaliação dos alunos por meio de um único instrumento (TOCA, posteriormente validado e denominado MINE), que obtém seus indicadores pela percepção dos professores a respeito de classes de comportamentos dos alunos. Dessa forma, a medição do desfecho principal para a investigação da eficácia do programa pode ter sido subjetiva, sendo assim, passível de diversos vieses, sobretudo do impacto do programa na percepção dos professores. Tais limitações são quesitos importantes a serem levados em consideração ao avaliarmos os resultados dos estudos de eficácia do Programa Elos.

Tendo em vista os resultados apresentados, conclui-se que a avaliação de eficácia do programa não foi totalmente satisfatória e apontam para a necessidade de um novo estudo, uma vez que: 1) Os resultados dos estudos são conflitantes; 2) Limitações metodológicas que levam ao viés de medição em ambos os estudos; 3) Limitações metodológicas que levam ao viés de seleção (não randomização das amostras em ambos os estudos; e 4) Os resultados positivos obtidos no segundo estudo são restritos apenas aos meninos.

Avaliação crítica do programa ELOS e parecer quanto à sua expansão

Tendo em vista os resultados divergentes advindos dos estudos de eficácia do programa, combinado a limitações concretas quanto à sua implementação, é recomendada a sua revisão e reavaliação antes de dar continuidade na sua expansão como política pública de prevenção.

Não há dúvidas de que a escolha do programa *Good Behavior Game* (Elos) foi assertiva, e que seus princípios e desfechos esperados respondem a uma demanda urgente, que é suprir os professores com ferramentas que permitam melhoras em atitudes como cooperação, respeito e ajuda mútua entre os alunos, que consequentemente irá diminuir as chances de uso de substâncias em longo prazo. Todavia, os resultados mostram que possíveis dificuldades encontradas na sua adaptação e implementação no contexto Brasileiro podem ter impactado negativamente nos resultados alcançados.

Sabe-se que mesmo alterações sutis em programas de prevenção podem impedir a replicação de seus resultados. Destaca-se a limitação quanto à fidelidade de aplicação

do programa no Brasil, na medida em que os seus resultados mostram que os índices de fidelidade na aplicação do programa foram diretamente associados com melhores escores das dimensões de comportamentos analisados. Deve-se também levar em consideração a sobrecarga dos professores no sistema de ensino brasileiro, bem como limitações no preparo dos professores do ensino público no Brasil. Dessa forma, as carências no treinamento e no monitoramento da aplicação do programa podem ter influenciado negativamente os desfechos esperados. Também cabe mencionar as limitações na medição do efeito do programa, que, como descrito anteriormente, baseou-se em medidas possivelmente enviesadas, por não serem realizadas por avaliadores externos. Sugere-se, portanto, o aperfeiçoamento tanto do método de avaliação quanto dos instrumentos de medição para a realização de novas versões do programa.

Levando em consideração o corpo robusto de evidências que mostram a eficácia do programa original GBG em diversos países, bem como o fato de o programa estar de acordo com a maior parte das diretrizes de prevenção sugeridas pelos principais órgãos de referência mundiais, sugere-se que o seu uso no contexto brasileiro não seja descartado, mas que passe, porém, por uma revisão quanto à sua adaptação e um aperfeiçoamento da sua estratégia de implementação e avaliação em escolas brasileiras.

Programa #TAMOJUNTO

Avaliação quanto à escolha do programa

Originalmente, o programa *Unplugged* foi desenvolvido para prevenir ou atrasar a iniciação do uso de álcool, tabaco e maconha e para evitar a progressão do uso casual para abuso e/ou dependência entre adolescentes (alunos do 7^a/8^o ano do ensino fundamental). Baseado no modelo de *Comprehensive Social Influence Model* (EU-DAP, 2013), o programa é teoricamente definido pelo tripé: a) promoção de habilidades de vida, b) informações sobre drogas e c) pensamento crítico frente às crenças normativas a respeito do uso de drogas dos educandos que participam do programa. O *Unplugged* foi e ainda é usado em muitos países, sendo traduzido para uma série de idiomas, tornando-o adequado num contexto de prevenção universal. Por meio do programa os

alunos desenvolvem mecanismos de enfrentamento e aprendem sobre as consequências biopsicossociais em curto e longo prazos de decisões relacionadas ao uso de substâncias. Segundo os desenvolvedores do programa, ao fornecer informações sobre drogas aos jovens a intervenção desafia suas crenças e normas relacionadas ao uso de substâncias. Todavia, ao analisar o conteúdo apresentado no guia do educador do programa original (bem como na versão adaptada no Brasil), observa-se uma carência de informações sobre os efeitos do consumo precoce de substâncias, especialmente sobre os efeitos deletérios do álcool no cérebro ainda em crescimento, como é o caso dos adolescentes que são o público-alvo deste programa. A falta de conteúdo robusto e consistente trazendo as evidências sobre o impacto deletério e irreversível do uso de álcool precocemente, já existente na versão original do programa, pode ter contribuído na ineficácia do programa em postergar o consumo de álcool entre adolescentes. A falta de justificativa teórica para a promoção da abstinência alcoólica na adolescência somada ao foco dado para as consequências negativas da embriaguez especificamente, podem ter indiretamente gerado uma percepção errônea de permissividade do consumo moderado entre os adolescentes. Dessa forma, considerando o tripé teórico originalmente proposto pelo programa, o domínio de informações sobre drogas é alvo de crítica, uma vez que carece de informações baseadas em evidências, advindas das neurociências, quanto ao consumo precoce de álcool. Esta deficiência é um fator importante uma vez que se trata da substância mais utilizada e de maior relevância em termos de saúde pública.

Embora haja diversas publicações científicas sobre sua utilização (especialmente na Europa) (CATALANO et al., 2012; GIANNOTTA et al., 2014), é possível colocar que a escolha deste programa foi a mais frágil quanto à robustez das evidências científicas sobre sua eficácia, especialmente entre populações heterogêneas. Excluindo os estudos com metodologias fracas de avaliação (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011), podemos dizer que, entre os estudos que utilizam padrão-ouro de avaliação (amostras randomizadas com grupo controle) predominam os resultados divergentes, com estudos inconclusivos, indicando resultados inócuos (VIGNA-TAGLIANTI, 2014) ou até mesmo com resultados iatrogênicos (GORMAN, 2009).

Todavia revisões sistemáticas de qualidade (AGABIO et al., 2015) demonstram que o *Unplugged* é um programa reconhecido e predominantemente eficaz quando aplicado de forma fiel e monitorada regularmente. Cabe ressaltar aqui, porém, um viés existente nas revisões da literatura sobre o tema, que é a carência de publicações que apontam resultados neutros e negativos. Embora sejam de fundamental importância, estudos que

demonstram tais resultados tem menor índice de aceitação para publicação em revistas científicas, enviesando desta forma pesquisas bibliográficas sobre eficácia ou efetividade. Este fenômeno faz com que estes resultados sejam pouco representados na literatura levando a conclusões errôneas quanto aos efeitos dos programas estudados.

Levando todos os fatores anteriormente citados em consideração, bem como o fato de haverem outros programas de prevenção de drogas, desenvolvidos para o contexto escolar e voltados para adolescentes na mesma faixa-etária, com maior consolidação em termos de evidência de eficácia, considera-se que a escolha do Programa *Unplugged* para adaptação e implementação no Brasil não foi totalmente satisfatória.

Avaliação quanto à adaptação e à implementação do programa

A adaptação da metodologia do programa *Unplugged* para o contexto brasileiro foi realizada em 2014, quando passou a se chamar #Tamojunto, nome escolhido pelos alunos das escolas que receberam a fase pré-piloto do programa. Sua adaptação manteve as 12 sessões semanais, com duração média de 50 minutos por turma⁵ contempladas na versão original do programa. No seu formato original, o programa também apresenta conteúdos direcionados aos pais, com o objetivo de complementar o conteúdo desenvolvido na escola com os alunos. Em sua implantação brasileira, caracterizou-se como um programa intersetorial, pois integra a escola, o serviço de saúde, por intermédio da Unidade Básica de Saúde do bairro no qual a escola se localiza; e os pais, por meio de três reuniões presenciais de integração. Assim, professores mesclam suas funções preventivas com ações na família e com o suporte técnico do sistema de saúde, o qual oferece tratamento especializado para os adolescentes e suas famílias quando a necessidade é identificada durante a aplicação do programa.

Foram observadas diversas limitações importantes tanto na adaptação quanto na implementação do programa no Brasil, tendo sido bem estudadas e retratadas em diversas publicações científicas. Destaca-se que o programa #Tamojunto é possivelmente o programa de prevenção mais estudado no Brasil, com avaliações incluindo métodos mistos (qualitativos e quantitativos) de processo (2013), de eficácia (2013) e de efetividade (2014 e 2015).

⁵ Disponível em: <<http://prevencaoepesquisa.iciet.fiocruz.br/#tamojunto>>.

O primeiro estudo, em 2013, avaliou a aceitabilidade, a viabilidade e a fidelidade do programa. Neste estágio também foi realizado um estudo de validação de seu instrumento de avaliação, o EU-DAP. Destaca-se que no decorrer deste período diversas mudanças foram realizadas na busca de aperfeiçoar e corrigir pequenas falhas tanto no modelo de implementação quanto no material utilizado.

Adaptação transcultural

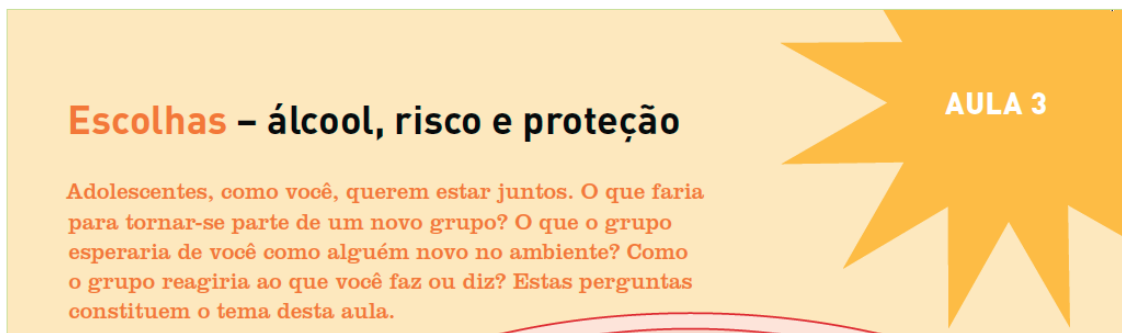
É evidente a necessidade de extrapolar a tradução literal do material original fazendo com que a linguagem utilizada seja familiar e congruente com os diferentes aspectos culturais do Brasil. Todavia, observa-se que por vezes as alterações realizadas no processo de adaptação cultural são mais profundas, modificando também o conteúdo a ser apresentado. Modificações importantes neste sentido foram observadas no decorrer de toda a adaptação, mas destaca-se, neste sentido, a Aula 3: “Escolhas – álcool, risco e proteção”.

De todas as 12 sessões do programa, a Aula 3 sobre consumo de álcool foi, sem dúvida, a que mais se distanciou da versão original do programa, não só eliminando textos/conteúdos específicos, mas também incorporando elementos não existentes na versão original. Alterações mais sutis, mas que podem distorcer o conteúdo apresentado são observadas também nas aulas 7: “Manifeste-se no mundo e em sua vida” e Aula 9: “Informe-se”. Tais mudanças podem ter impactado nos efeitos da aplicação do programa.

As alterações consideradas preocupantes no material utilizado em relação a sua versão original serão descritas a seguir:

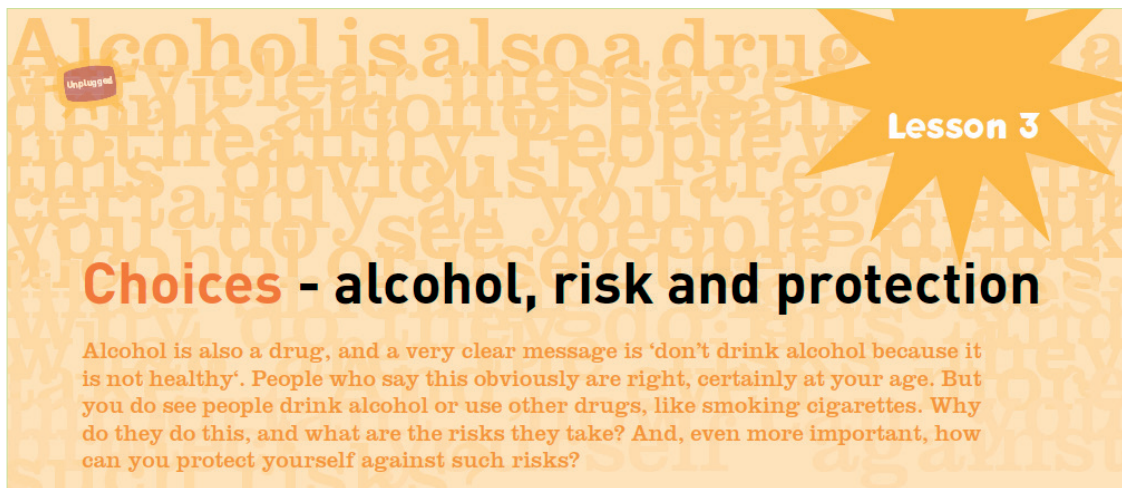
- 1) Aula 3 “**Escolhas – álcool, risco e proteção**”: Esta sessão teve não só o texto de introdução do objetivo da aula totalmente modificado como também alterou o conteúdo do exercício proposto. As modificações em relação à versão original também envolvem o acréscimo de uma nova atividade, propondo reflexões sobre determinadas questões. Entre elas destaca-se a primeira: “Por que algumas pessoas bebem álcool, mas não ficam embriagadas?”.

FIGURA 2 – CABEÇALHO DE INTRODUÇÃO DA AULA 3
PROGRAMA #TAMOJUNTO



Fonte: Caderno do educando Programa #Tamojunto, Versão 2014.

FIGURA 3 – CABEÇALHO DE INTRODUÇÃO DA AULA 3 PROGRAMA UNPLUGGED



Fonte: Unplugged Student's Workbook, 2011.

FIGURA 4 – EXERCÍCIO DE REFLEXÃO PROPOSTO NA AULA 3 – #TAMOJUNTO

PARA REFLETIR

- Por que algumas pessoas bebem álcool, mas não ficam embriagadas?
- Quando você pode dizer que alguém está dependente de uma substância?
- Como você pode fazer para se proteger de chegar a esta situação?
- Vocês consideram que o consumo de álcool é incentivado na nossa sociedade? De que maneira e por que acham que isso acontece?

Fonte: Caderno do educando Programa #Tamojunto, Versão 2014.

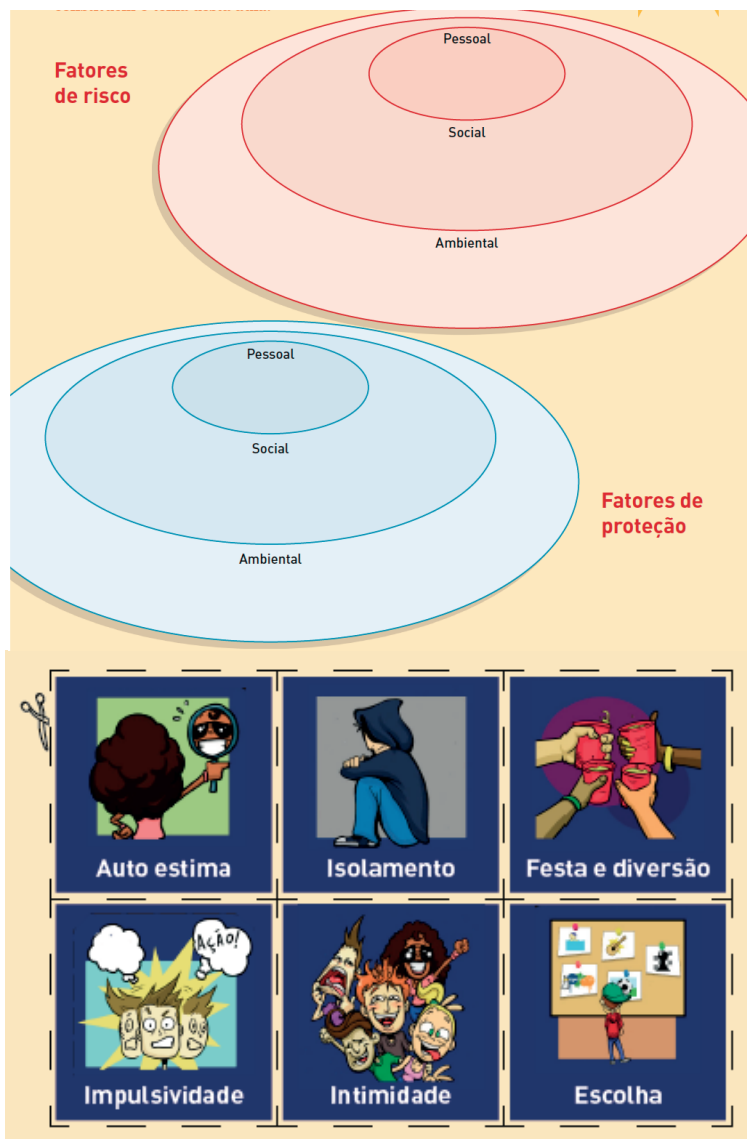
Embora o exercício de reflexão seja baseado nas questões desencadeadoras existentes somente no material do professor da versão original (*trigger questions*), a versão adaptada retirou a primeira pergunta, que se refere ao consumo de álcool (*Why do people not drink alcohol?*), deixando o exercício de reflexão focado somente na questão da embriaguez e da dependência, negligenciando o conteúdo sobre os danos do uso precoce de álcool.

De forma geral, o conteúdo oferecido no treinamento dos educadores foca nos danos relacionados à intoxicação e a fatores de risco para o desenvolvimento da dependência alcoólica, não abordando em nenhum momento (na Aula 3 ou em qualquer outra) os efeitos negativos do consumo (mesmo que moderado) no desenvolvimento do cérebro do adolescente. É importante também mencionar a carência deste conteúdo já na versão original do programa, como mencionado anteriormente no tópico de escolha do programa. Argumenta-se, portanto, que a adaptação transcultural não só deixou de compensar a falta de informações mais esclarecedoras sobre o impacto do consumo de álcool no cérebro em desenvolvimento observada no programa original, como também eliminou do material as poucas menções sobre efeitos do consumo de álcool independentemente de padrão de uso.

Outras alterações relevantes também foram observadas nos fatores de risco e proteção citados no exercício principal. Neste exercício se observou uma fuga quase completa do conteúdo original, tanto nos fatores de risco e proteção exemplificados, mas também nas categorias apresentadas, retirando a categoria dos fatores físicos e acrescentando a categoria de fatores ambientais. Dessa forma, o exercício distancia-se do conceito dos fatores biopsicossociais proposto na versão original. Entende-se que tal alteração levou a uma deficiência na transmissão da mensagem proposta no programa original, que

esclarece os efeitos nocivos do consumo do álcool mesmo quando consumido moderadamente, especialmente entre adolescentes.

FIGURA 5 – EXERCÍCIO PRINCIPAL PROPOSTA NA AULA 3
DO PROGRAMA #TAMOJUNTO



Fonte: Caderno do educando Programa #Tamojunto, Versão 2014.

FIGURA 6 – EXERCÍCIO PRINCIPAL PROPOSTA NA
VERSÃO ORIGINAL DO PROGRAMA UNPLUGGED

Look at the cartoons and place them in the correct box.

	<i>Social</i>	<i>Physical</i>	<i>Personal</i>
<i>Risk</i>			
<i>Protection</i>			

lonely

girl-boy

stress

together

boy-girl

self-esteem

Fonte: Unplugged Student's Workbook, 2011.

QUADRO 4 – CONTEÚDO NO MANUAL DO EDUCADOR PROGRAMA #TAMOJUNTO

Aula 3 – Escolhas – álcool, risco e proteção

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE ESTA AULA

Esta aula é a primeira que discute diretamente o uso de drogas. É dedicada ao consumo de álcool porque é uma droga de fácil acesso na cultura e sociedade brasileiras e é muito possível que os educandos já tenham tido contato com ela.

É necessário ressaltar aos educandos que, embora o álcool e o cigarro sejam legalizados, também são considerados drogas por alterarem o funcionamento do organismo e terem alto grau de dependência.

A mensagem desta aula é que algumas características pessoais e/ou do ambiente tornam pessoas ou grupos mais vulneráveis, aumentando a probabilidade do uso abusivo de álcool e, assim, potencializando o risco da dependência. Essas características são conhecidas como fatores de risco. Entretanto, há, igualmente, algumas características pessoais e/ou do ambiente que tornam os indivíduos mais fortalecidos, diminuindo a probabilidade do abuso de álcool. Essas características são conhecidas como fatores de proteção.

É importante explicar que o fato de um indivíduo apresentar determinados fatores de risco ou de proteção não significa, necessariamente, que ele terá este ou aquele comportamento. Por exemplo, o fato de um indivíduo apresentar fortes fatores de risco para o abuso de álcool, como ser solitário e ter uma família com histórico de uso excessivo, não significa que ele vá apresentar este comportamento. Vale ressaltar que os fatores de risco não são uma sentença, assim como os fatores de proteção não são uma garantia.

No Caderno do Educando há uma menção rápida à questão do uso de álcool em grande quantidade num curto espaço de tempo. Isto foi feito isso de forma deliberada para abordar o tema da embriaguez ("porre"). O "porre de álcool" é um fator de risco específico importante para os adolescentes que começam a fazer uso de bebida alcoólica muito cedo.

O objetivo deste Programa de prevenção é atuar no fortalecimento de fatores de proteção, tais como: um bom diálogo com a família, o pensamento crítico e a redução dos impactos dos fatores de risco, tais como: aceitabilidade social para o abuso de álcool, associação entre álcool e diversão.

OBJETIVOS

Os educandos deverão:

- conhecer que há fatores diferentes que aumentam a probabilidade do abuso de drogas;
- praticar o trabalho em grupos;
- discutir suas ideias com os colegas.

DO QUE O PROFESSOR PRECISARÁ

- Caderno de Exercícios do Educando;
- tesoura e cola para recortar e colar as figuras;
- cartolina;
- folha sulfite;
- canetas coloridas, pincéis e tinta guache.

DICAS PARA AUXILIAR A AULA

Para dar esta aula, recomenda-se que o professor reveja as informações sobre álcool no Anexo III – *Informações sobre drogas para os professores*, ao final deste guia (página 71).

É importante estar atento para não reforçar estereótipos sobre as pessoas que fazem uso excessivo de drogas. Na verdade, todas as pessoas apresentam tanto fatores de risco quanto fatores de proteção e não devem ser julgadas por ter essa ou aquela característica, condição familiar ou por estarem inseridas em determinado contexto social.

ABERTURA(20 MINUTOS)

A Aula pode ser iniciada com um energizador, como estratégia para aquecer o grupo. O exercício sugerido ajuda a criar um clima de descontração, estabelecer contato visual entre todos, pronunciar os nomes dos colegas e ouvir seus nomes serem chamados. Sugestão: *Jogo de Bola com Malabarismo* (consulte o Anexo II *Energizadores*, [página 64].

Após o jogo, inicie uma conversa aberta sobre o exercício que acabaram de fazer.

O professor retoma o tema do pertencimento a um grupo e introduz o assunto do dia, explicando que, quando se faz parte de um grupo, pode ser influenciado por ele (roupas, pensamentos e maneiras de agir).

Peça aos educandos que reflitam sobre quais fatores de seu contexto de vida influenciam as suas decisões e como acham que isso acontece na vida das pessoas, explicando que a influência pode ser positiva ou negativa, saudável ou não. Faça uma tempestade de ideias destes fatores e anote-os em uma folha de cartolina, lousa/quadro-negro ou flipchart.

Em seguida faça uma breve introdução ao conceito de fatores de risco e de proteção, conforme explicado no texto acima, utilizando os modelos abaixo como referência.

QUADRO 4 – CONTEÚDO NO MANUAL DO EDUCADOR DO PROGRAMA UNPLUGGED



Lesson 3

Main activities 35 minutes

1. Risk and protective factors for alcohol as an example for any drug

Use an active energizer to divide the class in groups of three.

Provide each group with six cartoons of people at high level of risk or protection and a page with the empty matrix. Allow students to cut out the cartoons, discuss which risk or protective factors is being represented and glue the cartoons in the corresponding boxes.

Each group writes a name under his matrix and posts the paper on the wall. Look with the class to differences and similarities in the solutions.

What are the reasons for their choices based on risk or protective factors identified in each cartoon?

Explain incorrect information or interpretation and instruct the pupils to mark the right solution in their workbooks.

In the discussion you will have to emphasize that risks are no destiny and protection no guarantee: the presence of these factors does not definitively predict drug use like drinking alcohol.

Trigger questions:

- Why do people not drink alcohol?
- Why does someone drink but does not get drunk?
- What can you do to protect yourself against the risks of starting to take drugs?







The correct place for the cartoons is underneath, with some comments you can use for explanation to the pupils.

2. Create a character

Use an active energizer to divide class into groups of three. Ask them to draw a character with strong protective factors for not using alcohol.

In a nutshell

1. Distinguish the three factors relevant to drug use using alcohol as an example: environmental or social, physical, and personal/psychological factors
2. Discuss the risk and protective factors related to alcohol use by way of a collage.
3. Let pupils elaborate upon protective factors to not using alcohol by drawing a character.

SOCIAL FACTORS	PHYSICAL FACTORS	PERSONAL FACTORS
 <p>Lonely If you don't talk with other people about what you experience or feel, the risk to use a drug (also alcohol) to forget your problems is higher</p>	 <p>Girl or boy Girls averagely have a lower body weight than boys. In proportion they have less water in their body, so the alcohol reaches a higher promille sooner. So alcohol is more risky for girls than boys</p>	 <p>Stress A person that leads a life full of stressfull situations and moments, has a higher risk to misjudge a decision about drug taking because he doesn't take the time to think and reflect before acting</p>
 <p>Together Close friends, family and teachers around you can form a social web that protects or intervenes when problems arise, so that you keep away from drugs</p>	 <p>Boy or girl Girls have developed protective behaviour against alcohol and other drugs. More than boys, they have ways to make fun without a drug: drug-independent amusement patterns!</p>	 <p>Self-esteem If you are able to think positively about yourself and to make yourself feel better by looking at your good sides and capacities, you have less chance to rely on self-medication to feel better</p>

Fonte: Unplugged Teacher's Handbook, 2011.

- 2) Aula 7: “**Manifeste-se no mundo e em sua vida**”. Nesta aula foi acrescentada uma alternativa não existente na versão original do programa, oferecendo como possibilidade para a recusa de consumo a resposta: “Eu já bebi o suficiente”. Embora pequena, a alteração feita no processo de adaptação desta aula foi relevante no sentido de, mais uma vez, trazer o foco apenas para os problemas da intoxicação alcoólica e não para o uso por si só.

FIGURA 7 – EXERCÍCIO AULA 7 PROGRAMA #TAMOJUNTO

Não, eu não quero beber, porque...

- posso me divertir sem isto;
- algumas pessoas que conheço realmente têm problemas por causa da bebida;
- eu quero ficar no controle do meu próprio corpo e mente;
- eu quero apenas um refrigerante;
- porque vou parecer burro;**
- eu já bebi o suficiente;
- Algumas pessoas ficam muito agitadas e agressivas depois de beber e eu não quero ser assim;
- Muitos acidentes acontecem quando se bebe álcool;
- Eu tenho uma atividade física/esporte amanhã;
- Não e ponto final.

Fonte: Caderno do educando Programa #Tamojunto, Versão 2014.

FIGURA 8 – EXERCÍCIO AULA 7 PROGRAMA ORIGINAL UNPLUGGED

No I don't want to drink, because ...

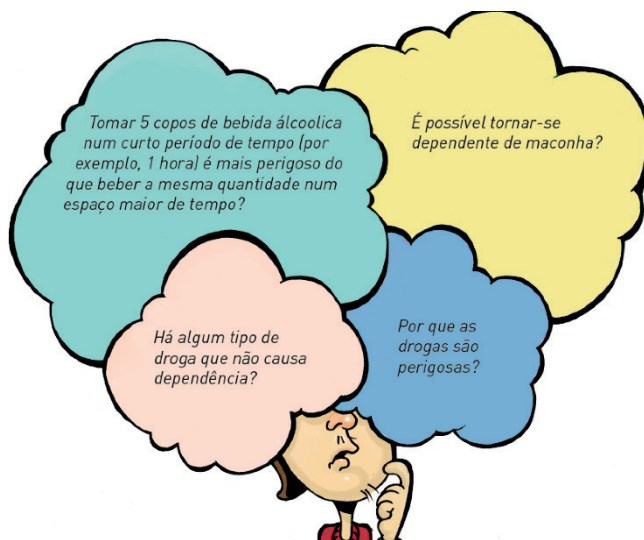
- I can have fun without it..
- Some people I know really have problems because of drinking
- I want to stay in control of my own body and mind
- I want just this soft drink
- Because I will look dumb
- Some people get too rowdy and aggressive after drinking and I don't want to be like that
- Many accidents happen when drinking alcohol
- I have a team practice tomorrow
- Just no. Full stop.



Fonte: Unplugged Student's Workbook 2011.

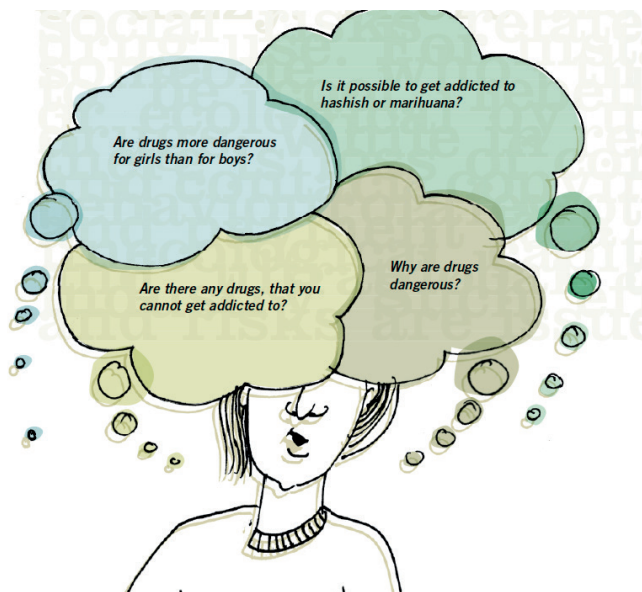
- 3) Aula 9: **Drogas - Informe-se**. Uma alteração importante foi realizada no processo de adaptação desta aula, com a exclusão de uma questão existente na versão original que tratava das diferenças biológicas entre meninos e meninas e trazia o conteúdo sobre o consumo de álcool ser mais nocivo entre meninas. No lugar desta questão, a versão adaptada traz uma pergunta sobre beber em “binge”.

FIGURA 9 – EXERCÍCIO AULA 9 PROGRAMA PROGRAMA #TAMOJUNTO



Fonte: Manual do Educador Programa #TamoJunto, versão 2014.

FIGURA 10 – EXERCÍCIO AULA 9 PROGRAMA ORIGINAL UNPLUGGED



Fonte: Unplugged Student's Workbook, 2011.

Tendo em vista as alterações descritas, conclui-se que o processo de adaptação do programa #Tamojunto parece ser insatisfatório e precisa passar por processo de revisão. O material adaptado (tanto do caderno do educando quanto no guia do professor) não reproduziu de forma fiel a versão original do programa, omitindo todo o conteúdo referente aos efeitos fisiológicos do consumo do álcool no material e trazendo elementos não abordados na versão original. Tais limitações são importantes, uma vez que afetam o conteúdo pressuposto para compor a transmissão de informação sobre drogas parte do tripé que forma o paradigma teórico do programa. Estas limitações podem impactar na eficácia do programa.

Implementação

A implementação do programa foi baseada em treinamentos de 16 horas para os professores. Esse treinamento foi ministrado pela equipe do Ministério da Saúde que, por sua vez, foram treinados pelos próprios desenvolvedores do programa na Europa. No final

de cada lição, os professores completaram um formulário para a avaliação da fidelidade, seguindo a estrutura do monitoramento EU-DAP.

O estudo (MEDEIROS et al., 2016) que avaliou de forma aprofundada a fidelidade, viabilidade e aceitação da implementação do programa no Brasil, foi realizado em três cidades (São Paulo, São Bernardo do Campo e Florianópolis), com oito escolas, 62 turmas, 36 professores e 1.267 alunos. Os resultados foram obtidos por meio de métodos qualitativos e quantitativos. Entre os resultados principais, observou-se que 94% das aulas planejadas foram, de fato, ministradas e 94% tiveram o monitoramento da sua implementação. Todavia, apenas uma pequena fração das aulas incluiu todas as atividades propostas no manual do professor. Por exemplo, foi demonstrado que a lição 11 do programa foi completada em apenas 21,7% das aulas. Os dados obtidos nos grupos focais confirmaram esta informação, uma vez que foi mencionado que o tempo alocado para as sessões não permitia que todo conteúdo proposto no manual fosse apresentado. Soma-se a isso o alto índice de absenteísmo durante a aplicação do programa (cerca de 20%).

Também foram observadas limitações quanto ao tempo de duração das sessões, uma vez que o programa prevê que estas sejam aplicadas no tempo de um período de aula, embora a duração dos períodos variem consideravelmente entre os estados participantes. O fato de ser necessário o uso de mais de um período de aula para a aplicação do programa (apenas 56,9% delas foram aplicadas dentro do período de aula) atrapalhou o cronograma dos professores afetando diretamente o cumprimento do conteúdo curricular. Foram registrados os relatos dos professores quanto à dificuldade de completar o conteúdo curricular devido à redução do tempo disponível para ministrar as aulas normais. Tais limitações devem ser consideradas para a avaliação da viabilidade de aplicação do programa em larga escala. Destaca-se também o fato de que apenas 89% das turmas completaram as 12 sessões previstas no programa. Enfim, o estudo sobre a implementação do programa conclui que a única maneira de garantir a sustentabilidade do programa seria incorporá-lo no currículo escolar, o que garantiria que as atividades do programa não afetariam o tempo atribuído aos professores para o conteúdo curricular.

Sendo assim, da mesma forma que com o programa ELOS, as limitações de implementação do programa #Tamojunto concentraram-se em três aspectos:

1. Deficiência de treinamento: Tempo insuficiente para a familiarização com a técnica interativa e com o conteúdo.

2. Deficiências de planejamento e operacionalização: Tempo de implementação limitado, tempo das sessões insuficiente para vencer conteúdo proposto.
3. Dificuldades para conciliar com atividades curriculares e realidade da escola.

Aceitabilidade

Embora haja discrepâncias entre os dados obtidos por meio da avaliação dos alunos e dos professores, resultados apontam que o programa ajudou a responder perguntas pessoais para 69,4% dos alunos, e 70% deles apreciaram a experiência de participar do programa. Já entre os professores, 88,9% disseram que melhoraram seus conhecimentos e habilidades sobre drogas e prevenção, sendo assim, não há dúvidas quanto à aceitação do programa por parte dos professores.

Os estudos realizados concluíram que *“o programa #TamoJunto pode ser implementado de forma viável em escolas públicas brasileiras, sendo necessárias apenas a redução do número de atividades por aula, bem como a reestruturação do cronograma de ensino padrão”*. Acredita-se que os resultados negativos ou inócuos encontrados nos estudos de eficácia também podem ser devido a limitações na implementação do programa, especialmente quanto ao treinamento dos professores e adaptação quanto à duração das sessões.

Tendo em vista as limitações apontadas nos estudos realizados, em 2016 o tempo de treinamento foi incrementado, passando a ter, além das 16h de treinamento inicial, a inclusão de mais quatro encontros mensais de 3h, bem como mais um encontro de 8h. Tal modificação ainda não foi testada, não sendo possível, portanto, afirmarmos que o incremento no treinamento tenha impactado positivamente na eficácia do programa.

Sendo assim, mesmo que as limitações mais importantes de tempo de treinamento tenham sido sanadas, a limitação quanto ao tempo necessário para a aplicação do programa continua em dissonância com o tempo disponível na prática, levando a necessidade de modificações, muitas vezes arbitrárias, de diversos aspectos do conteúdo (redução do tempo de aplicação, do número de sessões executadas e definição de quais sessões cortar em caso de restrição de tempo, exercícios excluídos etc.). Tais modificações impactam de forma profunda a aplicação do programa. Dessa forma, considera-se que o processo

de implementação do programa ainda necessita de modificações na sua estrutura e, conseqüentemente, a realização de uma nova avaliação.

Avaliação das evidências de eficácia/efetividade do programa

Antes de avaliar os resultados encontrados nos desfechos esperados do programa, é necessário mencionar possíveis limitações quanto à ferramenta de mensuração deles. É evidente a importância que o instrumento de avaliação dos desfechos esperados meça de fato o que visa medir (validação) e que estas medições possam ser replicadas independentemente do avaliador (confiabilidade). Em 2013 o instrumento utilizado foi o Questionário EU-DAP, que é originalmente usado na versão original do programa. Dificuldades foram detectadas no seu preenchimento por parte dos alunos. Um estudo de validação foi realizado e observou-se que os índices de confiabilidade foram insatisfatórios. O estudo (PRADO et al., 2016) sobre o processo de validação do instrumento para medição dos desfechos esperados com o programa concluiu que “... a versão brasileira do questionário EU-DAP aplicado nas escolas brasileiras foi insatisfatória e apresentou problemas linguísticos e operacionais”.

Por esta razão, em 2014 a avaliação sobre consumo de substâncias foi mudada, sendo substituída pelas perguntas padronizadas da OMS anteriormente utilizadas nos levantamentos do Cebrid (2010) combinadas com questões da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) (IBGE, 2015) ficando o instrumento original (EU-DAP) utilizado somente para o rastreamento das variáveis mediadoras. Sendo assim, é importante levar em consideração possíveis vieses na medição dos desfechos estudados até a adaptação realizada em 2014. Das publicações referentes a avaliação dos efeitos do programa, destacam-se dois estudos de avaliação de eficácia e de efetividade no Brasil:

- 1) Em 2013 um estudo *quasi-experimental*, controlado, mas não randomizado com 2.185 alunos de 16 escolas públicas de três cidades brasileiras foram avaliados quatro meses após a aplicação do programa (SANCHEZ et al., 2016).
- 2) Em 2014 um estudo experimental, controlado e randomizado com 4.213 alunos de 72 escolas públicas de seis cidades brasileiras foram avaliados 9 e 21 meses após a aplicação do programa (SANCHEZ et al., 2017).

De forma geral, os resultados do primeiro estudo apontam para uma ausência de efeito do programa nos desfechos de consumo de substâncias, com os alunos mantendo os mesmos níveis de consumo de substâncias antes e depois de serem expostos ao programa. Todavia, foi detectado aumento no consumo de maconha e no beber em *binge*⁶ entre os alunos que não foram submetidos ao programa, mostrando assim, que o programa foi bem-sucedido em inibir esta tendência entre adolescentes com idade entre 13 e 15 anos que foram expostos ao programa. Cabe aqui destacar que este estudo possui limitações metodológicas importantes, principalmente por não ter tido a alocação das amostras nos grupos randomizada, levando a um possível viés de seleção. Acima de tudo, cabe salientar que tal limitação impossibilita a generalização dos resultados e a inferências causais sobre os efeitos do programa.

Já os resultados obtidos no estudo de 2014, que permite a avaliação da efetividade do programa #TamoJunto foram divergentes e preocupantes. Este estudo é fundamental para a avaliação do programa, uma vez que se utilizava da metodologia considerada “padrão-ouro” com a total randomização da amostra na alocação dos grupos controle e experimental (RCT). Este estudo foi conduzido em seis cidades Brasileiras com 38 escolas aplicando o programa e 34 escolas avaliadas no grupo controle (sem a aplicação do programa #TamoJunto). Embora o índice de absentismo tenha sido uma limitação, o estudo foi realizado com uma amostra de 6.658 alunos de ambos os grupos (controle e intervenção foram avaliados na fase “baseline” e 5.957 alunos foram avaliados nove meses depois). O método para cálculo amostral (Lwanga and Lemeshow (1991) foi inteiramente descrito e considerado apropriado, com poder de 80% e nível de significância de 5%. Os parâmetros do cálculo foram previamente testados no estudo *quasi*-experimental que serviu como piloto, validando os índices utilizados. Destaca-se, aqui, que todos os critérios metodológicos utilizados (desenho do método, tamanho da amostra, ferramentas de medição e modelos de análise estatística) foram considerados adequados e apropriados para a obtenção de resultados confiáveis e replicáveis.

Diversas estratégias de análise de dados foram aplicadas para levar em consideração todos os tipos de desfechos estudados (prevalência e incidência de uso), bem como para ajustar possíveis variáveis confundidoras, como sexo, idade e localidade. A análise também levou em consideração a estrutura hierárquica da amostra, bem como os efeitos de aglomeração dos dados obtidos (MURRAY; VARNELL; BLITSTEIN, 2004). A análise utilizada

⁶ Definido pelo consumo de 4 (mulheres) ou 5(homens) unidade de álcool no período de 2 horas.

para determinar o efeito do programa foi um tipo de modelo de classe latente multinível chamado GLLMM (Generalized Linear Latent Mixed Models) (RABE-HESKETH; SKRONDAL, 2004). O modelo foi devidamente ajustado pelo grupo, tempo, interações entre grupos, sexo, idade, localização (município) e efeitos aleatórios da escola. A análise de incidência de consumo de álcool também foi realizada com o modelo GLLMM (*intention to treat analysis*) com a utilização dos mesmos ajustes citados anteriormente. O modelo de análise utilizado é possivelmente a ferramenta mais sofisticada e indicada para a avaliação do efeito de intervenções em multinível disponível atualmente (RABE-HESKETH; SKRONDAL; PICKLES, 2004).

A análise demonstrou que o programa não teve efeito significativo (inócuo) no consumo da maior parte das substâncias avaliadas (tabaco, cocaína, *crack* e maconha e beber em *binge*), apresentando efeitos negativos na incidência do uso de álcool. Os resultados mostram que o programa tendeu a precipitar o início do uso de álcool entre adolescentes, com aumento de 30% nas chances de iniciar o uso de álcool durante o seguimento de nove meses após a aplicação do programa (análise ajustada, razão de chance de 1,30 (com intervalo de confiança pequeno, de 1,13 a 1,49 e $p < 0.001$). Resultados positivos significativos foram encontrados para o uso de inalantes, onde o programa atrasou a experimentação em 22% dos casos (razão de chance de 0,78, com intervalo de confiança de 0,63 a 0,96 e $p = 0,021$).

A terceira onda de coleta de dados do estudo de efetividade foi realizada 21 meses após a aplicação do programa. Nesta onda foram mantidos os resultados negativos referentes ao consumo de álcool, e foram perdidos os resultados positivos para uso de inalantes. Outros desfechos secundários como *bullying* e violência também foram investigados para entender os possíveis efeitos periféricos do programa (GUSMÕES; SANUDO; SANCHEZ, 2018). Embora não tenham sido observados efeitos quanto à vitimização ou perpetração de violência, os achados mostraram que meninas com idade entre 13 a 15 anos tiveram menores chances de serem vítimas de *bullying* nos nove meses de seguimento após a aplicação do programa. Todavia, este efeito não foi persistente quando os alunos foram analisados novamente nos 21 meses de seguimento.

Para explicar os resultados iatrogênicos para consumo de álcool, a autora do estudo considera um fenômeno chamado efeito bumerangue, em que a correção de percepções exageradas sobre o consumo de álcool na população pode aumentar em vez de diminuir seu consumo. Tal evento foi previamente descrito por Hopfer et al. (2010).

Cabe salientar que os resultados apontam que a aplicação do programa em adolescentes com menos de 12 anos de idade também pode ter influenciado nos efeitos iatrogênicos observados. É possível que a adaptação realizada posteriormente, limitando a aplicação do programa para alunos com 13 anos completos gere resultados mais promissores, uma vez que uma proporção maior deles já terá sido exposta ao álcool. Porém, tal pressuposto é meramente especulativo, uma vez que nenhum estudo foi realizado para avaliar esta hipótese.

Dessa forma, é essencial que nova avaliação do programa seja realizada, com o objetivo de mapear e avaliar as modificações e as adaptações realizadas após a conclusão dos estudos citados, bem como considerando uma versão mais fidedigna do programa.

Avaliação crítica do programa #Tamojunto e parecer quanto à sua expansão

Sabe-se que o objetivo da implementação de programas de prevenção é a redução da probabilidade de que um evento ocorra ou a redução da exposição a um fator de risco. Dessa forma, no campo das drogas, espera-se o adiamento da experimentação e da prevenção do uso abusivo e a dependência química, por meio de ações distintas, que podem ser destinadas a diferentes públicos. Considerando as evidências advindas dos estudos realizados sobre a aplicação do programa #Tamojunto, é possível concluir que a utilização ampla deste programa como política pública necessita ser ponderada. É relativamente comum que programas de prevenção, eventualmente, apresentem efeitos inócuos. Iniciativas de prevenção que aumentam as chances de consumo (efeito iatrogênico), porém, precisam ser revisadas e aperfeiçoadas prontamente. O estudo de efetividade do programa que conta com padrão-ouro em termos de desenho metodológico mostrou um aumento em 30% das chances de experimentação do álcool entre os alunos que participaram do programa em relação aos que nunca receberam o programa. Destaca-se que não só foram utilizados recursos metodológicos apropriados, mas também foram realizadas análises estatísticas sofisticadas e confiáveis para a obtenção de tais resultados. Esta tendência estatística foi persistente 21 meses após a aplicação do programa, mostrando mais uma vez, a consistência dos resultados obtidos. Levando em consideração a metodologia utilizada (RCT), o tamanho da amostra avaliada (poder de 80% com 5% de significância), bem como a análise estatística utilizada para a estimação dos resultados obtidos, é possí-

vel concluir que os resultados apresentados são consistentes e com chances mínimas (5%) de equívoco.

Embora os resultados do estudo de eficácia tenham apontado efeitos desejados quanto ao consumo de inalantes, o álcool é a substância psicotrópica mais consumida entre jovens. O álcool é também a substância mais relevante em termos de carga geral de doenças na sociedade, e seu consumo precoce é um dos maiores preditores de transtornos de uso de substâncias de forma geral. O risco de expor adolescentes tão jovens a maiores chances de experimentação de álcool, por meio de uma iniciativa que visa inibir esse comportamento, é inadmissível. Como avaliado anteriormente, a escolha do programa é válida, uma vez que sua versão original foi avaliada de forma positiva em diversas línguas e culturas. A avaliação do seu processo de adaptação e de implementação, porém, trazem diversas limitações. Estas falhas podem ter influenciado a obtenção dos resultados negativos quanto à avaliação da eficácia e da efetividade do programa.

Conclui-se que a aplicação do programa no seu formato atual em escolas deve ser analisada com cautela. Sugere-se que expansão do programa seja descontinuada até que uma revisão de seu material e método de aplicação seja realizada e reavaliada. A revisão minuciosa não só do conteúdo (processo de adaptação), mas também das estratégias de implementação nas escolas é fundamental antes que um plano de expansão do programa como política pública seja indicado. É também fundamental que tal iniciativa conte com uma avaliação padrão-ouro para a determinação do impacto das modificações do programa e sua viabilidade como política pública de prevenção.

Programa Famílias Fortes

Avaliação quanto à escolha do programa

O Programa Famílias Fortes (PFF) é a versão brasileira adaptada do programa original *Strengthening Families Program* (SFP). O SFP é constituído por sete sessões para famílias com jovens adolescentes entre 10 e 14 anos. O SFP é baseado no modelo biopsicossocial

e tem como objetivo promover processos familiares de proteção e resiliência, bem como de reduzir os riscos de uso e abuso de drogas.

Diretrizes advindas de diversos órgãos internacionais de referência apontam para melhores resultados entre programas que envolvem a família e/ou a comunidade. A versão original⁷ do SFP é composta por sete sessões semanais. As seis primeiras sessões possuem duas horas de duração sendo que na primeira hora pais e filhos têm sessões separadas e na sequência fazem uma hora de sessão em conjunto. A última sessão é constituída por uma hora de atendimento em família. Essas sessões são conduzidas por equipes de três pessoas. Durante as sessões de família, seus membros praticam habilidades de resolução de conflito e de comunicação, além de realizarem atividades destinadas a aumentar a coesão familiar e envolvimento positivo da criança na família.

Estudos longitudinais (SPOTH; GUYLL; DAY, 2002; SPOTH et al., 2004; SPOTH et al., 1999; SPOTH et al., 2002) apontam o SFP como sendo efetivo em reduzir as chances dos adolescentes usarem álcool, tabaco e maconha do período em que ocorreram as sessões até seis anos de seguimento. Adolescentes que participaram do SFP também se mostraram menos propensos a se embriagar ou desenvolver relação de abuso ou dependência com tabaco e álcool nos quatro anos seguintes à intervenção.

Cabe aqui também destacar que a versão original do programa SFP está de acordo com as diretrizes do NIDA para programas de prevenção baseados na família, onde é referido que estes devem estimular o desenvolvimento de interações familiares saudáveis utilizando para isso:

1. Técnicas de treinamento de habilidades parentais.
2. Estimular a prática de atividades familiares em conjunto.
3. Estimular a participação dos pais nas atividades escolares e sociais dos filhos.
4. Estimular a discussão e o cumprimento das regras familiares sobre o uso de substâncias.
5. Estimular a informação e educação sobre drogas.

⁷ School of Health and Social Care at Oxford Brookes University, UK.

Dessa forma, pode-se afirmar que a escolha do programa SFP é satisfatória, uma vez que trata-se de um programa reconhecido e recomendado internacionalmente, com alto grau de evidência de eficácia e com grande potencial de atingir os efeitos esperados como um programa de prevenção comunitário. O fato de focar em populações mais vulneráveis também faz a escolha ainda mais apropriada considerando o contexto socioeconômico Brasileiro.

Avaliação quanto à adaptação do programa

A versão brasileira do SFP, chamada de Programa Famílias Fortes (PFF), compreende sete encontros semanais, com duas horas de duração cada. Na primeira hora, os adolescentes são acompanhados por dois facilitadores em uma sala e, ao mesmo tempo, seus pais ou responsáveis, por outro facilitador em outra sala. O grupo de pais/responsáveis pode ser conduzido como o programa original, por um facilitador, e a indicação levantada a partir da avaliação da adaptação cultural, sugere que quando o grupo de responsáveis tem dificuldade de leitura e/ou escrita, pode-se convidar um profissional do serviço em que o programa está sendo realizado para estar presente no grupo de responsáveis e assessorar nas atividades de leitura/escrita. Na revisão do material realizada em 2015, a equipe do Ministério da Saúde teve o cuidado em transpor a maioria das atividades que exigiam leitura e escrita, para serem feitas oralmente sem que tivesse perda na aprendizagem do grupo, e que os materiais tivessem mais ilustrações. Na segunda hora, adolescentes e pais participam em atividade conjunta acompanhada pelos facilitadores do grupo de jovens e do grupo de pais/responsáveis que conduzem juntos o encontro da família. O PFF busca incrementar fatores protetivos da comunidade como reconhecimento de serviços públicos e laços com a vizinhança, da família como momentos de diálogo e lazer, organização da vida doméstica, dos pais no que tange à forma de comunicação de regras e expressão de afeto, e dos adolescentes, principalmente, no desenvolvimento de pensamento crítico e assertividade. Os autores do estudo realizado recentemente sobre a versão brasileira do SFP descrevem que no Brasil os encontros do PFF abordam a expressão de afeto, estabelecimento e comunicação de regras, organização da dinâmica familiar, projeto de vida, empatia, identificação de valores familiares e assertividade. Parte da intervenção inclui a apresentação de um vídeo, que, por meio da ilustração de cenas do cotidiano familiar, inspiram discussões de temas relativos aos desafios dessa fase da vida

para pais e filhos. Como na versão original, a versão brasileira também inclui um lanche que é oferecido aos participantes, com o objetivo de estimular o convívio entre as famílias.

De forma geral, é possível afirmar que a adaptação do programa foi apropriada, conseguindo incorporar de forma prática e operacional toda a complexidade das articulações de rede necessárias para a aplicabilidade da sua versão brasileira.

Avaliação quanto à implementação do programa

O processo de implementação do PFF foi descrito recentemente em um manuscrito submetido⁸ sobre o protocolo do estudo de *quasi*-experimental ainda em andamento. Os autores descrevem que o PFF foi, inicialmente, implementado no Programa de Atenção Integral à Família, um serviço de proteção social básica integrante da Política Nacional de Assistência Social, oferecido a famílias de baixa renda, com vistas ao fortalecimento de vínculos familiares. Os autores também colocam que a gestão do programa vem se dando de modo intersetorial e envolve, ao nível nacional, esforços conjuntos da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, a Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Ministério da Justiça e Segurança Pública). Em âmbito local, sua implementação requer ações coordenadas entre os serviços de fortalecimento de vínculos (setor Assistência Social), escolas de ensino fundamental (setor Educacional) e unidades básicas de saúde (setor Saúde). Até o ano de 2016, o PFF 10-14 alcançou 1.547 famílias em nove estados brasileiros.

Importante também salientar que aperfeiçoamentos quanto à implantação do programa foram realizadas no decorrer dos últimos anos, como por exemplo:

- Material de apoio dos jogos padronizados (kits prontos).
- Dois cadernos de atividades, um dos responsáveis e outro dos jovens foram criados para os pais e jovens usarem nos encontros e levarem para casa como forma de estimular a prática do que foi aprendido no encontro. O conteúdo segue o modelo do programa original.

⁸ Murta, S. et al. *Enhancing family functioning and preventing health risk behaviors in adolescents: study protocol for a quasi-experimental study of Strengthening Families 10-14 in Brazil*. submetido.

- A formação passou a ser necessariamente feita pelo Ministério da Saúde (MS) ou Senad, mas o implementador depende do território.

Outros aperfeiçoamentos quanto ao modelo de expansão também foram realizados no decorrer dos últimos anos, melhorando assim as estratégias de articulação entre MS e Senad nos diferentes territórios, bem como com a formação de formadores locais.

Embora o relatório de avaliação do processo de implementação e de adaptação cultural do programa tenha apontado vantagens em relação à sua aceitabilidade, entre os aspectos desfavoráveis da implementação e da expansão do programa estão a sua complexidade e viabilidade no contexto brasileiro. Um estudo qualitativo (MIRANDA; MURTA, 2016) realizado no Brasil aponta restrições em infraestrutura material, condições de trabalho deficitárias, custo elevado com planejamento e alta manualização.

Avaliação crítica do Programa Famílias Fortes e parecer quanto à sua expansão

Até o presente momento não existem evidências sobre a eficácia ou a efetividade do programa, apenas sobre sua difusão, implementação e aceitação. Todavia, combinando a avaliação de sua implementação com o que foi observado na experiência dos demais programas, sugere-se que o monitoramento da implementação do programa seja intensificada, certificando-se que os diferentes estágios de implementação, atores e público-alvo sejam avaliados por meio de ferramentas objetivas e validadas. O Ministério da Saúde iniciou um trabalho mais intenso de monitoramento para que a fidelidade ao programa pudesse ser acompanhada mais de perto, assim como sua implementação, além do incentivo e apoio nas relações intersetoriais locais, qualificando a implementação.

O desafio de implementação do PFF é ainda maior quando comparado aos demais programas, devido a suas características intersetoriais, que dependem da articulação eficaz entre diferentes equipamentos. O fato de depender do acesso a indivíduos que não estão necessariamente frequentando os equipamentos da assistência social (diferentemente do caso dos outros programas que só dependem do acesso aos alunos nas escolas) faz com que a obtenção do número amostral mínimo para a realização dos estudos uma tarefa árdua. Todavia, aperfeiçoamentos do método de implementação que envolve a

participação de equipamentos de saúde (especialmente agentes de saúde comunitários) e da educação já foram incluídos nas pactuações dos últimos anos (2016 e 2017). Também se sugere a descentralização de sua aplicação, por meio da criação de centros de treinamento que podem também administrar o monitoramento de implementações locais.

Tendo em vista a avaliação positiva quanto à escolha do programa, bem como os avanços no processo de adaptação e implementação, é fundamental que sua avaliação seja continuada a fim de determinar seu impacto em longo prazo. É também imprescindível que pelo menos um estudo utilizando metodologia padrão-ouro (RCT) seja realizado, utilizando ferramentas confiáveis para a investigação dos desfechos esperados. Conclui-se que, embora o PFF ainda não possua os resultados sobre sua eficácia e sua efetividade concluídos, trata-se de uma proposta adequada e que supre uma demanda nacional importante: a de iniciativas de prevenção no âmbito comunitário para populações socioeconomicamente vulneráveis.

Considerações Finais

A prevenção ao uso de drogas é uma prioridade no Brasil. Até a adaptação e implementação dos programas citados, havia uma lacuna nas políticas públicas que dizem respeito à prevenção do uso de substâncias no âmbito nacional. A iniciativa de adaptar e implementar programas de prevenção baseados em evidência no País, foi sem dúvida, um passo fundamental; todavia a expansão e a adoção destes como política pública nacional, só pode ser realizada depois que avaliações consistentes de eficácia e de efetividade sejam concluídas e apontem resultados preventivos positivos. Considerando-se a demanda de programas de prevenção de uso de drogas no País, é esperado que as indicações de aperfeiçoamentos apontados aqui não levem a uma interrupção destas iniciativas.

É igualmente necessário que a inclusão de novos programas baseados em evidência sejam adaptados, implementados e avaliados no Brasil. Tal iniciativa irá permitir que um “cardápio” mais amplo de intervenções sejam disponíveis, considerando assim a diversidade dos perfis das populações-alvo, bem como o oferecimento de diferentes abordagens para lidar com diferentes demandas. Programas como *Effekt* e o *Life Skills Training*, por exemplo, são opções de programas baseados em evidências e largamente reconhecidos internacionalmente que poderiam ser viáveis no contexto brasileiro, atendendo a deman-

das diversas e diferentes perfis populacionais. Destaca-se, também, a necessidade de iniciativas de prevenção universal por meio de políticas públicas, que restrinjam o acesso a bebidas alcoólicas especialmente. Estudos (FAGGIANO et al., 2014; FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2012) mostram que programas escolares têm sua efetividade comprometida quando não são combinados com políticas públicas, tais como o aumento de preço, a diminuição de pontos de venda e a fiscalização de venda para menores.

Referências

AGABIO, R. et al. A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health**, v. 11, p. 102-112, 2015. Suppl. 1 M6.

CATALANO, R. F. et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. **Lancet**, v. 379, n. 9826, p. 1653-1664. 2012

CEBRID. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. 2010.

COLDITZ, G. A.; MILLER, J. N.; MOSTELLER, F. How study design affects outcomes in comparisons of therapy. I. **Medical. Stat. Med.**, v. 8, n. 4, p. 441-454, 1989.

EMCDDA. **Best practice**. [201-]. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>>. Acesso em: 1 jan. 2017.

FAGGIANO, F. et al. Universal school-based prevention for illicit drug use. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 12, 2014.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal**, v. 7, n. 2, p. 450-575, 2012.

_____; _____. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 5, p. Cd009113, 2011.

- GIANNOTTA, F. et al. Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. **J. Adolesc. Health**, v. 54, n. 5, p. 565-573, 2014.
- GORMAN, D. M. Hypothesis testing and the EU-Dap evaluation of the Unplugged curriculum. **Prev. Med.**, v. 48, n. 6, p. 604-605 [author reply 606-607], 2009.
- GUSMÕES, J. D. P.; SANUDO, A.; SANCHEZ, Z. M. Violence in Brazilian schools: analysis of the effect of #Tamojunto prevention program for bullying and physical violence. **Journal of Adolescence**, v. 63, p. 107-117, 2018.
- HOPFER, S. et al. A review of elementary school-based substance use prevention programs: Identifying program attributes. **Journal of Drug Education**, v. 40, p. 11-36, 2010.
- HORTON, Nicholas. **Fitting generalized estimating equation (GEE) regression models in Stata**. 2001. Disponível em: <<https://www.stata.com/meeting/Inasug/gee.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2017.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 (PeNSE)**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/>>. Acesso em: 1 jan. 2017.
- KELLAM, S. G. et al. The good behavior game and the future of prevention and treatment. **Addict. Sci. Clin. Pract.**, v. 6, n. 1, p. 73-84, 2011.
- KLEINMAN, K. E.; SAIGH, P. A. The effects of the good behavior game on the conduct of regular education new york city high school students. **Behavior modification**, v. 35, n. 1, p. 95-105, 2011.
- MEDEIROS, P. F. et al. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. **Subst. Abuse Treat. Prev. Policy**, v. 11, n. 2, 2016.
- MIRANDA, A.; MURTA, S. **Difusão do Programa Fortalecendo Famílias no Brasil: um estudo com foco nas características da inovação**. CIAIQ, 2016. v.2.
- MURRAY, D. M.; VARNELL, S. P.; BLITSTEIN, J. L. Design and analysis of group-randomized trials: A review of recent methodological developments. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 423-432, 2004.

NIDA. **Preventing Drug Use among Children and Adolescents**. 2. ed. 2003. NIH Publication No. 04-4212(A). p. 6-17. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2_1.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2017.

PODUSKA, J. M. et al. Impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based behavior intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior, or drugs or alcohol. **Drug Alcohol Depend**, v. 95, p. S29-44, 2008. Suppl 1.

_____; KURKI, A. Guided by Theory, Informed by Practice: Training and Support for the Good Behavior Game, a Classroom-based Behavior Management Strategy. **Journal of emotional and behavioral disorders**, v. 22, n. 2, p. 83-94, 2014.

PRADO, M. C. et al. Transcultural Adaptation of Questionnaire to Evaluate Drug Use Among Students: The Use of the EU-Dap European Questionnaire in Brazil. **Subst. Use Misuse**, v. 51, n. 4, p. 449-458, 2016.

RABE-HESKETH, S.; SKRONDAL, A. GLLAMM manual. Technical report 160. In: DIVISION of biostatistics. Berkeley: University of California, 2004.

_____; _____. PICKLES, Andrew. **GLLAMM Manual**. 2004. U.C. Berkeley Division of Biostatistics Working Paper Series. Disponível em: <www.biostat.jhsph.edu/~fdominic/teaching/bio656/software/gllamm.manual.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2017.

SANCHEZ, Z. M. et al. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1206, 2016.

_____. et al. (2017). The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. **Prev Sci.**, v. 18, n. 7, p. 772-782, Oct. 2017.

SCHNEIDER, D. et al. Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. **Psicol. cienc. prof.**, v. 36, n. 3, 2016.

SPOTH, R. et al. Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: latent transition and log-linear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 67, n. 5, p. 619-630, 1999.

_____ et al. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 72, n. 3, p. 535-42, 2004.

_____; GUYLL, M.; DAY, S. X. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. **J. Stud. Alcohol.**, v. 63, n. 2, p. 219-228, 2002.

SPOTH, R. L. et al. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 16, n. 2, p. 129-134, 2002.

STORR, C. L. et al. A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. **Drug. Alcohol. Depend.**, v. 66, n. 1, p. 51-60, 2002.

SWIEZY, N. B.; MATSON, J. L.; BOX, P. The good behavior game: A token reinforcement system for preschoolers. **Child & family behavior therapy**, v. 14, n. 3, p. 21-32, 1993.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **International Standards on Drug Use Prevention**. Viena: UNODC, 2015. p. 1-30. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2017.

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 Dir. Youth Dev.**, v. 141, p. 67-82, 11-62, 2014.

WANG, Ming. **Generalized Estimating Equations in Longitudinal Data Analysis: A Review and Recent Developments**. Advances in Statistics. 2014. Disponível em: <https://www.hindawi.com/archive/2014/303728/>>. Acesso em: 1 jan. 2017.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

ZILA VAN DER MEER SANCHEZ

Professora Livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e orientadora de mestrado e doutorado do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp. É bolsista de produtividade do CNPq na área de Saúde Coletiva/Epidemiologia e autora de mais de 70 artigos científicos em revistas indexadas. Possui graduação em Farmácia-Bioquímica pela Universidade de São Paulo (USP), mestrado, doutorado e pós-doutorado em Psicobiologia pela Unifesp. Realizou doutoramento-sanduíche na Universidade Autônoma de Barcelona, em Antropologia Social e Cultural, e pós-doutorado no Departamento de Epidemiologia da Michigan State University, nos Estados Unidos, com cursos de epidemiologia e análise de dados realizados na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e Columbia University. É editora associada do periódico BMC Public Health, revisora de mais de 30 periódicos indexados e assessora ad-hoc de diversas agências de fomento à pesquisa.

DANIELA RIBEIRO SCHNEIDER

Professora Associada III do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga, Mestre em Educação (UFSC), Doutora em Psicologia Clínica (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP) e Pós-Doutora pela Universidade de Valência, na Espanha. Coordenadora do Grupo de Pesquisa do CNPq Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e Outras Drogas. Bolsista de produtividade em pesquisa 2 pelo CNPq.

RAQUEL TURCI PEDROSO

Docente dos cursos de Medicina e Psicologia das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (Faciplac). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB). Possui graduação em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e mestrado em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foi coordenadora geral dos programas “Prevenção”, implantados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Possui experiência em políticas públicas de Saúde e Educação, atuando no Ministério da Saúde nas áreas de gestão de políticas públicas de saúde e educação, metodologias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, defesa e garantia dos direitos de crianças, adolescentes e jovens, Rede de Atenção Psicossocial, gestão democrática e participativa, bioética e pesquisa em saúde.

SOBRE OS AUTORES: BREVE CURRÍCULO

ADRIANA SAÑUDO

Estatística e mestre em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora de Bioestatística na Graduação de Ciências Biológicas/Modalidade Médica e Medicina da Unifesp campus São Paulo, na qualidade de técnica de assuntos educacionais. Possui experiência em análises estatísticas para avaliação de programas de prevenção e em estudos epidemiológicos no campo do consumo de drogas.

ALINE GARCIA AVEIRO

Psicóloga formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Mestranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da USP e integrante do Núcleo Versos. Foi multiplicadora nacional e formadora nacional do Programa Jogo Elos, no período entre 2013 e 2015.

ALINE GODOY VIEIRA

Terapeuta ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP), doutoranda pela Escola de Enfermagem – USP – Departamento de Saúde Coletiva, especialização em Farmacodependências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Consultora em prevenção, pelo Programa Elos – Construindo Coletivos, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde. Supervisora clínica em TO e institucional em saúde.

ANA PAULA DIAS PEREIRA

Psicóloga, mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Possui também pós-graduação *lato sensu* em Psicologia Hospitalar pela Universidade de Santo Amaro. Pesquisadora na área de prevenção ao uso de drogas nas escolas. Professora de Metodologia Científica do Instituto São Paulo de Formação e Especialização Profissional – UNISÃO PAULO. Tem experiência em coordenação de cursos de pós-graduação *lato sensu* e em planejamento e supervisão da execução de projetos de pesquisa.

ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO

Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL), Especialista em Saúde Mental pela Universidade do Estado da Bahia (Uneb) e mestre em Políticas Sociais e Cidadania pela UCSAL. Doutoranda do programa de pós-graduação em Bioética, da Universidade de Brasília (UnB). Foi coordenadora-geral de Política de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social da Senad. Possui experiência na área de prevenção e tratamento em álcool e outras drogas, reinserção social de presos e egressos do sistema prisional e atenção integral ao portador do vírus HIV/aids.

CAMILA DE AQUINO MORAIS

Psicóloga pela Universidade de Fortaleza, terapeuta familiar e conjugal pelo Instituto da Família de Porto Alegre, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Atualmente, é professora do Centro Universitário de Brasília, supervisora da área clínica e psicossocial da clínica-escola do UniCeub, terapeuta individual, familiar/casal. Certificada pela Oxford Brookes University como formadora internacional do *Strengthening Families Programme 10-14 (UK)*, habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa.

CLARICE SANDI MADRUGA

Psicóloga, mestre em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mestre em Dependência Química pela Sussex University, doutora e pós-doutoranda em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo e Kings College London. Atualmente, é professora afiliada do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e orientadora de mestrado e doutorado no programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da mesma universidade. É pesquisadora associada do Kings College London e consultora na área de prevenção do Programa Redenção da Prefeitura de São Paulo.

CLARISSE MOREIRA ALÓ

Historiadora pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em História Social pela UnB com seminário em História da África pela Universidade de Lisboa. Certificada pela Oxford Brookes University como formadora Internacional do *Strengthening Families Programme* 10-14 (UK), habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa. Foi integrante da equipe federal de prevenção do Ministério da Saúde, na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e hoje ocupa a mesma posição de supervisora pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, no Ministério da Justiça.

DARLENE CARDOSO FERREIRA

Psicóloga e mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Atuou como formadora nacional do Programa Elos – Construindo Coletivos, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde.

FABÍOLA LANGARO

Psicóloga, mestre em Psicologia (UFSC), especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe, título de especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia. Atualmente é doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora dos cursos de Psicologia e Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala/Associação Catarinense de Ensino, de Joinville.

FLORA MOURA LORENZO

Psicóloga, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento, na linha de Pesquisa Análise Comportamental Aplicada – Universidade de Brasília. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, na linha de pesquisa em Análise do comportamento em organizações, trabalho e aprendizagem. Atua na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde, como supervisora Federal do Programa Elos – Construindo Coletivos, de prevenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas em escolas.

ERICKSON KASZUBOWSKI

Psicólogo, mestre em Psicologia (UFSC) e doutor em Psicologia (UFSC). Possui formação em Psicanálise pela Maiêutica – Florianópolis. Atualmente é professor da Universidade Federal da Fronteira Sul, em cursos de licenciatura e pós-graduação. Vinculado aos grupos de pesquisa do CNPq Língua(gem), discurso e subjetividade (UFFS) e Psicanálise, processos criativos e interações política (UFSC).

JOAMARA MOTA BORGES

Psicóloga pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, especialista em Psicologia Escolar e Educacional pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, terapeuta corporal Reichiana orientada para crianças e adolescentes. Mestre em Geografia pela Universidade de Brasília. Certificada pela Oxford, Brookes University como formadora Internacional do *Strengthening Families Programme 10-14* (UK), habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa. Os principais temas de estudo e atuação são: educação, prevenção em saúde mental e processos subjetivos no espaço geográfico.

JÚLIA DELL SOL PASSOS GUSMÕES

Bióloga pela Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Mestre e Doutoranda do programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Trabalhou em educação profissionalizante e ambiental junto a adolescentes e jovens adultos. Pesquisadora do grupo Epiprev do CNPq, na área de prevenção ao uso de drogas, participando da avaliação da efetividade do programa #Tamojunto.

JULIANA YURGEL VALENTE

Psicóloga, mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA e doutoranda do programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em psicoterapia da infância e da adolescência (Ceapia) e em Psicoterapia de Orientação Analítica para Adultos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/CELG). Especialista em Dependência Química pela Fundação de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Foi supervisora no serviço Ligue 132, vinculado à Secretaria Nacional de Políticas de Álcool e outras Drogas (Senad).

JULIANA SEIDL

Psicóloga pela Universidade de Brasília com mobilidade na Universidade McGill (Montreal), mestra em Psicologia do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Coimbra, com mobilidade na Universidade de Barcelona (Master WOP-P). Certificada pela Oxford Brookes University como formadora Internacional do *Strengthening Families Programme 10-14 (UK)*, habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa. Doutoranda do Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília (UnB).

LARISSA FERRAZ REIS

Psicóloga pela Universidade Salvador – Unifacs – Laureate International Universities. Mestre em Ciências pelo programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp. Pós-Graduação *lato sensu* em Psicologia Hospitalar pelo Instituto São Paulo de Formação e Especialização Profissional – UNISÃO PAULO. Pesquisadora do grupo Epiprev do CNPq, na área de prevenção ao uso de drogas, participando da avaliação da efetividade do programa #Tamojunto.

LORENA ALVES DE SOUZA ARAÚJO

Psicóloga pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Mestre pelo programa de pós-graduação em Psicologia Experimental, linha de pesquisa em Análise do Comportamento, da Universidade de São Paulo (USP). Atuou como formadora nacional do Programa Elos – Construindo Coletivos pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde.

MARIANA RUSSO VOYDEVILLE DAMASCENO

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialização em Educação Especial na Área de Altas Habilidades (APASHD). Formadora federal do Programa Famílias Fortes (PFF), atuou na adaptação cultural, implantação e revisão do programa original (The Strengthening Families Programme 10-14 UK) do Reino Unido para o Brasil. Certificada pela Oxford, Brookes University como formadora Internacional do Strengthening Families Programme 10-14 (UK), habilitada para oferecer formação de facilitadores do programa. Integrante do monitoramento dos programas de prevenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas em escolas e comunidade na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

MARINA PEDRALHO

Psicóloga e bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Capacitar. Integrou equipe de pesquisa de levantamento de necessidades para adaptação cultural do Strengthening Families Programme (SFP 10-14 UK), e a equipe do Ministério da Saúde, nos Programas Famílias Fortes e Elos, construindo coletivos. Endereço para o currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7804758179199656>>.

MICHAELA BATALHA JUHASOVA

Graduada em Estudos Internacionais e Diplomacia pela Universidade de Economia em Praga, República Tcheca. Mestre em Relações Internacionais pela Universidade Potsdam, Universidade Humboldt e Universidade Livre de Berlim, Alemanha. De 2013-2018 atuou como assessora da coordenação do Projeto 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. Atualmente, trabalha como assessora na área de Gerenciamento e Monitoramento de Projetos de Cooperação Técnica do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde.

MILENE STRELOW

Psicóloga, mestre em Psicologia (UFSC), professora de Psicologia da Uniasselvi, em Blumenau. Membro do grupo de pesquisa Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas, na Linha Perspectivas da Fenomenologia e Existencialismo sobre a Clínica Psicossocial e o Uso de Drogas.

POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS

Graduada em Serviço Social e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente, trabalha no Redes – articulações intersetoriais de políticas sobre drogas – Senad/MJ, em parceria com Fiocruz. Trabalhou no Ministério da Saúde na Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Tem experiência na área de Gestão Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, avaliação, política de saúde, álcool, fumo e outras drogas, e serviço social.

QUIRINO CORDEIRO

Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Residência em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde foi Preceptor da Graduação. Doutorado em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP. Especialização em Bioética e Medicina Legal pela Faculdade de Medicina da USP. Título de Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2.

REGINA ROCHA REYNALDO TIBÚRCIO

Psicóloga pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Mestre em Metodologia do Ensino da Língua Inglesa – Master of Arts Degree in TESOL, with emphasis in TESOL, New Mexico State University (2001). Atuou como formadora e multiplicadora nacional do Programa Elos – Construindo Coletivos pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde.

TAUANE PAULA GEHM

Psicóloga, mestre e doutoranda pela Universidade de São Paulo. Atua como pesquisadora na área da Psicologia do Desenvolvimento a partir do referencial da Análise do Comportamento. Foi multiplicadora nacional do Programa Jogo Elos, no período entre 2013 e 2014.

VIVIANE PAULA SANTOS ROCHA

Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Educação pela Universidad de Granada (Espanha). Supervisionou a adaptação, a implantação e a revisão do programa original (*The Strengthening Families Programme 10-14 UK*) do Reino Unido para o Brasil (2013 a 2015) pelo Ministério da Saúde. Atualmente, no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), compõe a equipe de gerenciamento do Acordo de Cooperação Internacional para consolidação do Programa Bolsa Família entre o Banco Mundial (Bird) e o MDS.

WANDERSON FLOR DO NASCIMENTO

Graduado, especialista e mestre em filosofia; doutor em bioética (UnB). Professor do programa de pós-graduação em Bioética e do Departamento de Filosofia da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Ministério da Saúde. Membro da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Colíder do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Gênero e Relações Raciais Audre Lorde (UFRPE/UnB/CNPq). Tem experiência na área de saúde da população negra, gestão de políticas públicas em gênero e raça, Bioética e formação docente.