



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TALLITA FRANDOLOSO

**AVALIAÇÃO DA FIDELIDADE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
PILOTO DO SISTEMA DE PREVENÇÃO COMUNIDADES QUE CUIDAM**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS, SC

2023

TALLITA FRANDOLOSO

**AVALIAÇÃO DA FIDELIDADE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
PILOTO DO SISTEMA DE PREVENÇÃO COMUNIDADES QUE CUIDAM**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS, SC
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Frاندoloso, Tallita

Avaliação da fidelidade do processo de implementação
piloto do sistema de prevenção comunidades que cuidam /
Tallita Frاندoloso ; orientadora, Daniela Ribeiro
Schneider , 2023.

137 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Ciência da Prevenção . 3. Ciência da
Implementação. 4. Intervenções Baseadas em Evidências. 5.
Fidelidade . I. , Daniela Ribeiro Schneider. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Psicologia. III. Título.

**Avaliação da fidelidade do processo de implementação piloto do sistema de prevenção
comunidades que cuidam**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 06 de fevereiro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Fernanda Machado Lopes, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^a Márcia Helena da Silva Melo, Dr^a.
Universidade de São Paulo (USP)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Psicologia.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof^a. Daniela Ribeiro Schneider, Dr^a.
Orientadora

Florianópolis, 2023

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo”.

Paulo Freire

Agradecimentos

À minha orientadora, a professora Daniela Ribeiro Schneider. Obrigada por tornar a minha experiência mais feliz e instigante. Estou sempre aprendendo com a sua autenticidade, inteligência e humildade. Você é uma referência de professora e pesquisadora.

Agradeço imensamente às professoras da banca, Fernanda Machado Lopes e Márcia Helena da Silva Melo. Obrigada pela compreensão, disponibilidade e contribuição com o meu processo de pesquisa. Também agradeço a disponibilidade das professoras Ivania Luna e Sheila Giardini Murta. É um privilégio ter a oportunidade de aprender com vocês!

À comunidade do Distrito de Santo Antônio de Lisboa, pelo acolhimento e cooperação.

Ao Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), por me acolher com tanto carinho, generosidade e alegria.

Ao Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e ao Prevention Education and Research in Latin America (PERLA), por todos os aprendizados.

À Charlene e Leila, minhas queridas colegas e amigas. Me faltam palavras para agradecer a relação afetuosa e respeitosa que construímos. Obrigada pela amizade e parceria durante todo o processo.

À todas as colegas de mestrado da área de concentração de Saúde e Desenvolvimento Psicológico. Sempre lembro de vocês com muito carinho.

Aos meus pais, que sempre fizeram o possível para que eu tivesse a oportunidade de estudar e escolher o meu próprio caminho.

À minha irmã, por ser o meu lugar seguro.

Ao Victor, meu grande companheiro de vida. Obrigada por estar sempre ao meu lado e suscitar o que há de melhor em mim.

Aos meus familiares e amigas (os), minha eterna gratidão. A vida faz mais sentido quando compartilhada com vocês.

Resumo

O Communities That Care (CTC) é um sistema preventivo baseado na comunidade, que visa apoiar o desenvolvimento social saudável de crianças e adolescentes, a partir da mobilização e capacitação de coalizões comunitárias para avaliar, planejar e implementar intervenções preventivas baseadas em evidências na comunidade. O sistema possui um histórico de implementações bem-sucedidas em diferentes comunidades e países e, atualmente, está passando pelo processo de adaptação cultural no Brasil, sendo nomeado Comunidades que Cuidam (CQC). Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a fidelidade do processo de implementação piloto, em uma das comunidades escolhidas para o seu estudo piloto no país. Trata-se de uma pesquisa de avaliação da implementação, de abordagem qualitativa, com delineamento de natureza exploratória e descritiva. Participaram da implementação três grupos: a) assistência técnica; b) conselho acadêmico; e, c) coalizão comunitária. Para o estudo, foram convidados um representante de cada grupo, resultando em três participantes. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: a) a análise documental, para descrever o processo de implementação; b) o checklist “Metas e Indicadores do CQC”, para verificar a conclusão das metas de cada etapa implementada; e, c) a entrevista semiestruturada, para identificar os principais desafios durante a implementação piloto. Para analisar os dados foram utilizadas análise descritiva, com auxílio do excel, e a Análise Temática. Os resultados indicaram que a implementação das etapas iniciais ocorreu durante a crise sanitária da COVID-19, levando ao atraso de algumas atividades. Até o momento, duas etapas foram implementadas, das cinco que estão previstas. Em relação à perspectiva dos participantes sobre a conclusão das metas e indicadores, verificou-se que a maioria das metas previstas na Etapa 1 foram concluídas, e, a Etapa 2, que está em andamento, teve a maioria das metas parcialmente concluídas. Sobre a fidelidade da implementação, identificou-se que os elementos centrais foram preservados nas duas primeiras etapas, mas existe a necessidade de monitorar as etapas seguintes para avaliar se o sistema será entregue conforme foi projetado, devido às adaptações culturais realizadas. As principais adaptações identificadas foram na entrega do treinamento e na quantidade de grupos de trabalho que compõem a estrutura da coalizão. Os principais desafios enfrentados para a implementação piloto durante as etapas iniciais foram divididos em três temas: a) contexto pandêmico; b) entrega do treinamento; e, c) coalizão comunitária. Verificou-se que o contexto pandêmico influenciou no atraso para a coleta dos dados sobre os fatores de risco e proteção dos jovens e na restrição das atividades presenciais com a coalizão comunitária. Além disso, a entrega dos treinamentos para a equipe local e para a comunidade precisou passar por uma transição do formato presencial e híbrido, para entrega no formato *online*. Por fim, verificou-se que a formação de uma coalizão comunitária foi um dos grandes desafios enfrentados nas etapas iniciais. A adaptação cultural do sistema CQC ao Brasil, apesar das barreiras enfrentadas, tem se mostrado uma iniciativa promissora para a constituição de uma alternativa consistente de prevenção comunitária no país.

Palavras-Chave: Communities That Care; Implementação; Adaptação Cultural; Intervenções Preventivas Baseadas em Evidências

Abstract

Communities that Care (CTC) is a community-based preventive system that aims to support the healthy social development of children and adolescents by mobilizing and empowering community coalitions to assess, plan and implement evidence-based preventive interventions in the community. The system has a history of successful implementations in different communities and countries and is currently going through a cultural adaptation process in Brazil, receiving the name Comunidades que Cuidam (CQC). This research aims to assess the fidelity of the pilot implementation process in one of the communities chosen for its pilot study in the country. This is an implementation evaluation research, with a qualitative approach, with an exploratory and descriptive design. Three groups participated in the implementation: a) technical assistance; b) academic board; and c) community coalition. A representative from each group was invited to the study, resulting in three participants. Three instruments were used to collect data: a) document analysis, to describe the implementation process; b) the “Milestones and Benchmarks” checklist, to verify the fulfillment of the goals of each stage implemented; and, c) and the semi-structured interview, to identify the main challenges during the pilot implementation. Descriptive analysis was used for data analysis, with the help of Excel and Thematic Analysis. The results indicated that the implementation of the initial stages occurred during the COVID-19 health crisis, leading to the delay of some activities. So far, two steps have been implemented out of the five planned. Regarding the participants' perspective on the achievement of goals and indicators, it was found that most of the goals set out in Step 1 were met, and Step 2 is in progress, with most of the goals partially met. As for the fidelity of the implementation, it was identified that the central elements were preserved in the first two stages, but there is a need for follow-up in the following stages to assess whether the system will be delivered as designed, due to the cultural adaptations made. The main adaptations identified were in the provision of training and the number of working groups that make up the coalition structure. The main challenges faced by implementing the pilot in the initial stages were divided into three themes: a) pandemic context; b) delivery of training; and c) community coalition. It was found that the pandemic context influenced the delay in collecting data on risk and protection factors for young people and the restriction of face-to-face activities with the community coalition. In addition, the delivery of training to the local team and the community had to undergo a transition from the face-to-face and hybrid format to delivery in an online format. Finally, it was found that the formation of a community coalition was one of the major challenges faced in the initial stages. The cultural adaptation of the CQC system to Brazil, despite the barriers faced, has proven to be a promising initiative for the establishment of a consistent alternative for community prevention in the country.

Keywords: Communities That Care; Implementation; Cultural Adaptation; Evidence-Based Preventive Interventions.

Resumen

Communities That Care (CTC) es un sistema preventivo basado en la comunidad que tiene como objetivo apoyar el desarrollo social saludable de niños y adolescentes mediante la movilización y el empoderamiento de coaliciones comunitarias para evaluar, planificar e implementar intervenciones preventivas basadas en evidencia en la comunidad. El sistema tiene una historia de implementaciones exitosas en diferentes comunidades y países y actualmente se encuentra en un proceso de adaptación cultural en Brasil, siendo denominado Comunidades que Cuidan (CQC). Esta investigación tiene como objetivo evaluar la fidelidad del proceso de implementación del piloto, en una de las comunidades elegidas para su estudio piloto en el país. Se trata de una investigación de evaluación de la implementación, con enfoque cualitativo, con diseño exploratorio y descriptivo. Tres grupos participaron en la implementación: a) asistencia técnica; b) consejo académico; y, c) coalición comunitaria. Para el estudio se invitó a un representante de cada grupo, resultando tres participantes. Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: a) análisis de documentos, para describir el proceso de implementación; b) la lista de verificación de “Metas e Indicadores de CQC”, para verificar el cumplimiento de las metas de cada etapa implementada; y, c) y la entrevista semiestructurada, para identificar los principales desafíos durante la implementación del piloto. Se utilizó análisis descriptivo para analizar los datos, con la ayuda de Excel y Análisis Temático. Los resultados indicaron que la implementación de las etapas iniciales se produjo durante la crisis sanitaria del COVID-19, lo que provocó el retraso de algunas actividades. Hasta el momento se han implementado dos etapas, de las cinco previstas. En cuanto a la perspectiva de los participantes sobre la conclusión de las metas e indicadores, se verificó que la mayoría de las metas previstas en el Paso 1 fueron cumplidas, y el Paso 2 está en proceso, con la mayoría de las metas parcialmente cumplidas. En cuanto a la fidelidad de la implementación, se identificó que los elementos centrales fueron preservados en las dos primeras etapas, pero existe la necesidad de monitorear las siguientes etapas para evaluar si el sistema será entregado como fue diseñado, debido a las adaptaciones culturales realizadas. Las principales adecuaciones identificadas fueron en la entrega de capacitaciones y el número de grupos de trabajo que conforman la estructura de la coalición. Los principales desafíos enfrentados para la implementación del piloto durante las etapas iniciales se dividieron en tres temas: a) contexto pandémico; b) impartición de formación; y c) coalición comunitaria. Se encontró que el contexto de pandemia influyó en la demora en la recolección de datos sobre factores de riesgo y protección para los jóvenes y la restricción de las actividades presenciales con la coalición comunitaria. Además, la entrega de capacitaciones al equipo local ya la comunidad tuvo que pasar por una transición del formato presencial e híbrido a la entrega en formato online. Finalmente, se verificó que la conformación de una coalición comunitaria fue uno de los grandes desafíos enfrentados en las etapas iniciales. La adaptación cultural del sistema CQC a Brasil, a pesar de las barreras enfrentadas, ha demostrado ser una iniciativa prometedora para el establecimiento de una alternativa consistente para la prevención comunitaria en el país.

Palabras clave: Comunidades que cuidan; Implementación; Adaptación Cultural; Intervenciones preventivas basadas en la evidencia.

Lista de Figuras

Figura 1 Sistema de Prevenção Comunidades que Cuidam	25
Figura 2 Estrutura operacional do CQC na comunidade pesquisada.....	30
Figura 3 Fluxograma da Pesquisa de Revisão Integrativa baseado no Modelo PRISMA.....	38
Figura 4 Síntese das atividades realizadas na etapa 1 do CQC na comunidade pesquisada... 61	
Figura 5 Análise de dados do Questionário para Informantes Chave da Comunidade no CQC na comunidade pesquisada.....	66
Figura 6 Síntese das atividades realizadas na etapa 2.....	70
Figura 7 Continuação das atividades realizadas na etapa 2	71
Figura 8 Análise de dados do Metas e Indicadores do CQC na comunidade pesquisada (etapa 1)	72
Figura 9 Metas previstas na etapa 1 da implantação do CQC na comunidade pesquisada	74
Figura 10 Análise de dados do Metas e Indicadores do CQC na comunidade pesquisada (etapa 2)	75
Figura 11 Metas previstas na etapa 2 da implantação do CQC na comunidade pesquisada ..	76
Figura 12 Temas da Análise Temática sobre a fidelidade do processo de implementação piloto	78
Figura 13 Temas da Análise Temática sobre os desafios do processo de implementação piloto do CQC.....	87

Lista de Tabelas

Tabela 1 Participantes do estudo.....	31
Tabela 2 Caracterização dos estudos sobre fidelidade do CTC encontrados na revisão integrativa	39
Tabela 3 Tabela instrumentos adaptados ao português do Brasil	57
Tabela 4 Tabela treinamentos adaptados ao português do Brasil	58
Tabela 5 Fases da Análise Temática sobre a fidelidade da implementação piloto do CQC...	77
Tabela 6 Fases da Análise Temática sobre os desafios do processo de implementação piloto do CQC	86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Da prevenção à ciência da prevenção: aspectos históricos e conceituais	17
3.2 Ciência da implementação	21
3.3 Avaliação da fidelidade do processo de implementação.....	22
3.4 Sistema de prevenção <i>Communities That Care</i> (CTC).....	24
4 MÉTODO	28
4.1 Caracterização do estudo.....	28
4.2 Caracterização do campo de estudo	29
4.3 Caracterização da intervenção.....	29
4.4 Participantes da Implementação	30
4.5 Participantes do estudo.....	31
4.6 Instrumentos, procedimentos e análise de dados	32
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
5.1 Avaliação da fidelidade da implementação do sistema de prevenção <i>Communities That Care</i> (CTC): uma revisão integrativa.....	37
5.1.1 Elementos centrais do CTC	40
5.1.2 Monitoramento e avaliação da fidelidade do CTC.....	44
5.1.3 Principais barreiras para a implementação do CTC	45
5.2 Descrição do processo de implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC: análise documental	57
5.3 Metas e Indicadores relacionados à implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC... 72	
5.3.1 Discussão sobre a fidelidade do processo de implementação piloto	77
5.3.2 Avaliação da implementação dos elementos centrais do CQC na comunidade pesquisada.....	78
5.3.3 Adaptações culturais realizadas no processo de implementação do CQC na comunidade brasileira pesquisada	82
5.4 Principais desafios para a implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC: análise das entrevistas.....	86

5.4.1 Contexto pandêmico	88
5.4.2 Entrega do treinamento	92
5.4.3 Coalizão comunitária	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
7 REFERÊNCIAS	102
8 ANEXOS	126
Anexo A – Metas e Indicadores do CQC	126
Anexo B- Roteiro de Entrevista	134

1 INTRODUÇÃO

A ciência da prevenção busca identificar os antecedentes que impactam a saúde e seus desdobramentos no comportamento, visando desenvolver e implementar intervenções preventivas baseadas em evidência. Propõe, assim, que os resultados negativos em saúde podem ser evitados ao reduzir ou eliminar os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção de indivíduos e ambientes, respeitando as diferentes etapas do ciclo de vida (Coie et al., 1993; Cordova et al., 2014; Sloboda & David, 2021).

São consideradas intervenções baseadas em evidência os programas, as práticas, as políticas e as diretrizes ou sistemas, com estudos de eficácia e efetividade (Rabin et al., 2008; Rohrbach, 2014). Sua formulação pode ser composta por um método único ou pela combinação de diferentes estratégias direcionadas a indivíduos, organizações e comunidades (Rohrbach, 2014). O modelo de intervenção mais amplo é chamado sistema de prevenção, definido como um conjunto integrado de componentes preventivos que são articulados e implementados, visando lidar com problemas sociais, tendo a comunidade interventiva como um elemento central (Brown et al., 2016; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015).

Pesquisas evidenciaram que intervenções preventivas, quando desenvolvidas sob os pressupostos da ciência da prevenção, contribuíram para diminuição de comportamentos de risco, como o uso de drogas e violência (National Research Council, 2009). Entretanto, constataram que o processo de implementação de intervenções em contextos sociais, como escolas e comunidades, muitas vezes, não haviam sido submetidas à avaliação, tinham pouca efetividade ou não eram implementadas com fidelidade (Hallfors & Godette, 2002; Moullin et al., 2019).

Segundo o último relatório da Organização Mundial da Saúde, uma intervenção de prevenção da saúde mental pode ser considerada funcional apenas se, pelo menos, duas das três características a seguir são atendidas: 1) recursos financeiros e humanos dedicados; 2) um

plano definido de implementação; e 3) evidência de progresso e/ou impacto (World Health Organization [WHO], 2021). No contexto brasileiro, as intervenções preventivas que atendem esses critérios ainda são consideradas incipientes. Os estudos predominantes são pré-experimentais e quasi-experimentais, com escassez de estudos sobre a avaliação de efetividade e difusão (Abreu et al., 2016, 2018; Santos & Murta, 2015; Pedroso et al., 2019).

Um campo que tem se dedicado a melhorar a qualidade das implementações e ampliar a disseminação de intervenções baseadas em evidência é a ciência da implementação (Brownson et al., 2017). Caracterizada como o estudo científico de métodos para diminuir a lacuna entre as descobertas científicas e sua incorporação na prática, e, portanto, aumentar a qualidade e a efetividade dos serviços e cuidados em saúde (Eccles & Mittman, 2006). As pesquisas de implementação são utilizadas para compreender *como* ocorre o processo de implementação e *porquê* as intervenções funcionam ou fracassam (Damschroder, 2020). Dentre elas, a avaliação de processo é indicada para conhecer as questões que envolvem a qualidade da implementação (Melo, 2022; Murta et al., 2015).

Este tipo de avaliação identifica os determinantes da implementação, ou seja, barreiras e facilitadores individuais, organizacionais e comunitários, que afetam a aceitação da intervenção (Bauer & Kirchner, 2020; Damschroder et al., 2009), além de fornecer estratégias, fornece estratégias que contribuem com a efetividade da implementação em diferentes cenários (Powell et al., 2017; Lane-Fall et al., 2019). Os desfechos da avaliação de processo são: a) aceitabilidade; b) adoção; c) adequação; d) custo; e) viabilidade; f) fidelidade; g) penetração; e h) sustentabilidade (Proctor et al., 2011).

Destes, o construto fidelidade, é entendido, por si só, como um fator determinante para a obtenção de bons resultados (Proctor et al., 2011). A avaliação da fidelidade responde se a intervenção foi implementada conforme o projetado pelos desenvolvedores e diminui a chance do pesquisador cometer um erro “tipo III”, que significa atribuir os resultados erroneamente

aos fundamentos conceituais e metodológicos da intervenção (Durlak & Dupre, 2008; Hansen, 2014; Proctor et al., 2011). Sem essa avaliação não é possível determinar que os resultados obtidos durante a implementação são inerentes à intervenção (Carroll et al., 2007).

Nesse cenário de implementação, o *Communities That Care* (CTC), criado pelos professores David Hawkins e Richard Catalano, da Universidade de Washington, tem se destacado pelos resultados de eficácia e efetividade para prevenção de uso indevido de drogas e comportamentos violentos, comprovados por ensaio comunitário randomizado e estudos quase-experimentais (Chilenski et al., 2019; Hawkins et al., 2002; Oesterle et al., 2018). O sistema possui uma trajetória com trinta anos de implementação nos EUA e já passou por diferentes processos de adaptação cultural, sendo implementado em países como: Canadá, Austrália, Suécia, Holanda Austrália, Alemanha, Croácia, Espanha, Guatemala, Honduras, El Salvador, Colômbia, Chile e México (Eisenberg et al., 2021; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015), e, atualmente, está passando pelo processo de adaptação no Brasil (Thurow, 2020), sendo nomeado como “Comunidades que Cuidam” (CQC).

Ao considerar a lacuna existente no Brasil de programas preventivos baseados em evidência, ainda mais quando se trata de pesquisas em âmbito comunitário, somado à crescente exigência das agências governamentais de saúde para a comprovação de evidências sobre as intervenções e tratamentos (Castro et al., 2010), é que foi formulado, a partir de um projeto interinstitucional entre o Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o Prevention Education and Research in Latin America (PERLA), Group at the Division of Prevention Science and Community Health, University of Miami, USA, o macroprojeto intitulado “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção Comunidades que Cuidam no Brasil”, do qual esta dissertação faz parte.

A implementação do sistema incorpora cinco etapas: 1) avaliar a prontidão da comunidade para implementar o sistema; 2) organizar e treinar a comunidade para utilizar sistema; 3) conduzir uma avaliação dos níveis de risco, proteção e resultados de saúde e comportamento da comunidade; 4) criar um plano de ação comunitário; e, 5) implementar o plano, monitorar e avaliar a implementação e os resultados do programa (Hawkins, Catalano et al., 2008; Quinby et al., 2008). Perseguir a execução dessas cinco etapas, com base na proposição dos desenvolvedores, seguindo critérios estabelecidos por estudos de validação da implementação do referido sistema (Quinby et al., 2008), é um dos grandes desafios das coalizões comunitárias.

Destarte, esta dissertação buscou responder ao seguinte problema de pesquisa: “Qual a fidelidade do processo de implementação em uma das comunidades escolhidas para o estudo piloto na adaptação cultural do Sistema de Prevenção “Comunidades que Cuidam” no Brasil?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a fidelidade do processo de implementação piloto do Sistema de Prevenção “Comunidades que Cuidam” em uma das comunidades escolhidas para o seu estudo piloto no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender o processo de implementação do CTC em diferentes países para subsidiar a adaptação cultural no Brasil
- Descrever o processo de implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas.
- Verificar a conclusão das metas e indicadores relacionados à implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas.
- Identificar os principais desafios para a implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Da prevenção à ciência da prevenção: aspectos históricos e conceituais

O conceito de prevenção em saúde mental e uso de drogas passou por diferentes reformulações desde a sua primeira proposta. Na literatura brasileira, alguns estudos podem ser acessados para compreender esses caminhos conceituais com maior detalhamento (ver Abreu et al., 2015; Abreu & Murta, 2018; Borges et al., 2018; Sanchez, 2014; Schneider, 2015).

A noção de prevenção passou a integrar o campo da saúde mental com a Psiquiatria Preventiva, desenvolvida por Caplan, que foi fortemente influenciada pelo modelo explicativo da História Natural da Doença, de Leavell e Clark (Caplan, 1980). A proposta dividiu a prevenção de transtornos psiquiátricos em três níveis (primária, secundária e terciária), considerando os estágios da patologia, conforme os pressupostos da saúde pública. A prevenção **primária** buscava atingir toda a população com o objetivo de diminuir a incidência dos transtornos psiquiátricos utilizando intervenções gerais. A prevenção **secundária** estava voltada para uma parte da população que apresentava sinais ou sintomas iniciais de transtornos, objetivando diminuir a sua prevalência, e a prevenção **terciária** estava direcionada para aqueles que apresentavam um transtorno diagnosticado, com intervenções que visavam reduzir os prejuízos causados pelo adoecimento (Murta et al., 2015; Schneider, 2015).

Esse modelo foi revisado por Gordon (1983), que classificou as intervenções preventivas com base na população-alvo. Nesse caso, a intervenção preventiva **universal** seria direcionada para toda a população; a prevenção **seletiva** para grupos da população que apresentavam fatores de risco (biológico, psicológico, ambiental ou social) para o desenvolvimento de problemas específicos; e a prevenção **indicada** para as pessoas que já apresentavam comportamentos de risco ou transtornos, visando diminuir os prejuízos. Nos diferentes níveis, as ações preventivas buscam fortalecer os fatores protetivos e diminuir os

fatores de risco ou vulnerabilidade para comportamentos prejudiciais à saúde, resultando na menor incidência e prevalência de problemas ou transtornos (Sanchez, 2014).

São considerados de risco, os fatores que estão associados a uma maior probabilidade de início, duração ou gravidade dos principais problemas de saúde. Enquanto os fatores de proteção estão associados a condições que melhoram a resistência do indivíduo aos fatores de risco e transtornos, por exemplo, fatores que alteram ou melhoram a resposta de uma predisposição ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os fatores de risco e de proteção podem ser individuais, familiares, socioeconômicos e ambientais, sendo que, a relação dinâmica entre os múltiplos fatores e sua interação com as situações que predisõem os indivíduos para o desenvolvimento saudável (Cordova et al., 2014).

Essa classificação, baseada no risco e exposição, foi bastante difundida no campo da prevenção à saúde mental e uso de drogas. Entretanto, também passou a ser criticada por manter suas ações pautadas num paradigma epidemiológico, focado na evitação de doenças e agravos. O movimento de pesquisadores da saúde coletiva, buscou diferenciar conceitualmente a prevenção e a promoção, argumentando que a primeira estava voltada ao comportamento do indivíduo, com foco no risco e na doença, já a segunda estaria partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença, voltada para os determinantes sociais (Czeresnia & Freitas 2009). Também difundiram a noção de vulnerabilidade, que abordou a interação entre os aspectos individuais, coletivos e sociais presentes no processo de saúde-doença-cuidado (Ayres et al., 2006).

Com a realização das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, esse movimento ganhou força e estimulou novos modelos para o cuidado em saúde. Os documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde passaram a orientar que as intervenções fossem direcionadas aos coletivos de indivíduos e ao ambiente, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento da capacidade dos

indivíduos e das comunidades (Buss, 2000; Czeresnia & Freitas, 2009). O modelo explicativo dos Determinantes Sociais em Saúde elaborado por Dahlgren e Whitehead, passou a integrar o desenvolvimento de intervenções e serviços de saúde, ao considerar que as condições de saúde das pessoas são interferidas por variáveis em diferentes níveis (proximais, intermediários e distais) (Mendes, 2011; Barletta, 2022).

Os determinantes proximais (microsociais) incluem características interpessoais e intrapessoais, como por exemplo, as características genéticas, o estilo de vida, as relações envolvendo grupo de pares, família, escola e comunidade. O nível intermediário (mesossociais) inclui determinantes como trabalho e renda, acesso à saúde, educação e saneamento básico, entre outros relacionados às condições de vida. Os fatores de risco e proteção distais (macrossociais) englobam os determinantes sociais, políticos, sociais, econômicos, ambientais, midiáticos e geracionais que impactam a saúde (Murta et al., 2022). Por compreender a saúde como resultado da dinâmica entre esses diferentes níveis, as ações passaram a integrar conceitos como redes de atenção, intersetorialidade, participação social, empoderamento, equidade, sustentabilidade, entre outros (Buss, 2000; Czeresnia & Freitas, 2009; Mendes, 2011)

As pesquisas sobre a etiologia dos problemas comportamentais, como uso de drogas, corroboram com o entendimento das causas multifatoriais, derivadas desses fatores que operam em diferentes níveis (Hawkins et al., 1992; EMCDDA, 2019). A partir disso, um modelo de prevenção mais integrativo e ecológico, foi proposto por Weisz e colaboradores (2005), que estabelece interfaces entre promoção, prevenção e tratamento. Os autores consideram todas as intervenções dentro de um mesmo contínuo, com sobreposição das intervenções, tornando-as complementares para aumentar a sua abrangência (Abreu et al., 2015). O uso das intervenções é definido pelos objetivos. Por exemplo, aumentar o escopo de habilidades dos indivíduos para resolução de problemas e adversidades deveria ser um objetivo da promoção em saúde. A

prevenção teria como objetivo aumentar os fatores protetivos e atenuar os riscos, considerando os diferentes níveis de exposição. Já o tratamento foi apresentado com uma subdivisão em serviços de terapia breve e longa duração (Weisz et al., 2005).

A construção de conhecimento no campo da promoção e prevenção, trouxe à tona complexidade de pensar e implementar ações preventivas eficazes, o que por sua vez, levou ao surgimento de uma nova ciência, intitulada **ciência da prevenção**. Nas últimas quatro décadas, esse campo transdisciplinar buscou estabelecer o diálogo entre diferentes disciplinas para atender aos desafios contemporâneos. Os paradigmas que embasam a ciência da prevenção foram construídos com base no conhecimento acerca do desenvolvimento humano e do ciclo de vida, da epidemiologia comunitária e pesquisas sobre a tradução, disseminação e implementação de métodos preventivos eficazes baseadas em evidências (Coie et al., 1993; Sloboda et al., 2019).

Entre os objetivos desse campo, os pesquisadores buscam identificar os fatores de risco e proteção de um problema ou transtorno e desenvolver intervenções para aumentar o engajamento de comportamentos saudáveis e diminuir as iniquidades em saúde (Cordova et al., 2014; Sloboda & David, 2021), promovendo pesquisas que têm contribuído para o desenvolvimento de intervenções preventivas eficazes e efetivas (UNODC, 2018; EMCDDA, 2019). Entretanto, apesar dos avanços na ciência da prevenção e sua aplicação a intervenções e práticas de prevenção baseadas em evidências, ainda é um desafio elucidar as questões referentes a sua implementação na prática (Melo, 2022; Simon & Burkhart, 2021). Esse desafio é ainda maior nos países de baixa e média renda, principalmente devido à falta de recursos (Catalano et al., 2012). Para diminuir a lacuna entre pesquisa e prática, emergiu a ciência da implementação (Livet et al., 2018).

3.2 Ciência da implementação

A ciência da implementação tem como objetivo estudar e testar métodos para disseminar amplamente as implementações em diversos ambientes, aumentando a incorporação sistemática das evidências científicas em práticas cotidianas (Eccles & Mittman, 2006; Elliott & Mihalic, 2004; Rubio et al., 2010). Durante a implementação de intervenções, os pesquisadores precisam direcionar a atenção sobre 'o que' deve ser implementado, 'como' as intervenções e suas atividades associadas serão realizadas e 'quem' deve realizar o trabalho de implementação (Barry et al., 2019). Esse processo é resultado de um ciclo de pesquisas.

Inicialmente, pesquisadores como Mrazek & Haggerty (1994) e Rohrbach (2014), apresentaram ciclos com etapas que estruturadas para acontecerem de modo subsequente, por exemplo, iniciando por estudos epidemiológicos, etiológicos, estudos de desenvolvimento, de eficácia, de efetividade, e posteriormente implementação e difusão. Esse passo a passo, trouxe a sistematização, mas manteve o intervalo de tempo entre as descobertas e a adoção da inovação. Com o avanço da ciência da implementação, surgiram alternativas para manter o pragmatismo e o rigor da ciência, mas aumentar a velocidade de tradução do conhecimento, considerando a sua adaptação e preocupação com o mundo real. Entre as diferentes teorias e modelos desenvolvidas até aqui, um guia para pesquisa de implementação em prevenção, apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), parece estar alinhado com as demandas atuais que exigem maior flexibilidade.

O documento apresenta um ciclo de pesquisa cíclico, onde a primeira etapa envolve o reconhecimento e o trabalho com as principais partes interessadas, a fim de definir a necessidade de saúde específica e, em seguida, identificar uma política ou intervenção apropriada para atender a essa necessidade. A segunda etapa é a adaptação da política selecionada ou intervenção no contexto local e realização de um teste piloto. A terceira etapa envolve a implementação da política ou intervenção adaptada e a quarta e última etapa é avaliar

se a política adaptada ou intervenção pode ser mais amplamente implementada ou ampliada e, em caso afirmativo, definir os recursos e etapas que serão necessárias para alcançar isso. Na prática, o caminho da seleção (etapa 1) até o aumento de escala (etapa 4) raramente é linear e costumam ocorrer interações e oscilações entre etapas do processo (World Health Organization [WHO], 2016).

Além disso, uma série de revisões sistemáticas foram realizadas para avançar na compreensão acerca do processo de implementação (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2005; Meyers et al., 2012). Dentre as descobertas, a qualidade da implementação foi apontada como um fator associado a desfechos positivos (Durlak, 2016). Entre os elementos que predizem a alta qualidade da implementação, foram identificados a clareza do desenho da intervenção, as instruções baseadas em manuais, o treinamento, o monitoramento e a melhoria da qualidade (Durlak & DuPre, 2008).

Para acompanhar e avaliar a interação dessas dimensões que compõem a implementação, o campo da ciência da prevenção em saúde, destaca a relevância da avaliação, que se dá em dois níveis: a) avaliação do processo de implementação; b) avaliação de resultados (Murta et al., 2015; Sloboda et al., 2019). Para explicar ‘como’ e o ‘porquê’ uma intervenção foi bem-sucedida ou fracassou, os pesquisadores realizam uma avaliação do processo (McDavid et al., 2018). Entre os desfechos investigados na avaliação de processo está a fidelidade da implementação (Proctor et al., 2011).

3.3 Avaliação da fidelidade do processo de implementação

O construto fidelidade é definido como o grau em que os programas são implementados conforme projetado pelos seus desenvolvedores e sua avaliação diminui a chance do pesquisador cometer um erro “tipo III”, que significa atribuir os resultados erroneamente aos fundamentos conceituais e metodológicos da intervenção (McDavid et al., 2018; Proctor et al., 2011). Tem como objetivo identificar o que foi alterado na implementação e como essas

mudanças impactaram os resultados, auxiliando no refinamento das intervenções e na verificação da sua viabilidade, ou seja, se a intervenção produz os efeitos desejados quando implementada com altos níveis de fidelidade (Hansen, 2014).

A literatura apresenta um consenso sobre os elementos que compõem a fidelidade, sendo eles: a) a adesão a uma intervenção; b) exposição ou dose; c) qualidade de entrega; d) responsividade do participante; e d) diferenciação do programa ou elementos centrais da intervenção (Blakely et al., 1987; Dane & Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003; Hansen, 2014; Elliot & Mihalic, 2004). Conforme os autores, a adesão é um construto que representa se a implementação da intervenção (serviço ou programa específico) está sendo entregue conforme projetado. A exposição ou dose, significa a quantidade de conteúdo do programa entregue aos participantes (exemplo: número de sessões concluídas e sua duração) conforme previsto na intervenção original. A qualidade da entrega está atrelada a maneira que ocorreu a entrega do programa. A responsividade dos participantes é vista como a capacidade de resposta ou engajamento, ou seja, até que ponto os participantes respondem ou são envolvidos com o programa. Por fim, a diferenciação do programa está relacionada com a identificação das características essenciais, sem as quais o programa não teria o efeito esperado.

Entretanto, os pesquisadores divergem em relação a sua avaliação. Dane e Schneider (1998) avaliaram a necessidade de medir os cinco elementos para capturar uma visão mais completa do processo. Dusenbury e colaboradores (2003) indicaram que cada um desses cinco elementos representa uma forma alternativa de medir a fidelidade, nesse caso, a avaliação poderia ser feita usando uma das cinco dimensões ou mais, não necessariamente todas. Corroborando com essa perspectiva, Carrol e colaboradores (2007) sugeriram que a fidelidade pode ser medida pela adesão aos elementos centrais da intervenção. Enfatizaram, portanto, que os desenvolvedores identifiquem e descrevam os componentes ou combinação de componentes centrais para garantir a implementação em diferentes locais. Durlak (2016) estabeleceu que a

fidelidade pode ser entendida como o grau em que os principais componentes (elementos centrais) do programa foram entregues fielmente.

Esta última definição se aproxima da tentativa de diminuir o desafio entre manter a fidelidade e realizar adaptações. A adaptação cultural é um processo que visa garantir que os programas respondam às necessidades culturais e contextuais da comunidade onde está sendo implementada, adequando-se para um novo público-alvo e seus aspectos culturais, como os valores, significados, padrões e linguagem. Precisa ser realizada de modo sistemático e dinâmico para assegurar a fidelidade dos elementos centrais da versão original, ao mesmo tempo que adicionam conteúdos a versão adaptada (Castro et al., 2010; Falicov, 2009).

3.4 Sistema de prevenção *Communities That Care* (CTC)

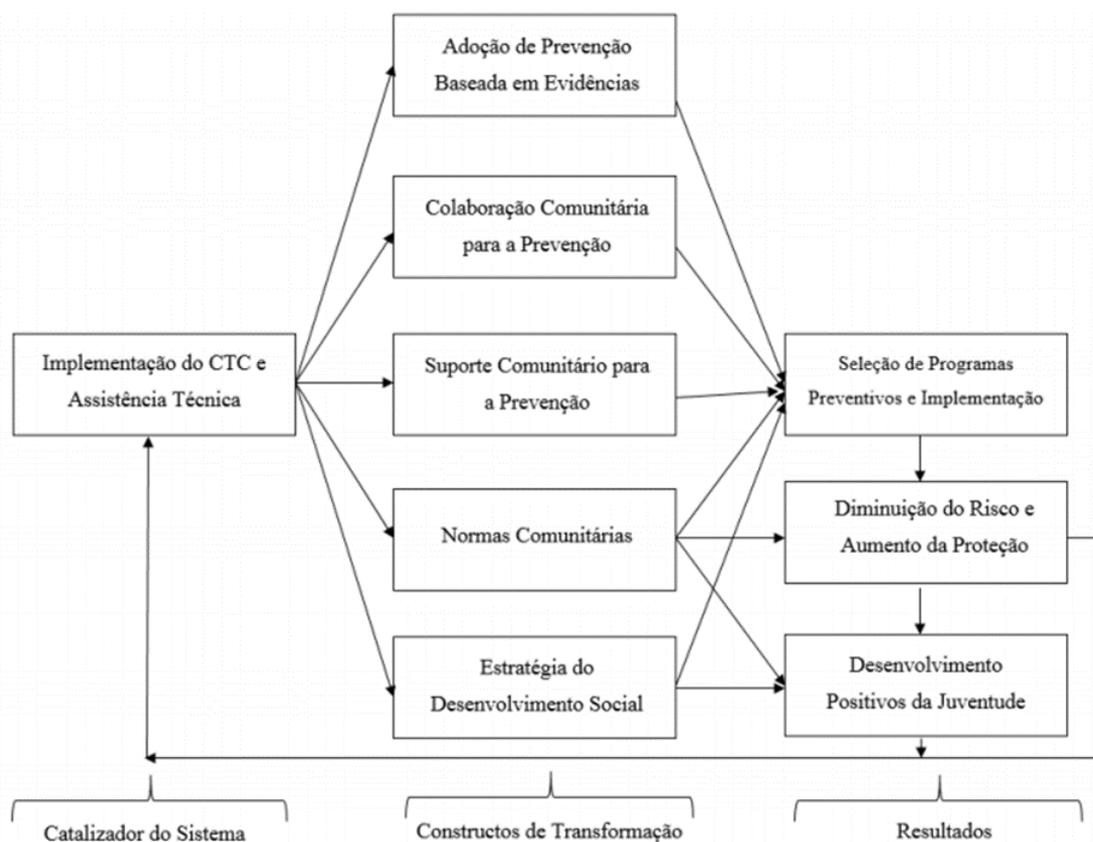
O CTC é um sistema operacional (Figura 2) que visa mobilizar as partes interessadas da comunidade a colaborar no desenvolvimento e na implementação de intervenções preventivas baseadas em evidências (Hawkins, Catalano et al., 2008, 2009). Oferece uma estrutura de planejamento baseado na comunidade, com o objetivo de auxiliá-la a identificar, priorizar e abordar os fatores de risco e proteção para reduzir o comportamento de risco entre os jovens (Hawkins et al., 2002).

Desde o início de seu desenvolvimento, estudos quasi-experimentais e experimentais sobre a implementação do CTC encontraram evidências de que o sistema ajudou as comunidades a desenvolverem intervenções preventivas mais eficazes e a reduzir os problemas de saúde e comportamento dos adolescentes (Arthur et al., 2002; Feinberg et al., 2008). Um dos principais estudos foi o *Community Youth Development Study* (CYDS). O primeiro ensaio clínico randomizado longitudinal realizado entre 2002 e 2008 (fase de implementação) e 2009 e 2017 (fase de sustentabilidade), identificou a diminuição do início do uso de álcool e tabaco, assim como, a diminuição do início de envolvimento com crimes entre os jovens das comunidades que haviam implementado o CTC (Brown et al., 2009; Hawkins, Catalano et al.,

2008). Posteriormente, um novo estudo desenvolvido por Fagan e colaboradores (2019) identificou que os resultados positivos permaneceram.

Figura 1

Sistema de Prevenção Comunidades que Cuidam.



Nota. Figura adaptada: Brown et al. (2011).

O sistema abarca conceitos da ciência da prevenção, adota uma abordagem de saúde pública e de mobilizações comunitárias. Parte do pressuposto que a redução da prevalência de problemas de saúde e comportamentos entre os jovens de uma comunidade podem ser alcançados quando as coalizões comunitárias intervêm nos fatores de risco elevados e nos fatores de proteção deprimidos (Brown et al., 2011; Shapiro et al., 2015). A coalizão comunitária possui um papel central para o andamento do sistema, pois ela é construída por pessoas da própria comunidade envolvendo lideranças comunitárias e representantes de diferentes setores (saúde, educação, assistência social, segurança pública, etc.) (Brown, 2016).

Enquanto estratégias para obter mudanças de comportamento, o CTC utiliza o modelo do desenvolvimento social (Catalano & Hawkins, 1996). Esse modelo teórico propõe que os vínculos com grupos e indivíduos e a existência de padrões claros para um comportamento saudável são fatores de proteção que inibem o desenvolvimento de comportamentos problemáticos. O vínculo é criado quando as pessoas têm oportunidades para se envolver em grupos sociais (comunidade, família ou escola), quando desenvolvem as habilidades necessárias para participar desses grupos sociais e quando são reconhecidas por suas contribuições para o grupo (Catalano & Hawkins, 1996; Hawkins, Catalano et al., 2008).

O CTC oferece treinamentos e assistência técnica, para auxiliar na mobilização de uma coalizão comunitária comprometida com o uso de estratégias preventivas baseadas em evidência (Hawkins, Brown et al., 2008). Os treinamentos fornecem ferramentas técnicas para a coalizão identificar os fatores de risco e de proteção à saúde e utilizar essas informações para escolher e implementar com fidelidade as intervenções testadas e eficazes que contemplem as demandas identificadas pela comunidade (Hawkins, 2006; Hawkins, Brown et al., 2008).

A implementação do sistema acontece em cinco etapas. Primeiro acontece a identificação dos líderes chave e organizações comunitárias, assim como, a avaliação da prontidão comunitária que envolve a compreensão sobre as características que influenciam o processo de mobilização. O segundo passo é apresentar o CTC para a comunidade, por meio do treinamento “*Key Leader Orientation*”, oferecido para as principais lideranças comunitárias que foram identificadas na etapa anterior. O treinamento apresenta as funções e responsabilidades dos líderes chave e da coalizão comunitária. Os principais líderes chave são identificados e convidados a participar da coalizão. Aqueles que aceitaram compor a coalizão comunitária recebem o treinamento “*Community Board Orientation*”, previsto para ser realizado em dois dias. Na terceira etapa, a coalizão realiza a avaliação dos fatores de risco e proteção da comunidade, aplicando o instrumento “*Communities That Care Youth*”. Durante

esse processo, recebem treinamentos e assistência técnica para interpretar os dados, identificar os recursos comunitários disponíveis e priorizar fatores para direcionar as ações (Jonkman, 2015).

O quarto passo é desenvolver um plano de ação comunitário, utilizando as intervenções preventivas baseadas em evidência disponíveis. A coalizão recebe treinamento para definir objetivos mensuráveis com relação à redução de fatores de risco priorizados e aumento de fatores de proteção para posteriormente escolher a intervenção. Por fim, na última etapa as intervenções preventivas escolhidas são implementadas e a qualidade da implementação é monitorada pela coalizão comunitária. Na etapa 5, os treinamentos objetivam, entre outras questões, promover habilidades e ferramentas para auxiliar a coalizão a monitorar os resultados, reavaliar o plano de ação e alcançar a sustentabilidade dos desfechos positivos (Jonkman, 2015).

4 MÉTODO

Este projeto compõe uma pesquisa maior denominada “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”, cujo objetivo é realizar a sua adaptação cultural à realidade brasileira. Este é um projeto de colaboração interinstitucional entre o Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (PSICLIN), Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Prevention Education and Research in Latin America (PERLA) da University of Miami.

4.1 Caracterização do estudo

Quanto aos objetivos, este estudo se caracteriza como uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva. Exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema e, assim, torná-lo mais explícito e construir hipóteses, contribuindo com o aprimoramento do conhecimento sobre o tema (Gil, 2008). Descritiva, pois tem como objetivo central a descrição das características de um fenômeno, no caso a fidelidade da implementação piloto do CQC (Gil, 2008).

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa se define como um estudo de campo, na medida em que procura o aprofundamento de uma realidade específica. Foi realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do ocorrido naquela realidade, conforme discutido por Gil (2008).

Enquanto abordagem é uma pesquisa de avaliação da implementação, de abordagem qualitativa (McDavid et al., 2018). Por se tratar de uma implementação piloto, a escolha pela abordagem qualitativa se deu pela possibilidade de entender como aconteceu o processo de implementação na perspectiva dos diferentes participantes envolvidos. O método qualitativo é

útil durante as avaliações, porque conta a história do programa, capturando e comunicando os sentidos atribuídos às experiências a percepção dos participantes (Patton, 2014).

4.2 Caracterização do campo de estudo

A comunidade selecionada para implementação piloto em Santa Catarina foi o Distrito de Santo Antônio de Lisboa, no município de Florianópolis/SC, localizado no norte da Ilha de Santa Catarina, conta 22,45 km de área e tem uma população de aproximadamente 5.367 mil habitantes. A região possui cultura açoriana, com atividades econômicas majoritariamente voltadas à pesca artesanal, maricultura, gastronomia, artesanato local e turismo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2000).

4.3 Caracterização da intervenção

A implementação do sistema CTC acontece em cinco etapas, que devem ser conduzidas pela coalizão comunitária, com o apoio de instituições parceiras e de ensino (conselho acadêmico e assistência técnica), envolvendo os treinamentos e suporte (Hawkins et al., 2002). A implementação piloto do sistema no Distrito de Santo Antônio de Lisboa está em andamento. Para fins desta pesquisa, foram avaliadas as duas primeiras etapas. Cada etapa, possui atividades específicas para serem realizadas (Corrêa, 2014; Hawkins et al., 2002), sendo elas:

Etapa 1 - Os líderes chave da comunidade são identificados e convidados para mediar o processo. Nesta etapa, ocorre a preparação para receber a intervenção e a avaliação da comunidade em sua prontidão para mudança.

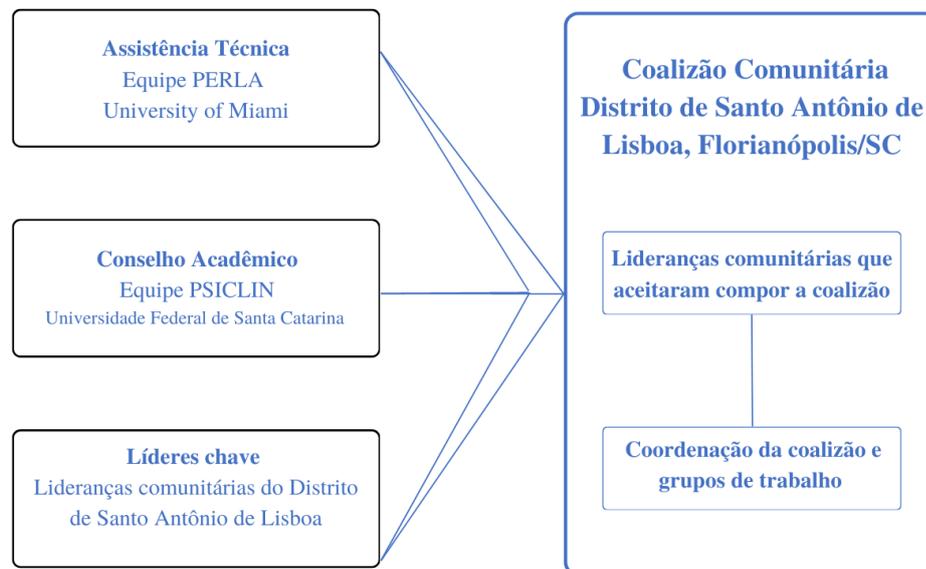
Etapa 2 - Os principais líderes chave devem ser identificados e convidados a compor a coalizão comunitária e recebem uma série de sessões de treinamento sobre a ciência da prevenção, os elementos centrais do CTC e funções da coalizão comunitária. A coalizão comunitária deve se organizar em grupos de trabalho para conduzir o andamento da implementação nas próximas etapas.

4.4 Participantes da Implementação

Conforme as diretrizes da versão original CTC, uma estrutura operacional deve ser organizada para implementar o sistema. Nesta implementação piloto, a estrutura foi organizada conforme a Figura 1.

Figura 2

Estrutura operacional do CQC na comunidade pesquisada



Cada grupo dessa estrutura possui papéis e responsabilidades. A assistência técnica ficou sob a responsabilidade da equipe PERLA, da University of Miami. Os participantes desse grupo foram: um pesquisador responsável, um facilitador (responsável pela realização dos treinamentos), ambos especialistas no CTC, e uma assistente de pesquisa.

O conselho acadêmico foi composto pela equipe do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que assumiu a responsabilidade de conduzir a implementação local. Cinco integrantes compuseram essa equipe.

Os líderes chave são conhecidos como lideranças comunitárias, ou seja, pessoas da comunidade que controlam recursos, afetam políticas e/ou influenciam a opinião pública. No Distrito de Santo Antônio de Lisboa, o grupo de líderes chave foi formado por trinta e sete pessoas. Destas, doze pessoas compuseram a coalizão comunitária, caracterizada por ser o grupo de lideranças comunitárias comprometidas com a visão compartilhada do sistema CTC, responsáveis pelas tomadas de decisão e por realizar o trabalho prático para que a implementação consiga avançar. Os participantes da coalizão comunitária foram divididos em quatro grupos de trabalho e uma liderança foi contratada para ser a coordenadora da coalizão.

4.5 Participantes do estudo

Os participantes foram selecionados através de amostragem não-probabilística por conveniência. Conforme Breakwell e colaboradores (2010), a amostragem por conveniência envolve selecionar os participantes com base em sua disponibilidade e proximidade com o problema de pesquisa. O processo de implementação da etapa 1 e 2, envolveu a participação ativa de três principais grupos: a) assistência técnica, b) conselho acadêmico e c) coalizão comunitária. Por se tratar de uma implementação piloto optou-se por convidar os participantes que tiveram maior envolvimento com as principais atividades realizadas na Etapa 1 e 2, exposto na Tabela 1.

Tabela 1

Participantes do estudo

ID	Grupo do participante	Função
E1	Assistência técnica	Facilitador dos treinamentos
E2	Conselho Acadêmico	Pesquisadora e integrante da

4.6 Instrumentos, procedimentos e análise de dados

Para atingir o **objetivo nº1**: “compreender o processo de implementação do CTC em diferentes países para subsidiar a adaptação cultural no Brasil”, foi realizada uma revisão integrativa. A revisão integrativa permite a compreensão ampliada do fenômeno por permitir a inclusão de estudos empíricos e teóricos, fornecendo uma síntese dos achados sobre a questão investigada (Whittemore & Knafl, 2005). A busca foi realizada nas bases de dados eletrônica: Pubmed, Web of Science, Scopus, PsycInfo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi baseada na articulação entre os seguintes indexadores: ("Communities That Care" OR “CTC”) AND (fidelity OR implementation).

Foram incluídos estudos empíricos de qualquer natureza e estudos teóricos, publicados no período de 2002 a 2021, sem restrição de idioma. Foram considerados critérios de exclusão: a) estudos que envolviam sistemas de prevenção e intervenções comunitárias, mas não eram do CTC; b) estudos que não contemplavam a avaliação do processo de implementação ou adaptação cultural do CTC. As referências encontradas foram importadas para o Endnote, onde ocorreu a verificação e exclusão de duplicadas. Para aplicação dos ritérios de elegibilidade e seleção dos estudos, foi utilizado o Rayyan (Ouzzani et al., 2016).

Para responder o **objetivo nº 2**: “descrever o processo de implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas”, foi realizada uma análise documental. Os documentos que compuseram a análise foram: a) relatórios organizacionais realizados pelo conselho acadêmico entre 2020 e 2022; b) atas das reuniões com a coalizão comunitária realizadas pela coordenadora da coalizão entre 2021 e 2022; c) listas de presença realizada pela coordenadora da coalizão entre 2021 e 2022; d) materiais dos treinamentos realizados pela assistência técnica

entre 2021 e 2022; e) atas das reuniões de planejamento estratégico realizadas pelo conselho acadêmico entre 2021 e 2022 e f) outros documentos oficiais do *Communities That Care (CTC)*.

Os documentos da assistência técnica e do conselho acadêmico (PSICLIN) estiveram disponíveis para a pesquisadora durante todo o processo de implementação. O arquivo compartilhado via *Google Drive* era atualizado constantemente após a realização das atividades (por exemplo, listas de presença, atas, materiais dos treinamentos, dados coletados, etc.). Os documentos da coalizão comunitária (por exemplo, atividades dos treinamentos, informações sobre a comunidade, etc) estavam disponibilizados em um arquivo compartilhado entre os membros da coalizão e conselho acadêmico. As atas dos encontros foram realizadas pela foram documentadas pela coordenadora da coalizão.

Para estabelecer uma sistematização, a primeira leitura do material teve como objetivo identificar informações referentes às atividades da implementação. Os conteúdos selecionados foram encaminhados para o *excel*. O documento inicial foi dividido em três colunas: a) assistência técnica, b) conselho acadêmico (PSICLIN) e c) coalizão comunitária. A segunda leitura dos materiais buscou identificar a ordem cronológica dos acontecimentos e os principais atores envolvidos. Num terceiro momento, foi realizada uma síntese descritiva dos dados, e, por fim, foi construída uma figura ilustrativa do processo de implementação piloto.

Para responder o **objetivo nº3**: “verificar a conclusão das metas e indicadores relacionados à implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas”, foi utilizado o *checklist* “Metas e Indicadores da Implementação do CQC” (Anexo A). Tal instrumento é resultado da tradução do *Milestones and Benchmarks*, descrito na literatura como o principal instrumento utilizado para o monitoramento e avaliação da fidelidade da implementação do CTC (Jonkman et al., 2009; 2015; Salazar et al., 2019). O material adaptado pela assistência técnica foi revisado pela equipe PSICLIN para verificar se a linguagem estava adequada e

compreensível. Não foram realizadas alterações nos conteúdos das perguntas, pois avaliou-se que a tradução estava adequada à realidade brasileira. O tempo aproximado para o preenchimento das duas etapas foi de 90 minutos.

O *checklist* já havia sido apresentado para todos os participantes durante o treinamento “Orientações das Equipes de Implementação”. Por ser autoaplicado, o “Metas e Indicadores do CQC” foi encaminhado para preenchimento individual, via e-mail, em outubro de 2022, período em que a Etapa 2 estava em processo de finalização. Os participantes foram instruídos de que as respostas deveriam considerar apenas a implementação piloto do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. Foram orientados a preencher apenas as perguntas da Etapa 1 e 2. Para definir a resposta que seria preenchida, foram instruídos a considerar a escala de 1 a 4 para avaliar o quão completa está a implementação de cada indicador e o seu nível de dificuldade. Em termos dos níveis de conclusão, considerou-se o número (1) para recém iniciado, (2) algo alcançado, (3) a maioria alcançada e (4) totalmente alcançado. Em relação ao nível de dificuldade: (1) para nada desafiador, (2) um pouco de desafiador, (3) bem desafiador e (4) muito desafiador. No lado direito das respostas havia um espaço para descrição de observações qualitativas. Em caso de dúvidas ou dificuldades, os participantes foram orientados a realizar contato com a pesquisadora a qualquer momento.

As respostas do Metas e Indicadores foram analisadas com auxílio do *excel*. O preenchimento do *checklist* de cada participante resultou em dois pontos de análise: a) percentual do nível de conclusão e b) percentual do nível de desafio. O resultado final do nível de conclusão e nível de desafio foi calculado considerando a média das respostas dos três participantes.

Para atingir o **objetivo nº4**: “identificar os principais desafios para a implementação piloto do CQC, em suas duas primeiras etapas”, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista pode ser caracterizada como uma forma de interação social, representada por um

diálogo onde o pesquisador busca coletar os dados e o entrevistado se apresenta como fonte de informações. A interação durante a entrevista possibilita o aprofundamento dos dados apresentados pelo entrevistado (Gil, 2008; Flick, 2013).

O convite e a participação dos entrevistados foram confirmadas através de e-mail e contato prévio por vídeo chamada. As entrevistas foram agendadas via e-mail, considerando a disponibilidade dos participantes. Todos foram entrevistados de forma individual, em dezembro de 2022, período em que foi realizada a última reunião de planejamento. As entrevistas aconteceram na modalidade on-line, com duração de aproximadamente 60 minutos, através da plataforma *Zoom*. O início da gravação se deu após a autorização dos participantes. Depois de apresentar o objetivo da pesquisa, foram realizadas as perguntas conforme roteiro semi-estruturado (Anexo B). As entrevistas foram gravadas e, no dia seguinte, foram transcritas para análise e sistematização dos dados.

Os dados foram analisados sob a perspectiva da Análise Temática (Braun & Clarke, 2006). Nesta proposta, as entrevistas são avaliadas sistematicamente, codificadas e agrupadas em temas. O processo envolve seis fases de análise crítica dos dados: a) familiarização com os dados; b) geração dos primeiros códigos; c) busca por temas; d) revisão dos temas; e) definição e nomeação dos temas; f) produção do relatório (Braun & Clarke, 2006, 2019). Os conteúdos organizados e analisados no *excel*.

Na familiarização com os dados, ocorreu um processo de leitura ativa. Os trechos relacionados às perguntas de pesquisa foram marcados com códigos provisórios. A segunda fase envolve a geração dos códigos iniciais, a partir da leitura dos trechos destacados na fase 1. Com a releitura, os códigos são revisados, modificados ou novos códigos são criados. Nesse momento, é esperado que os códigos resultem em categorias preliminares e amplas. Durante a terceira fase acontece a busca por temas específicos, mais direcionados e focados para responder às perguntas de pesquisa. Os temas são revisados na quarta fase, onde acontece um

refinamento, uma consulta de frequência e verificação do significado e do contexto dos trechos marcados. Aqui, pode ocorrer o desdobramento de alguns temas devido a amplitude dos significados ou a inclusão dos códigos em temas já existentes que são mais adequados. Na quinta fase ocorre a definição e nomeação final dos temas, de modo conciso, claro e em poucas linhas (Braun & Clarke, 2006).

Esta pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do protocolo Sigpex número 202018046 e do CAAE número 50477321.3.0000.0121. Todos os aspectos éticos foram respeitados, incluindo a conformidade com a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será dividida em quatro seções: primeiro será apresentado o estado da arte sobre a avaliação da fidelidade da implementação do sistema de prevenção *Communities That Care* (CTC), resultado da revisão integrativa. Na sequência, será realizada a descrição do processo de implementação de cada etapa, resultado da análise documental. Durante a terceira seção, serão apresentados os resultados da análise descritiva do *checklist* Metas e Indicadores, que informam a percepção dos participantes sobre o nível de conclusão e de desafio para a implementação piloto da Etapa 1 e 2. Por fim, serão apresentados os resultados da análise temática das entrevistas que buscaram entender a percepção dos participantes sobre os principais desafios para o processo de implementação piloto da Etapa 1 e 2 do CQC. A sigla CTC foi utilizada para referir a versão original do sistema e a sigla CQC utilizada para referência da implementação piloto da adaptação cultural ao Brasil.

5.1 Avaliação da fidelidade da implementação do sistema de prevenção *Communities*

***That Care* (CTC): uma revisão integrativa**

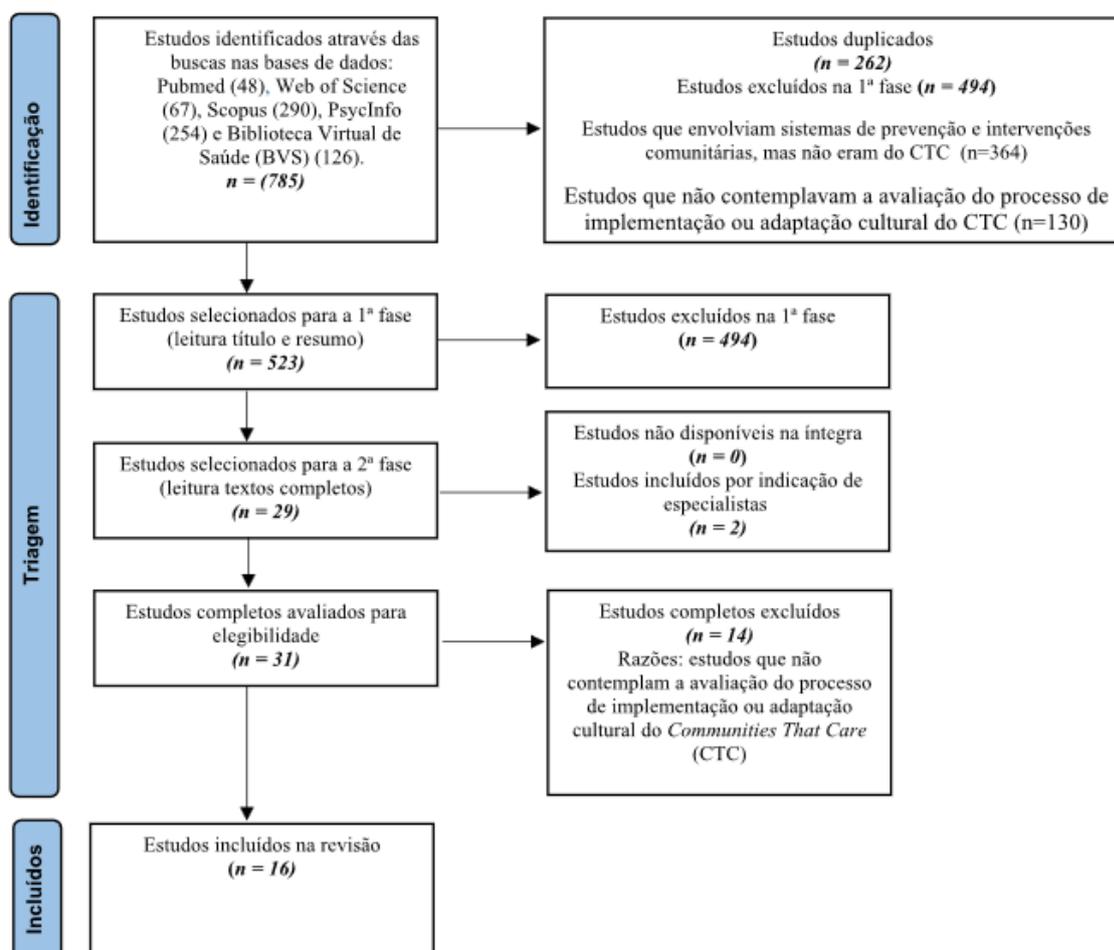
Trata-se de uma revisão integrativa, método utilizado para revisar de forma crítica e sintetizar a literatura representativa sobre um tópico (Torraco, 2005). A pergunta que orientou esta revisão foi: “Qual é o conhecimento existente sobre a fidelidade de implementação do *Communities That Care* (CTC) em diferentes comunidades e países?”.

Foram incluídos estudos empíricos de qualquer natureza e estudos teóricos, publicados no período de 2002 a 2021, sem restrição de idioma. Foram considerados critérios de exclusão: a) estudos que envolviam sistemas de prevenção e intervenções comunitárias, mas não eram do CTC; b) estudos que não contemplavam a avaliação do processo de implementação ou adaptação cultural do CTC. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônica: Pubmed, Web of Science, Scopus, PsycInfo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi baseada na articulação entre os seguintes indexadores: ("Communities That Care" OR "CTC") AND (fidelity OR implementation). As referências encontradas foram importadas para o Endnote, onde ocorreu a verificação e exclusão de duplicadas. Para aplicação dos critérios de elegibilidade e seleção dos estudos, foi utilizado o Rayyan (Ouzzani et al., 2016).

Conforme exposto na Figura 3, a busca inicial realizada em fevereiro de 2022, resultou em 785 estudos identificados, dentre os quais 262 estavam duplicados, resultando em 523 para leitura de títulos e resumos. Deste processo resultaram 29 selecionados para leitura na íntegra e outros 2 estudos indicados por especialista, totalizando 31 estudos. Após a leitura com aplicação dos critérios de exclusão, 16 estudos foram escolhidos para extração e análise de dados.

Figura 3

Fluxograma da Pesquisa de Revisão Integrativa baseado no Modelo PRISMA



A maioria dos estudos possui abordagem quantitativa ou mista, com delineamento experimental ou quasi-experimental, do tipo longitudinal, publicados entre 2005 e 2021, conforme exposto na Tabela 2. Dentre eles, estudos de implementação (n=8) e adaptação cultural (n=8), realizados nos Estados Unidos (n = 9), Holanda (n=2), Colômbia (n=2), Chile (n=1), México (n=1) e Reino Unido (n=1). Após análise, foram formuladas três categorias para discussão: a) elementos centrais do CTC; b) monitoramento e avaliação da fidelidade do CTC; e c) principais barreiras para a implementação do CTC.

Tabela 2*Caracterização dos estudos sobre fidelidade do CTC encontrados na revisão integrativa*

ID	Autores	Título	Delineamento
1	Arthur et al. (2010)	Implementation of the Communities That Care prevention system by coalitions in the Community Youth Development Study	Quantitativo, experimental e longitudinal.
2	Brady et al. (2018)	Implementing the Communities That Care Prevention System: challenges, solutions, and opportunities in an urban setting.	Quantitativo, quasi-experimental e longitudinal.
3	Brown et al. (2021)	Development and implementation of businesses that care in Zacatecas, Mexico.	Quantitativo, quasi-experimental e longitudinal.
4	Crow, et al. (2006)	Evaluation of three Communities That Care projects in the UK.	Quantitativo, experimental e longitudinal.
5	Fagan, et al. (2008)	Bridging science to practice: Achieving prevention program implementation fidelity in the Community Youth Development Study.	Quantitativo, observacional e longitudinal.
6	Gloppen et al. (2012)	Sustainability of the Communities That Care prevention system by coalitions participating in the Community Youth Development Study.	Misto, observacional e longitudinal.
7	Gomez et al. (2005)	Sustainability of community coalitions: An evaluation of communities that care.	Misto, observacional e longitudinal.
8	Stockw, et al. (2005)	Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice	Misto, quasi-experimental e longitudinal.
9	Hawkins et al. (2008)	Testing communities that care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study	Quantitativo, experimental e longitudinal.
10	Jonkman et al. (2009)	Communities That Care, core elements and context: Research of implementation in two countries.	Quantitativo, experimental e longitudinal.
11	Mejía-Trujillo et al. (2015)	Implementation and adaptation in Colombia of the Communities That Care.	Quantitativo, quasi-experimental e longitudinal
12	Pérez-Gómez et al. (2016)	Adaptation and implementation of a science-based prevention system in Colombia: challenges and achievements.	Quantitativo, quasi-experimental e longitudinal.

13	Quinby, et al. (2008)	Installing the Communities That Care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial	Quantitativo, observacional e longitudinal.
14	Salazar et al. (2016)	Using communities that care for community child maltreatment prevention.	Quantitativo, quasi-experimental e longitudinal.
15	Steketee et al. (2013)	Transforming prevention systems in the United States and the Netherlands using Communities That Care.	Quantitativo, quasi-Experimental e longitudinal.
16	Rioseco (2017)	Revisión sistemática de la implementación del sistema Communities That Care en Chile	Misto, quasi-experimental e longitudinal.

5.1.1 Elementos centrais do CTC

A maioria dos estudos analisados menciona a utilização do trabalho de Quinby e colaboradores (2008), intitulado *“Installing the communities that care prevention system: implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial”*, ou referencia o estudo de Jonkman e colaboradores (2009), com o título *“Communities That Care, core elements and context: Research of implementation in two countries”*. Quinby e colaboradores (2008) avaliaram o grau de fidelidade que a implementação do sistema CTC alcançou durante os primeiros 18 meses de intervenção, em 12 comunidades no *Community Youth Development Study*, um estudo controlado randomizado de cinco anos, projetado para testar a eficácia do sistema CTC (Arthur et al, 2010). A instalação do CTC nessas comunidades incluiu a entrega de seis treinamentos do CTC por instrutores certificados, o envolvimento ativo de líderes comunitários, o monitoramento contínuo do progresso usando o *Milestones and Benchmarks* e o suporte da assistência técnica. Indicaram que o *Milestones and Benchmarks* é uma ferramenta para monitorar a implementação do CTC e pode ser usados por organizações de treinamento e assistência técnica para ajudar as comunidades a avançar em seus esforços de prevenção e instalar o sistema CTC com alta fidelidade (Quinby e et al., 2008).

As classificações de fidelidade de implementação do CTC foram calculadas considerando a média das respostas dos três grupos de avaliadores (equipe de implementação;

instrutores/facilitadores certificados do CTC; e o coordenador da coalizão comunitária), evidenciando que entre 89% e 100% das metas do CTC, nas primeiras quatro fases da implementação, foram "completamente atendidos" nas 12 comunidades de intervenção, o que indicou que as quatro primeiras fases do sistema foram bem implementados. Os autores discutiram que alguns fatores podem ter contribuído a implementação de alta fidelidade, sendo eles: a entrega de treinamentos do CTC por instrutores certificados do CTC; guias de fácil utilização e materiais projetados para apoiar a implementação do CTC; o uso do *Communities That Care Youth Survey* (CTCYS) como fonte de dados para estabelecer metas e avaliar resultados; haver coordenadores locais do processo do CTC; o monitoramento do progresso no alcance das metas e indicadores do CTC; assistência técnica e orientação dos grupos de pesquisa da universidade (Quinby e et al., 2008).

Jonkman e colaboradores (2009) avaliaram o grau que a implementação do sistema CTC alcançou em vinte e duas comunidades, sendo doze comunidades dos Estados Unidos e dez comunidades da Holanda. Considerando as diferenças culturais entre os países onde o sistema foi implementado, os autores identificaram e descreveram os elementos-chave, responsáveis por garantir a efetividade do CTC. Foram definidos os seguintes elementos centrais: a) mobilização das partes interessadas no processo comunitário; b) uso de dados epidemiológicos; c) uso de programas testados e eficazes; e, d) avaliação contínua dos resultados e revisão do plano comunitário.

A mobilização das partes interessadas é descrita como a formação de uma coalizão com diversas representações da comunidade, tanto em características demográficas, quanto na representação de instituições da comunidade. Durante a implementação do CTC, os treinamentos visam fornecer recursos para aumentar a colaboração entre os membros da comunidade e prestadores de serviços envolvidos, também buscam manter as partes interessadas engajadas durante todo o processo, por meio de reuniões contínuas, tomada de

decisões sobre programas, monitoramento e refinamento de planos de ação comunitários (Jonkman et al., 2009).

O uso de dados epidemiológicos é recomendado para a tomada de decisão. Os treinamentos do CTC auxiliam as coalizões comunitárias a coletar e interpretar dados de fatores de risco e proteção para problemas comportamentais de adolescentes (por exemplo, abuso de drogas, abandono escolar, conflitos com a lei) (Jonkman et al., 2009). Os dados são coletados utilizando o instrumento CTCYS, aplicado a jovens nas escolas. Os resultados são utilizados para selecionar as intervenções preventivas (Arthur et al., 2002).

O uso de programas testados e eficazes refere-se à utilização de intervenções que foram avaliadas e demonstraram reduzir riscos, aumentar a proteção ou reduzir comportamentos prejudiciais à saúde. Os treinamentos auxiliam as coalizões a selecionar os programas eficazes que atendem as necessidades da comunidade, considerando os dados epidemiológicos coletados (Jonkman et al., 2009).

A avaliação contínua dos resultados e revisão do plano comunitário é um elemento central, pois a implementação do CTC é considerada um sistema cíclico. É recomendado avaliar os fatores de risco e proteção das comunidades a cada dois anos, e, com base nos resultados, revisar o plano de ação (Jonkman et al., 2009).

A identificação dos elementos centrais, somados ao modelo teórico bem definido e avaliações sistemáticas, contribuem para diminuição das tensões diante das decisões entre manter a fidelidade do sistema e adaptar para as demandas locais. Por ter essa estrutura, a implementação do CTC não se restringe a comunidades, o sistema também apresenta resultados promissores quando implementado em escolas (Brady et al., 2018) e empresas (Brown et al., 2021). Os resultados indicaram que o sistema pode manter os desfechos positivos, mesmo quando adaptado.

A adaptação para diferentes contextos visa adequar uma intervenção ao novo público-alvo, considerando seus aspectos culturais, como os valores, significados, padrões e linguagem (Castro et al., 2010). Já é sabido que as intervenções implementadas em contextos diferentes, exigem alterações ou adaptações para acolher as características e condições locais, demandando uma combinação entre fidelidade e adaptação para produzir os resultados desejados de forma confiável (Durlak & DuPre, 2008). Desconsiderar a necessidade de adaptação cultural pode afetar os resultados pretendidos, em contrapartida, modificar excessivamente uma intervenção pode diminuir sua efetividade ou diluir seus efeitos (Elliot & Mihalic, 2004). Por conseguinte, é indicado que todas as intervenções baseadas em evidências descrevam os seus elementos centrais, definidos como os componentes ativos da intervenção, responsáveis por sua efetividade. Eles são identificados com base nos fundamentos teóricos e dados empíricos e devem ser utilizados para embasar decisões sobre as adaptações (Barry et al., 2019). Quando identificados, não devem ser alterados, mas outros componentes podem ser modificados para se adequar à dos participantes ou às circunstâncias particulares de um determinado cenário. As adaptações devem ser documentadas para que seu impacto possa ser monitorado (Castro et al., 2010).

No caso do CTC, a dicotomia entre fidelidade e adaptação pode ser ultrapassada, quando os elementos centrais identificados e descritos por Jonkman e colaboradores (2009), são utilizados como guia para a tomada de decisão durante a implementação do sistema, abrindo a possibilidade para abarcar alterações que atendam às particularidades do território. Em relação às diferentes possibilidades para avaliação da fidelidade (Carrol et al., 2007; Dane & Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003; Durlak, 2016), não foram encontrados estudos que determinem um modelo específico a ser utilizado pelos implementadores. O sistema é considerado entregue fielmente, quando os elementos centrais são entregues com fidelidade e as adaptações são documentadas.

5.1.2 Monitoramento e avaliação da fidelidade do CTC

O *Milestones and Benchmarks* aparece como a principal ferramenta utilizada para avaliação da fidelidade da implementação e do processo de adaptação cultural do CTC. A maioria dos estudos refere o seu uso, dentre esses, oito (Arthur et al. 2010; Brady et al. 2018; Gloppen et al. 2012; Jonkman, et al. 2009; Quinby et al. 2008; Rioseco, 2017; Salazar et al. 2016) utilizaram a ferramenta concomitante a outras técnicas e três estudos descrevem apenas o uso do *Milestones and Benchmarks* (Brown et al. 2021; Fagan et al. 2008; Hawkin et al. 2008). Sua aplicação foi realizada, majoritariamente, com o(a) coordenador(a) da coalizão comunitária. Também foram descritas aplicações que incluíam, para além do coordenador, os membros da coalizão e membros da assistência técnica. Entre as técnicas ou instrumentos complementares, foi identificado o uso de atas de reuniões de coalizão e grupo de trabalho, resumos mensais de atividades mantidos pelo coordenador do CTC, observação participante, grupo focal, aplicação do *Community Board Interview* (CBI - instrumento que mensurar as características de interação da coalizão comunitária) e do *Community Key Informant Survey* (CKIS - instrumento utilizado para mensurar a prontidão para mudança das comunidades).

Sobre a descrição do *Milestones and Benchmarks*, os autores apontaram que o *checklist* possui um formato de questionário autoaplicável, composto por 62 questões, com características quantitativas e qualitativas, avaliadas em forma escalar (1 a 4). As metas são consideradas as etapas a serem cumpridas pelas comunidades e os indicadores são as ações que os membros da comunidade realizam ou as condições que devem ser apresentadas para atingir a meta de cada etapa (Quinby et al., 2008).

O *checklist* permite mensurar a conclusão das atividades previstas para implementação do sistema CTC, além de examinar até que ponto as comunidades tiveram condições de implementá-lo conforme projetado pelos desenvolvedores (fidelidade) e identificar os desafios presentes durante o processo (Jonkman et al., 2009, 2015; Quinby et al., 2008). Seu uso parece

estar mais voltado para um guia do processo de implementação. Quando utilizado desta forma, fornece informações para a coalizão comunitária sobre as etapas e procedimentos a serem realizados na implementação, norteando as decisões. Outra possibilidade identificada é sua utilização para mensurar o grau de conclusão e grau de dificuldade em cada etapa.

Apesar de ser vastamente utilizada para avaliação da implementação do CTC, não foram encontrados estudos sobre a sua validação psicométrica. Enquanto resultado, este *checklist* se propõe a fornecer apenas o percentual de alcance da meta, bem como, o percentual do nível de dificuldade. Conforme Jonkman (2015) às medidas utilizadas são perguntas, descritas como metas e indicadores, que foram formuladas a partir dos elementos centrais.

No campo da ciência da implementação, existem diferentes *frameworks* para acompanhar, avaliar os desfechos e informar sobre o processo, como por exemplo, *RE-AIM* (Glasgow & Boles, 1999), *Research Implementation in Health Services (PARIHS)* (Rycroft-Malone et al., 2002), *Implementation Research Logic Model (IRLM)* (Smith et al., 2020), *Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS)* (Moullin et al., 2019), *Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR)* (Damschroder et al., 2009), entre outros. Eles fornecem uma estrutura sistemática e uma linguagem comum para traduzir a descoberta científica em prática e avaliá-la, de forma confiável (Damschroder, 2020). Nos estudos revisados, não foi identificado o uso destes *frameworks*. O *Milestones and Benchmarks*, aparece como o instrumento que fornece informações sobre os desafios presentes na implementação e, conseqüentemente, direciona as escolhas pelas estratégias.

5.1.3 Principais barreiras para a implementação do CTC

A partir de pesquisas de implementação, os pesquisadores compreendem os determinantes (barreiras e facilitadores) que afetam a aceitação de uma inovação (Bauer & Kirchner, 2020), e desenvolveram estratégias de implementação (Damschroder et al., 2009; Harvey & Kitson, 2015). As barreiras podem impedir a implementação adequada e as

estratégias buscam aumentar a adoção da intervenção baseada em evidência (Proctor et al., 2011; Powell et al., 2017). A apresentação das principais barreiras será realizada seguindo a ordem das etapas constituintes do sistema. Cabe destacar que os estudos analisados não apresentaram uma terminologia única, também foram encontrados conceitos como “desafios” e “dificuldades”.

Na etapa 1, caracterizada pela preparação da comunidade para receber a intervenção, foram identificadas dificuldades para estabelecer definições gerais da comunidade, seja de delimitação territorial (Jonkman et al., 2009; Rioseco, 2017), seja de funções dos membros da coalizão (Jonkman et al., 2009; Quinby et al., 2008; Rioseco, 2017), além da dificuldade de mobilização de apoio da comunidade como um todo para o processo de implementação (Brady et al., 2018; Brown et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017; Steketee et al., 2013). De modo geral, as barreiras dessa etapa estão relacionadas à mobilização dos membros da comunidade.

A mobilização de coalizões comunitárias emergiu como uma proposta para melhorar a qualidade da implementação de intervenções preventivas nas comunidades (Wandersman et al., 2003). Esse mecanismo tem sido recomendado devido a possibilidade de alcançar diferentes domínios (comunidade, escola, família e grupo de pares) e articular diferentes setores (pesquisadores, profissionais, comunidade em geral etc.) (Brown et al., 2016; Greenberg et al., 2015).

As estratégias utilizadas para a superação das barreiras foram voltadas para a formação de um grupo responsável pela implementação, com conhecimento adequado para coordenar, treinar, acompanhar pessoalmente as comunidades, e, principalmente, para formular estratégias que aumentam o engajamento das lideranças comunitárias e captação de novos membros (Pérez-Gómez et al., 2016). Rioseco (2017), aponta o uso do treinamento “Orientação para Líderes-Chave” (ou *Key Leader Orientation*) e o envolvimento com atividades pré-existent

na comunidade como um caminho para chegar até as lideranças comunitárias. Visando qualificar o recrutamento dos membros, as características necessárias foram revistas para garantir que os candidatos em potencial utilizassem os princípios da ciência da prevenção para divulgar o CTC (Quinby et al., 2008).

Os estudos sinalizaram a importância de utilizar instrumentos para avaliar o nível da prontidão comunitária para mudança em diferentes momentos da implementação e desenvolver um plano de ação para abordar os problemas de prontidão identificados (Crow et al., 2006; Pérez-Gómez et al., 2016; Quinby et al., 2008; Rioseco, 2017). Conforme Crow e colaboradores (2006) é necessário avaliar a prontidão comunitária, para compreender se a comunidade está disponível e motivada para implementar um programa comunitário.

As ações propostas foram direcionadas para aumentar o envolvimento dos membros da comunidade e a prontidão comunitária para a implementação do sistema. Considerando que a comunidade possui seus valores culturais, sistemas sociais e políticos, as adversidades decorrentes desses aspectos se impõem no processo de implementação. Para aprimorar a aceitabilidade, a adesão e a efetividade de intervenções preventivas, três elementos são essenciais: (a) a abertura da comunidade a novas perspectivas sobre prevenção baseada em evidências; (b) a receptividade afetiva da comunidade para absorver essas novas práticas; e (c) a disponibilidade de implicação e mobilização para desenvolver o projeto. Esses elementos levam em conta a preexistência de um clima e conhecimentos/habilidades que facilitam, ou não, mudanças; assim como mecanismos, crenças, normas e expectativas compartilhadas que afetam a qualidade de implantação e adoção da boa prática (Pedroso et al., 2019).

O conceito de prontidão comunitária para mudança (*community readiness*) (Kostadinov et al., 2015) engloba esses pressupostos, pois envolve um compromisso compartilhado da comunidade para a mudança aliado à construção de habilidades para mudar (Castañeda et al., 2012). Esse é um conceito central para a implementação de intervenções complexas, baseadas

na comunidade, como o CTC, que visa, entre outras coisas, reduzir a oportunidade para o uso de drogas e aumentar as possibilidades para a escolha de um estilo de vida mais saudável (Shapiro et al., 2015).

A avaliação da prontidão comunitária é um elemento previsto na primeira fase de implementação do CTC (Corrêa, 2014). Essa avaliação permite que os pesquisadores identifiquem as comunidades por estágio de prontidão. Avaliar a prontidão, além de trazer mais segurança para a implementação dos treinamentos e estratégias buscando desenvolver o engajamento comunitário, também envolve identificar a viabilidade e a eficácia geral dos esforços de vários componentes da comunidade e medir mudanças complexas ao longo do tempo (Kostadinov et al., 2015). Os dados dessa avaliação podem subsidiar as decisões das próximas etapas.

No andamento do sistema para a etapa 2, caracterizada pela formação da coalizão comunitária, foi possível identificar que algumas barreiras se mantiveram relacionadas a dificuldade de engajar os membros da comunidade e aumentar a prontidão comunitária (Crow et al., 2006; Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017), recrutar, manter os recursos humanos e obter apoio de líderes comunitários (Brown et al., 2021). Além de envolver todas as partes interessadas, como por exemplo, os principais setores comunitários (Quinby et al., 2008), as escolas (Jonkman et al., 2009) e os jovens para participar da coalizão (Fagan e et al., 2008), também foi identificado uma resistência para adesão de uma intervenção manualizada advinda de outro país (Rioseco, 2017).

Foi evidenciado que os desafios permanecem após a formação da coalizão comunitária, em alguns casos, a alta taxa de rotatividade dos membros da coalizão foi prejudicial ou o número de pessoas participando permanentemente das reuniões era insuficiente, dificultando a divisão dos grupos de trabalho (Pérez-Gómez et al., 2016; Stockwell et al., 2005). Além disso, foram descritas dificuldades para o estabelecimento de um canal de comunicação com a

comunidade em geral e os principais líderes (Jonkman et al., 2009), compreensão limitada do conceito de prevenção pelos membros da coalizão e da comunidade (Pérez-Gómez et al. 2016), pouca estabilidade do conhecimento adquirido durante os treinamentos, devido a rotatividade dos membros (Stockwell et al., 2005).

Nos artigos analisados, o uso de treinamentos e assistência técnica foram essenciais para aumentar a compreensão da coalizão comunitária sobre o conceito de prevenção e o alcance que as iniciativas preventivas podem ter, como por exemplo, o treinamento "Orientação a Coalizão Comunitária" (ou *Community Board Orientation*) (Pérez-Gómez et al. 2016; Stockwell et al., 2005; Rioseco, 2017). As reuniões mensais realizadas com pais e mestres também foram utilizadas para coletar opiniões dos participantes e formular estratégias para aumentar a participação da comunidade em geral, como distribuir boletins informativos direcionados da escola para os responsáveis (Brady et al., 2018) e o contato constante do coordenador com a comunidade (Rioseco, 2017). Também foram adotadas estratégias no sentido de manter o direcionamento das reuniões para lidar com os problemas enfrentados, resolver conflitos da coalizão e mobilizar recursos para avançar nos objetivos (Brown et al., 2021). Para seguir na direção de uma implementação efetiva, foi importante a divisão dos grupos de trabalho e o uso dos dados epidemiológicos (Pérez-Gómez et al. 2016; Rioseco, 2017; Quinby et al., 2008) e a produção de resultados tangíveis para mostrar o que estava acontecendo, principalmente para intervenções que têm uma agenda de longo prazo (Crow et al., 2006).

Nas duas primeiras etapas (1 e 2), as estratégias buscaram trabalhar com senso de propriedade comunitária (engajamento), organização e responsabilidade compartilhada, abertura e apoio da comunidade para a prevenção, coesão, colaboração entre membros e setores, resolução de conflitos e a eficácia da liderança. Essas são algumas das dimensões avaliadas e desenvolvidas pelo CTC no conjunto complexo de prontidão, com o objetivo de

produzir uma mudança na cultura das comunidades. Pesquisas têm apontado que esses são aspectos fundamentais para a sustentabilidade do funcionamento do CTC, mesmo depois do investimento financeiro e suporte técnico se encerrar (Rhew et al., 2013; Brown et al., 2008; Gloppen et al., 2016). Uma pesquisa de adaptação cultural do CTC na Croácia confirmou o resultado de outras pesquisas (Feinberg et al., 2004), estabelecendo uma relação direta e significativa entre a prontidão comunitária, o funcionamento da coalizão comunitária, a fidelidade da implementação e a eficácia percebida do sistema CTC (Basic, 2015).

Para construir uma coalizão comunitária com condições para sustentar a implementação e as mudanças positivas é crucial promover esforços na tentativa de envolver representantes de diferentes setores da comunidade (Johnson et al., 2017). Em organizações voluntárias, como coalizões comunitárias, o nível de envolvimento e participação dos membros foi associado aos resultados da implementação (Greenberg et al., 2015; Perkins et al., 2011). O treinamento e a assistência técnica disponibilizados são recomendados para apoiar os esforços comunitários e foram identificados como uma metodologia para preencher a lacuna entre a pesquisa e a prática de prevenção. As coalizões que recebem uma dosagem adequada de treinamento e assistência técnica contínua apresentam implementações com maiores níveis de fidelidade (Feinberg et al., 2008; Wandersman et al., 2008). No CTC, essa metodologia tem um papel importante e reflete nas demais etapas, principalmente na seguinte.

Na etapa 3, é esperado que a coalizão comunitária use os dados epidemiológicos para realizar o perfil comunitário e estabelecer prioridades de intervenção. As barreiras para implementação descritas estavam relacionadas ao atraso para construir o perfil comunitário (Pérez-Gómez et al., 2016), identificação de fatores de risco e proteção que seriam prioridade para os esforços de prevenção (Brady et al., 2018), coleta dos dados epidemiológicos complementares ao *Communities That Care Youth Survey* (CTCYS), devido a falta de indicadores locais, principalmente em municípios ou comunidades pequenas (Rioseco, 2017;

Quinby et al., 2008) e avaliação abrangente de recursos já existentes na comunidade (Jonkman et al., 2009).

Para ultrapassar as barreiras, houve investimento na participação mais ativa do coordenador da coalizão para conduzir pesquisas sobre os recursos comunitários e programas de prevenção existentes (Brady et al., 2018; Crow et al., 2006), também ocorreu o contato com as autoridades locais (Pérez-Gómez et al. 2016; Rioseco, 2017) e com coalizões previamente existentes (Quinby et al. 2008). Ter acesso aos resultados da pesquisa permitiu que a comunidade desenvolvesse uma imagem concreta sobre as necessidades locais para respaldar as decisões (Rioseco, 2017). Os dados complementares coletados na comunidade foram utilizados para estabelecer um perfil epidemiológico mais fidedigno (por exemplo, foram incluídos dados socioeconômicos, frequência de alunos em nível escolar, indicadores de mobilidade familiar; índices de graduação do distrito escolar) (Brady et al., 2018).

A falta de dados ou acesso às instituições pode prejudicar significativamente o andamento do CTC. Por ser um sistema baseado na comunidade e possuir uma abordagem de saúde pública, o uso de dados epidemiológicos é um dos elementos centrais do CTC. A identificação dos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento saudável dos jovens é primordial para a seleção das intervenções preventivas baseadas em evidência (Briney et al., 2012).

Atentando para essa questão e visando aumentar a prontidão comunitária, os implementadores do CTC utilizaram como estratégias enumerar os fatores de risco compartilhados, incluindo publicamente os resultados, enfatizando a necessidade de um *continuum* de abordagens de prevenção e tratamento, e usando os dados do CTCYS para identificar as necessidades de prevenção dos fatores de risco que podem ser abordados por ações preventivas, fornecendo evidências de que esses problemas muitas vezes co-ocorrem nos mesmos adolescentes, estabelecendo uma relação entre as questões vistas como um problema

pela coalizão e os dados do instrumento aplicado com os jovens (Quinby et al., 2008). Para obter melhores resultados, as coalizões comunitárias precisam de objetivos e resultados claramente definidos, focalizados e mensuráveis, para realizar o monitoramento; devem ser encorajados a usar programas baseados em evidências e monitorar a sua fidelidade; e devem avaliar os programas implementados, usando medidas de resultados significativas para a comunidade (Zakocs & Edwards, 2006).

Nos estudos revisados, as estratégias propostas se direcionam para manter a fidelidade ao uso de dados epidemiológicos para criar o perfil comunitário, citando principalmente o uso do CTCYS para identificar as necessidades da comunidade, orientar a seleção das intervenções preventivas mais apropriadas e o plano de ação desenvolvido pela coalizão comunitária. O instrumento, considerado um questionário de autorrelato anônimo, é composto por medidas que avaliam os fatores de risco e proteção, envolvendo quatro domínios: comunidade, escola, família e pares, relacionados a comportamentos psicossociais, como abuso de drogas e violência entre jovens. Sua aplicação é geralmente administrada em escolas (sala de aula), com adolescentes de 11 a 18 anos (Hawkins; Brown et al., 2008, 2014; Arthur et al., 2010; Feinberg et al., 2010; Fagan et al., 2019). O uso de instrumentos como o CTCYS, que avaliam as diferentes dimensões envolvidas em fatores de risco e proteção, podem contribuir com a consolidação das intervenções preventivas baseadas em evidências (Thurow et al., 2020).

Após ter esse perfil comunitário estabelecido, a coalizão pode se direcionar para a etapa 4, onde define um plano de ação estratégica e seleciona programas de prevenção baseados em evidências para abordar os fatores de risco. As principais barreiras dessa etapa foram escolher uma ou mais políticas e programas de prevenção baseados em evidências que tinham como alvo os fatores identificados pela coalizão (Brady et al., 2018), a escassez de programas testados e eficazes (Brown et al., 2021; Jonkman et al. 2009; Pérez-Gómez et al. 2016; Rioseco, 2017; Steketee et al. 2013), a resistência de algumas coalizões para utilização de intervenções

com evidências (Quinby et al. 2008), e a dificuldade em focar no conceito de fatores de proteção, conseqüentemente, o esforço continuava focado no problema e não na prevenção da saúde (Jonkman et al., 2009).

Para aumentar a adesão ao uso de intervenções baseadas em evidência, a coalizão utilizou de reuniões e envolvimento de lideranças comunitárias para difundir o entendimento de que estas intervenções ofereciam a melhor chance de reduzir comportamentos problemáticos dos jovens na comunidade (Quinby et al., 2008). Uma das maneiras para aumentar a conscientização e sensibilização dos membros, foi apresentar as intervenções disponíveis de forma detalhada (Rioseco, 2017). O mapeamento e a divulgação de intervenções como *Blueprints for Healthy Youth Development* (<https://www.blueprintsprograms.org/>), proporcionou à coalizão o acesso às intervenções eficazes para formular o plano de ação (Quinby et al., 2008).

Na Colômbia e no Chile, o cardápio disponibilizado inclui intervenções com avaliações quase-experimentais, pois na América Latina, intervenções preventivas no campo da saúde mental, com avaliações de eficácia e efetividade ainda são incipientes (Brown et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017). Para lidar com a resistência de alguns membros da coalizão em trabalhar com fatores de risco, como uso de drogas e violência, os fatores selecionados para intervenção foram renomeados em termos positivos, por exemplo, engajamento acadêmico, bem-estar emocional e saúde mental, habilidades sociais positivas (Brady et al., 2018).

O uso de evidências científicas pelas comunidades, não é um desafio exclusivo do CTC. No campo da saúde, existe uma lacuna de aproximadamente 17 anos entre o tempo que uma intervenção é desenvolvida e a sua implementação na prática (Balas & Boren, 2000). Um número relativamente baixo de práticas baseadas em evidência tem sido implementado, e quando acontece, são necessários alguns anos de esforços (Chaudoir et al., 2013). Embora o

progresso da ciência da prevenção, nesses últimos 30 anos, tenha promovido o desenvolvimento de intervenções e políticas baseadas em evidência, ainda é um desafio implementá-las e ganhar a aceitação das comunidades (Sloboda & David, 2021).

As barreiras dessa etapa, também esbarram em uma dificuldade relacionada a aspectos culturais e sociais acerca da concepção de prevenção, principalmente no que diz respeito à prevenção do uso de drogas. Por muito tempo as intervenções preventivas estiveram voltadas para o nível individual e a utilização de uma abordagem de saúde pública, que visa a mudança de uma população, ainda é recente (Peterson et al., 2018).

Uma das propostas para aumentar a incorporação de inovações baseadas em evidência pela população tem sido o estabelecimento da relação entre pesquisadores, implementadores e comunidade, ocorrendo um ciclo onde a pesquisa informa a prática e a prática altera a pesquisa (Peterson et al., 2018). Além disso, é indicado o investimento no apoio contínuo aos envolvidos na implementação, pode aumentar o conhecimento, a conscientização, as habilidades, autoeficácia e motivação para adoção e implementação de práticas baseadas em evidência (Durlak & DuPre, 2008; Flaspohle et al., 2008) e, por consequência, aumentar a adoção do uso de intervenções baseadas em evidência. Para o CTC, um dos mecanismos para os resultados positivos dos jovens é a adoção da prevenção baseada em evidências pela comunidade (Brown et al., 2014).

Os efeitos das estratégias utilizadas na etapa anterior ecoam nesta última, tendo em vista que a implementação e avaliação dos programas para verificar a efetividade da intervenção e as evidências produzidas devem acontecer. A etapa 5 é considerada cíclica, pois as avaliações acontecem sistematicamente para contribuir com a sustentabilidade das coalizões e fidelidade das intervenções implementadas. Em algumas comunidades, ambas localizadas na América Latina, a implementação da etapa 5 ainda estava em andamento (Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017), nas demais, as principais barreiras enfrentadas foram a resistência das

coalizões comunitárias ao uso de abordagens baseadas em evidência (Steketee et al., 2013), dificuldade para planejar o plano de ação com base nos utilizar os resultados da avaliação (Jonkman et al., 2009) e baixa adoção da Estratégia de Desenvolvimento Social pela comunidade (Fagan et al., 2008).

Ainda sobre as coalizões, continua sendo desafiador o recrutamento e treinamento de novas lideranças comunitárias (Jonkman et al., 2009; Fagan et al., 2008), bem como, criar coalizões comunitárias para garantir a continuidade do sistema (Pérez-Gómez et al., 2016). Em relação a implementação das intervenções preventivas, verificou-se resistência das escolas para incluir novos currículos de prevenção em sala de aula, devido ao tempo de sala de aula disponível e as exigências curriculares (Quinby et al., 2008), baixa participação em programas pós-escolares, como programas de treinamento de pais (Fagan et al., 2008; Jonkman et al. 2009), e, dificuldade para alcançar algumas populações-alvo (Brown et al., 2021).

Para aumentar a colaboração das escolas e adesão das intervenções nos currículos escolares, inicialmente as coalizões investiram em selecionar programas ou estratégias que não utilizassem tempo de aula ou se inseriram em atividades previamente existentes (Quinby et al., 2008). Para lidar com a baixa participação do público-alvo das intervenções (por exemplo, programas parentais) foi necessário rever o plano de ação, tentando descobrir novos caminhos para atingir novamente esse público e utilizar diferentes estratégias de *marketing* (Fagan et al., 2008). Para reduzir os efeitos da rotatividade dos membros da coalizão, foi proposto a realização de treinamentos periódicos e treinamentos adicionais quando necessário (Jonkman et al., 2009).

As questões envolvendo a prontidão comunitária, o uso de evidências para tomada de decisão e a implementação da intervenção com comprovação de eficácia e efetividade perpassam todas as etapas discutidas até aqui. Na etapa 5, somado a essas barreiras, estão os desafios que acompanham a sustentabilidade do CTC. A sustentabilidade é a medida que uma

intervenção consegue manter os resultados positivos esperados a longo prazo, após o término de apoio financeiro externo, por exemplo (Rabin et al., 2008; Proctor et al., 2011). Rabin e colaboradores (2008) apontam três indicadores de sustentabilidade: a) a manutenção dos benefícios iniciais da intervenção; b) a institucionalização da intervenção em um ambiente; e c) a capacitação no ambiente, ou a medida em que a capacitação e os recursos duráveis são fornecidos para apoiar a implementação contínua da intervenção (Rabin et al., 2008).

Apesar dos desafios encontrados para a implementação do CTC, sua disseminação apresenta uma propensão em contribuir para melhoria da saúde pública a longo prazo, proporcionando benefícios para a sociedade (Kuklinski et al., 2021). A abordagem utilizada pelo sistema busca apoiar a sustentabilidade dos esforços, aprimorando o conhecimento, as habilidades, a adesão e o comprometimento das partes interessadas (Hawkins et al., 2002). Estudos longitudinais evidenciaram que as comunidades que implementaram o CTC, são mais capacitadas para desenvolver e implementar planos de prevenção baseados em evidências que abordam as prioridades específicas do território e que estas apresentaram melhores resultados relacionados ao desenvolvimento positivo de jovens até a idade adulta, quando comparados a comunidades que não implementaram o sistema (Chilenski et al., 2019; Feinberg et al., 2010; Toumbourou et al., 2019; Kuklinski et al., 2021).

5.2 Descrição do processo de implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC: análise documental

O processo teve início com o treinamento "Orientação da equipe de implementação" e reuniões quinzenais de assistência técnica para o planejamento das atividades com a comunidade. Os conteúdos trabalhados foram: a) ciência da prevenção; b) processo de implementação do CTC; c) estrutura da equipe e atribuições; d) treinamentos programados; e) medidas e instrumentos; f) linha do tempo (uma proposta de cronograma); e g) discussão, conclusões e definições de próximos passos.

Nesse primeiro momento também foi iniciada a tradução e adaptação dos instrumentos (Tabela 3) e dos materiais de treinamento (Tabela 4) para realidade brasileira. No total, foram traduzidos quatro (4) instrumentos e três (3) treinamentos.

Tabela 3

Tabela instrumentos adaptados ao português do Brasil

Versão CTC	Versão CQC	Características e objetivo	Grupo-Alvo
Community Key Informant Survey - CKIS	Questionário para Informantes-Chave da Comunidade	Instrumento de diagnóstico comunitário (quantitativo) - Avaliar quantitativamente a prontidão da comunidade e a necessidade treinamento de capacitação	Líderes comunitários/ <i>stakeholders</i> (recrutamento bola-de-neve)
Community Board Interview - CBI	Entrevista com a Coalizão Comunitária	Instrumento de diagnóstico da coalizão (qualitativo) - Foco em funcionamento, gestão e sustentabilidade da coalizão	Coalizão Comunitária (10 membros, escolhidos randomicamente)
Milestones and Benchmarks Implementation Tool - MBIT	Instrumento de Implementação - Metas e Indicadores	Instrumento de acompanhamento e diagnóstico comunitário (quantitativo) – avaliação de processo (<i>checklist</i>) - usado para avaliar a fidelidade de	Coordenador Comunitário (com ajuda da Coalizão Comunitária e Conselho Acadêmico)

implementação do CTC

Communities That Care Youth Survey - CTCYS	“Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção”- Comunidades Que Cuidam	Instrumento de diagnóstico comunitário baseado na avaliação de risco e proteção da juventude da comunidade. Processo de adaptação cultural já iniciado pela equipe do PSICLIN em projeto de pesquisa anterior.	Jovens da comunidade (8º do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio)
--	--	---	---

Tabela 4*Tabela treinamentos adaptados ao português do Brasil*

Versão CTC	Versão CQC	Descrição da Atividade	Grupo-Alvo
Etapa 1 e 2			
Strategic Consultation	Consultoria Estratégica	Articulação com lideranças comunitárias, agências financiadoras, <i>stakeholders</i> locais	Conselho Acadêmico
CTC Facilitator Training	Treinamento de Facilitadores CQC	Treinar novos facilitadores para continuar a implementação do CQC	Conselho Acadêmico
Key Leader Orientation - KLO	Orientação de Líderes Chave	Apresentação do sistema CTC para lideranças e <i>stakeholders</i> locais	Líderes-chave mapeados (<i>stakeholders</i>)
Community Board Orientation - CBO	Orientação da Coalizão Comunitária	Formação da coalizão e grupos de trabalho	Coalizão Comunitária
Social Development Strategy Workshop - SDS	Estratégia do Desenvolvimento Social	Aprender sobre o modelo e sua aplicação no cotidiano da comunidade	Coalizão Comunitária e Líderes-chave (<i>stakeholders</i>)

Para preparar a comunidade, o conselho acadêmico (PSICLIN) procurou e contratou uma liderança comunitária disposta a assumir a coordenação da coalizão. Conforme a orientação normativa do CTC, a coordenação precisa: a) ter disponibilidade (20h semanais), b) ser uma pessoa da comunidade (ter a confiança da comunidade); c) ser uma pessoa que a comunidade respeita; d) possuir habilidade de oratória e transmissão de conhecimento e, e) deve assumir a responsabilidade de auxiliar na formação da coalizão comunitária e no acompanhamento das atividades durante todo o processo de implementação piloto.

Além disso, o conselho acadêmico (PSICLIN) mapeou as entidades e lideranças comunitárias (formais e informais) do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. Entre os setores foram identificadas entidades ligadas ao governo (n=3), polícia/segurança/justiça (n=1), negócios/setor privado (n=3), educação (n=7), saúde (n=2), assistência social (n=1), lideranças de fé (n=7), cultura/diversidade (n=4), associação de moradores (n=8), grupo de pais e professores (n=1), grupo de jovens/grêmio estudantil (n=1), esportes (n=3), pessoas da comunidade/lideranças informais (n=10). Para identificar os possíveis líderes chave inseridos nesses setores, foi utilizada a estratégia bola de neve, chegando a um total de setenta e quatro (74) pessoas. Em relação às escolas, foram mapeadas (n=3) instituições na comunidade e realizado a articulação para coleta de dados e envolvimento com o projeto.

Após a identificação dos líderes chave, o conselho acadêmico (PSICLIN), com apoio da coordenadora da coalizão, apresentou o CQC às lideranças e realizou o convite para o primeiro treinamento. Os contatos foram realizados através de ligação telefônica (59), contato presencial (n=11) ou mediante reunião *online* (n=4). Se inscreveram como líderes chave 37 pessoas ligadas à comunidade do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. O treinamento “Orientação de Líderes Chave”, foi realizado em agosto de 2021, na modalidade *online*, com duração de 4 horas. O facilitador, integrante da equipe de assistência técnica, apresentou os seguintes conteúdos: a) o sistema de prevenção Comunidades Que Cuidam (CQC) e b) o que é

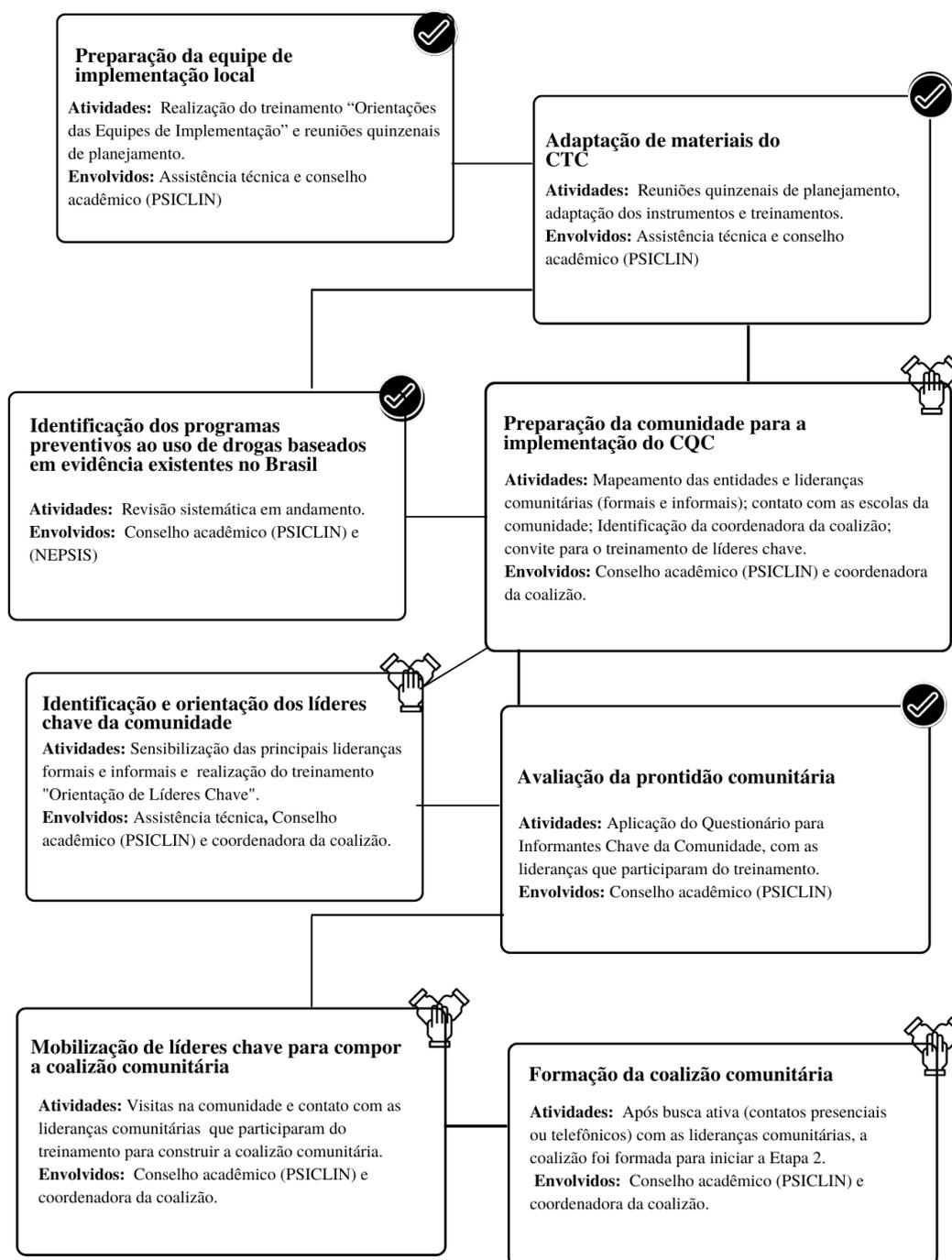
a "Ciência de Prevenção". Por ser um momento de preparação para a implementação do Comunidades Que Cuidam (CQC) na comunidade, também foram apresentados conteúdos sobre os papéis e responsabilidades, por exemplo, o papel do líder chave na comunidade e sua contribuição para o sucesso do sistema. A apresentação dos conteúdos ocorreu majoritariamente de forma expositiva.

Todos os líderes chave foram convidados pelo conselho acadêmico (PSICLIN) para responder o "Questionário para Informantes-Chave da Comunidade", que avalia a prontidão comunitária. Foram obtidas 35 respostas das lideranças comunitárias do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. Nesta implementação piloto, o questionário foi aplicado pré-teste em agosto de 2021 e está previsto para ser aplicado pós-teste ao completar 18 meses do início da implementação. O questionário é a versão traduzida do *Community Key Informant Survey*, que também possui versões em espanhol do Chile e Colômbia.

Visando a formação da coalizão comunitária, foram realizadas visitas em alguns pontos da comunidade, principalmente nas regiões conhecidas pela presença de maior vulnerabilidade social. Durante o contato presencial (um a um), com as lideranças comunitárias, algumas pessoas demandaram a realização de reuniões para tirar dúvidas e compreender melhor o CQC, antes de assumir o compromisso com a implementação e participar do segundo treinamento. O encontro foi agendado em um espaço cultural da comunidade, contudo, teve baixa adesão, contando com a participação de apenas seis (6) pessoas. Após uma nova tentativa de busca ativa, com contatos presenciais e/ou telefônicos, mais pessoas foram mobilizadas, e doze delas (12) se dispuseram a fazer parte da coalizão comunitária e participar dos treinamentos previstos na Etapa 2.

Figura 4

Síntese das atividades realizadas na etapa 1 do CQC na comunidade pesquisada



Todas as atividades foram realizadas após reuniões de planejamento (consultoria estratégica oferecida pelos representantes do CTC).

A Etapa 2 iniciou com a coalizão formada. Dos doze (12) líderes-chave que aceitaram compor a coalizão, onze (11) participaram do treinamento “Orientação da Coalizão Comunitária”. A assistência técnica propôs a divisão da carga horária de 8 horas de treinamento, em 3 sessões, na modalidade *online*. As duas primeiras sessões ocorreram em setembro de 2021, com intervalo de dois dias entre a primeira e a segunda sessão. Na sessão I, foram trabalhados os seguintes conteúdos: a) o que é a "Ciência de Prevenção" e os fundamentos científicos do sistema CQC; b) o processo de mudança do sistema de prevenção; c) etapas de implementação do CQC; d) criação de uma visão compartilhada para a comunidade. Na sessão II, foram abordados conteúdos sobre: a) as responsabilidades da Coalizão; b) exemplo de plano de ação (baseado na adaptação cultural do México); c) os benefícios de implementar o CQC na comunidade. A coalizão recebeu a tarefa de realizar a desenvolver uma visão compartilhada e agendar a primeira reunião da coalizão comunitária durante o intervalo até a sessão III.

Para realizar as atividades propostas no treinamento, a coalizão comunitária se reuniu no início de outubro de 2021, de forma híbrida. O encontro presencial aconteceu no salão paroquial da Igreja de Santo Antônio, com a possibilidade de outros membros acessarem de forma *online*. De doze (12) integrantes, oito (8) participaram do encontro. Foram realizadas as atualizações das listas de possíveis entidades e lideranças comunitárias parceiras que ainda não haviam sido contatadas e discutida a visão compartilhada, conforme proposto pelo treinamento. Após debater coletivamente, o grupo chegou à definição de uma visão que, posteriormente, foi compartilhada com todos os líderes chave, através de um arquivo para acesso simultâneo. Não houve outros apontamentos ou sugestões de melhora. A comunidade que a coalizão comunitária deseja para o futuro foi representada na seguinte visão:

O Distrito de Santo Antônio de Lisboa é uma comunidade integrada, na qual crianças, jovens, adultos e idosos valorizam a participação em atividades coletivas e estabelecem

vínculos com suas raízes culturais e com uma visão de futuro, que se baseia no respeito, na solidariedade e no senso de pertencimento. Lutam por melhor qualidade de vida, visando alcançar uma consciência socioculturalmente integrada, pautada em nossa identidade cultural e nos valores da sustentabilidade, economia solidária e preservação do meio ambiente.

Durante essa reunião, a coordenadora da coalizão também apresentou as responsabilidades da coalizão comunitária e estrutura do CQC, reforçando o que havia sido trabalhado durante o treinamento. As responsabilidades da coalizão comunitária são: a) participar de treinamentos/*workshops* do CQC; b) trabalhar para alcançar a visão compartilhada para o CQC; c) disseminar os princípios da Ciência da Prevenção e do sistema CQC pela comunidade; d) disseminar e aplicar a “Estratégia de Desenvolvimento Social”; e) monitorar a fidelidade da implementação dos programas preventivos; e, f) buscar soluções para os problemas de saúde e comportamento dos jovens da comunidade, baseando-se nos treinamentos. Em relação à estrutura do CQC, a coordenadora compartilhou a importância de dividir a coalizão em grupos de trabalho para distribuir os recursos humanos disponíveis de modo a aumentar a resolutividade das tarefas.

A terceira sessão do treinamento “Orientação da Coalizão Comunitária”, foi realizada em novembro de 2021. O objetivo dessa sessão foi esclarecer as dúvidas a respeito do processo, da estrutura organizacional e das responsabilidades de cada grupo. O facilitador também buscou apresentar estratégias para uma comunicação efetiva. Conforme o treinamento, para que as coalizões e equipes tenham uma comunicação efetiva, elas devem ter papéis claros; conduzir as reuniões de forma eficiente; estabelecer processos de tomada de decisão; ver conflitos como oportunidades. Para desenvolver uma comunicação interna, as informações são enviadas com antecedência; os materiais são distribuídos em tempo hábil; atas e outros documentos são revisados antes (e no início) da reunião; encerramento com discussão das

decisões, pontos pendentes, e próximos passos; atualizações de cada reunião são compartilhadas com os Grupos de Trabalho e com os líderes-chave; usar ferramentas que permitem acesso a documentos em tempo real. Para comunicação externa, devem desenvolver mensagens efetivas usando a Declaração de Visão; criar e atualizar pontos de discussão; escolher métodos adequados ao público-alvo; alinhar "quem", "o quê", e "como".

Após a realização dos treinamentos, com a definição dos membros da coalizão e divisão dos grupos de trabalho, ocorreu a última reunião da coalizão comunitária em dezembro de 2021, que contou com a presença de quatro (4) pessoas. Foram compartilhadas as responsabilidades de cada grupo de trabalho (GT) para que cada membro pudesse se candidatar a um GT. Nesse momento, a coalizão contava com onze (11) membros, como não estavam todos presentes na reunião, a coordenadora conversou individualmente com os membros para identificar qual GT gostariam de entrar. Os grupos foram divididos da seguinte maneira: GT1 - Dados e avaliação (n=2); GT2 Programas e Avaliações (n=3) em parceria com o conselho acadêmico; GT3 - Extensão (n=4); e GT4 - Comunicação (n=2). Conforme o material disponibilizado durante o treinamento cada grupo de trabalho possui responsabilidades específicas:

O GT 1 é responsável por revisar as informações sobre intervenções baseadas em evidências que podem ser implementadas na comunidade; monitoram os dados de fidelidade e satisfação; avaliar e buscar soluções para os obstáculos relacionados à implementação dos programas. O GT 2 é responsável por trabalhar no gerenciamento e interpretação dos dados; colaborar com a coleta e análise de dados sobre fatores de risco e proteção de jovens e conduzir avaliações sobre a eficácia das intervenções implementadas. O GT 3 promove o sistema CQC na comunidade e no município; recruta outros membros para a Coalizão; e faz o levantamento dos recursos existentes em outras entidades e instituições nas comunidades que podem ser incluídas no CQC. O GT 4, facilita a comunicação entre os diversos GTs, e integra diferentes

partes interessadas (*stakeholders*) externas ao processo; compartilha informações sobre o trabalho da coalizão com parceiros em diversos níveis e contribui para manter a coalizão comunitária funcionando.

Em janeiro de 2022 foi realizada uma reunião entre coalizão e conselho acadêmico, que contou com a participação de sete (7) lideranças. A principal questão levantada pelos membros da coalizão foi a necessidade de ter tarefas para que a coalizão consiga ter algo concreto para trabalhar. A coalizão estava aguardando os dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” (CTCYS original) para formular um plano de ação. O conselho acadêmico compartilhou as dificuldades para tradução e adaptação do instrumento, assim como, a dificuldade para acessar as escolas devido às restrições impostas primeiramente pela pandemia e depois pela reformulação do calendário escolar, decorrente desta situação.

No início de 2022, concomitantemente aos encontros da coalizão comunitária, aconteceram reuniões entre alguns grupos de trabalho, como por exemplo, a reunião do GT4 - Comunicação, que contou com a participação de três (3) membros e uma (1) representante do conselho acadêmico onde foram discutidas estratégias de *marketing* e uso de redes sociais para promover a divulgação do CQC na comunidade, buscando atrair novos parceiros para o projeto e acessar os jovens. Também foi realizado um encontro entre o GT3 - Extensão, com a participação de três (3) membros, onde foi atualizada a lista das instituições do bairro e a criação de um texto breve para apresentar o CQC a outras pessoas da comunidade.

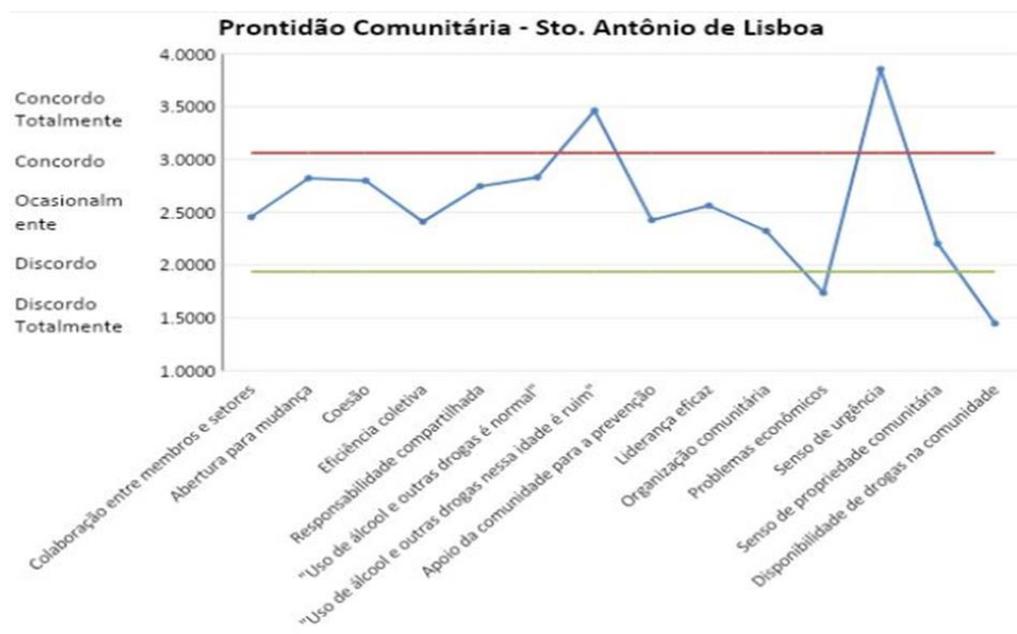
Em março de 2022 foi realizado um encontro com a coalizão comunitária para apresentação dos dados parciais referente à aplicação do “Questionário para Informantes Chave da Comunidade” (*Community Key Informant Survey* original). A apresentação dos dados foi realizada pela doutoranda responsável pela investigação da prontidão comunitária, integrante do conselho acadêmico. Os resultados parciais indicaram que os líderes chave do Distrito de Santo Antônio de Lisboa possuem a percepção negativa acerca do uso de álcool e drogas por

jovens da comunidade, assim como, apresentam senso de urgência para solucionar os problemas locais.

Entre os facilitadores em ascensão, foi constatado que há abertura à mudança, coesão, responsabilidade compartilhada, percepção de que o uso de álcool e outras drogas é normal nessa idade e de liderança eficaz. Enquanto barreira para alcançar a visão compartilhada, foram identificadas dificuldades econômicas e fácil acesso ao uso de drogas na comunidade. Outras barreiras identificadas foram relacionadas a colaboração entre membros e setores, a eficácia coletiva, o apoio da comunidade para a prevenção, a organização comunitária e o senso de propriedade comunitária. Uma prévia dos resultados apresentados para a coalizão está disposta na Figura 5.

Figura 5

Análise de dados do Questionário para Informantes Chave da Comunidade no CQC na comunidade pesquisada



Fonte: Thurow (2022).

Em março de 2022 a equipe do PSICLIN (conselho acadêmico) também realizou a aplicação da “Entrevista sobre prontidão comunitária” (*Community Readiness Assessment Interview*), com roteiro semiestruturado, realizada de forma presencial e individual, com duração de aproximadamente 45 minutos. Foram entrevistados seis membros da coalizão. O instrumento qualitativo avalia os esforços da comunidade relacionados à prevenção, o conhecimento da comunidade sobre os esforços locais, as lideranças, o clima da comunidade, o conhecimento da comunidade sobre os problemas de uso de drogas e violências e quais recursos da comunidade se pode contar. Os dados foram analisados e utilizados para abordar as questões envolvendo a prontidão comunitária. Até o momento, os resultados não foram apresentados para a comunidade e a previsão de apresentação desse resultado para a comunidade está prevista para o primeiro trimestre de 2023.

Em março de 2022, o conselho acadêmico (PSICLIN) retornou às atividades para validação psicométrica do instrumento de levantamento de fatores de risco e proteção para o uso de drogas e violências entre adolescentes e jovens, intitulado “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” (CTCYS original), que havia sofrido uma interrupção devido ao fechamento das escolas durante a pandemia da COVID-19. A aplicação foi realizada no Instituto Estadual de Educação do município, com alunos do 8º ano do ensino fundamental e do 1º ano do ensino médio. Após a aplicação dos questionários, foram realizados grupos focais para verificar a opinião dos estudantes em relação a clareza, relevância e demais características do questionário.

Uma análise quantitativa buscou compreender aspectos como: quantos estudantes deixaram de responder, quais questões foram menos respondidas, a necessidade de reestruturar algumas questões, etc. Após a análise, foram feitas alterações no pré-teste e adaptações culturais. Foram realizadas discussões com a equipe da *University of Miami*, responsável pela adaptação cultural deste instrumento para outros países, acerca de soluções para dificuldades

como o cansaço relatado pelos estudantes devido ao questionário ser muito longo e questões que não ficaram claras para eles.

Devido a necessidade de manutenção de todos os itens visando uma adequada adaptação cultural e validação psicométrica após aplicação piloto, foi sugerido a estratégia *Planned Missing Data Designs* (Little & Rhemtulla, 2013), que permite que os pesquisadores realizem a coleta dos dados incompletos dos participantes, designando aleatoriamente participantes que tenham itens ausentes em uma pesquisa (desenhos multiformes). Com isto, o questionário foi desmembrado em três versões (A, B e C) diferentes, variando os itens originais entre cada versão, mantendo os fatores aglutinadores presentes em todas elas. Ocorreu a diminuição da quantidade de itens para os respondentes, atendendo à solicitação dos estudantes que participaram do pré-teste cognitivo, mas no conjunto da amostra com os três questionários, todos os itens foram respondidos, sendo possível traçar com qualidade o perfil comunitário e realizar a validação psicométrica do questionário para o Brasil.

Enquanto o conselho acadêmico (PSICLIN) estava envolvido com a aplicação do questionário, as atividades na comunidade aconteceram através dos grupos de trabalho da coalizão comunitária. Entre maio e julho de 2022, foram realizados três encontros, sendo dois do GT - Comunicação e um encontro com os membros do GT - Dados. Entre esse período também, o conselho acadêmico (PSICLIN) realizou uma reunião com os membros da coalizão comunitária para apresentar o cronograma, com previsão de aplicação do instrumento para identificar fatores de risco e proteção. Estiveram presentes apenas apenas três (3) lideranças comunitárias A coordenadora da coalizão também apresentou as devolutivas sobre os encontros de cada GT.

Em agosto de 2022, foi realizado um encontro com a coalizão comunitária, com a participação de quatro (4) membros e a equipe do conselho acadêmico. Foram compartilhadas as atualizações sobre a coleta de dados nas escolas e a apresentação da identidade visual

realizada pelo GT- Comunicação. Nesse encontro, também foi aplicado o *checklist* Metas e Indicadores, referente a Etapa 2. Em setembro de 2022 foi feita a aplicação do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção”, em três (3) escolas de Santo Antônio de Lisboa, obtendo um total de 397 respostas: a) Escola Pública Municipal Paulo Fontes - 8º e 9º anos do Fundamental II; b) Escola Pública Estadual Paulo Fontes - Ensino Médio; e, c) Colégio Cruz e Sousa - 8º e 9º anos do Fundamental II e Ensino Médio.

Ainda em setembro de 2022 foi realizado o último treinamento sobre a “Estratégia de Desenvolvimento Social”, projetado para ajudar a coalizão comunitária a desenvolver uma compreensão mais profunda do Modelo de Desenvolvimento Social e criar um plano de ação para levar a Estratégia de Desenvolvimento Social em suas comunidades. Três (3) membros da coalizão e integrantes do conselho acadêmico (PSICLIN) estiveram presentes. A sessão II deste treinamento está prevista para acontecer em fevereiro de 2023, de forma presencial. Os dados coletados até dezembro de 2022 estão em processo de análise e serão compartilhados com a comunidade a partir de fevereiro de 2023 para dar andamento na implementação da Etapa 3 do sistema.

Figura 6

Síntese das atividades realizadas na etapa 2

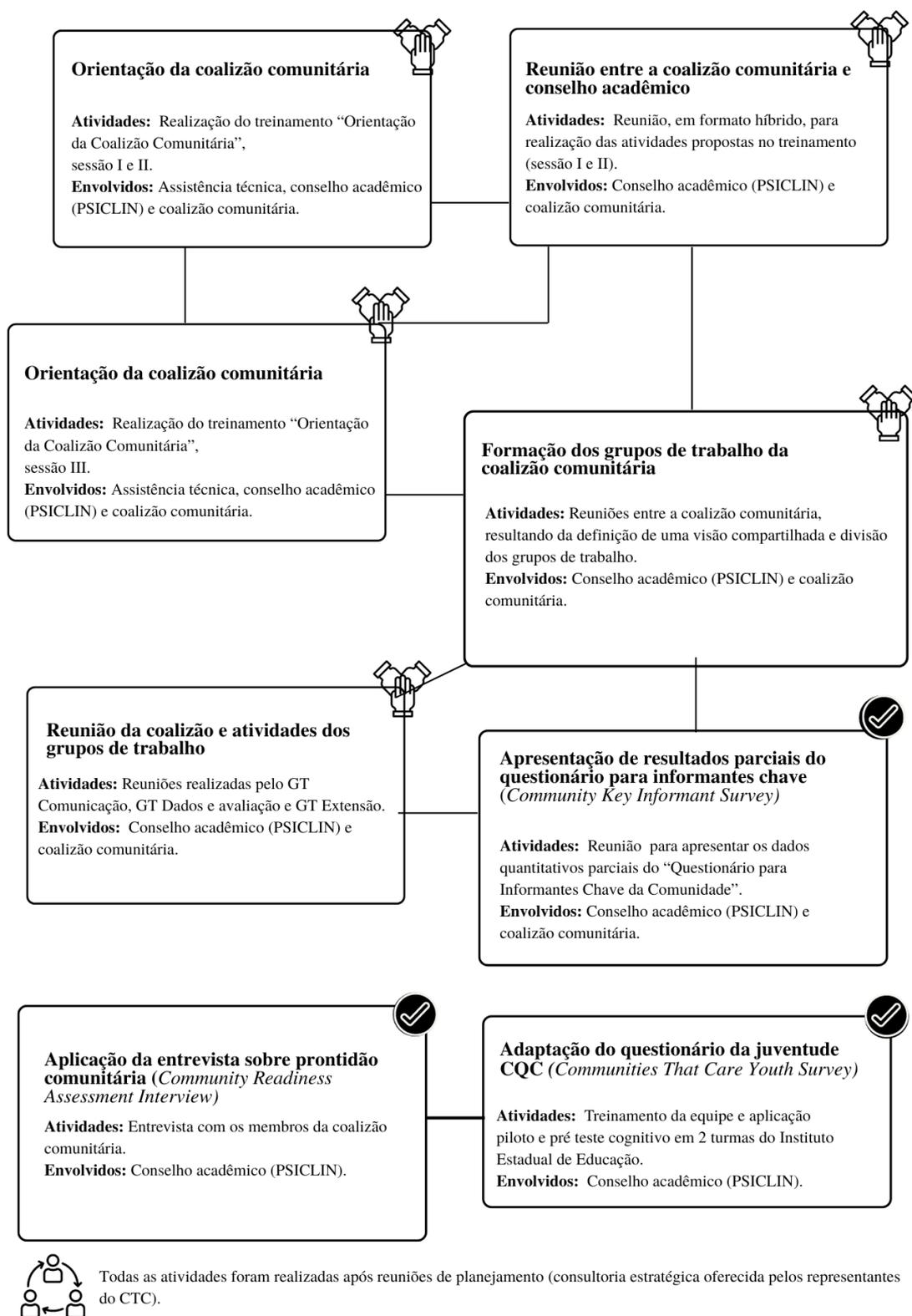
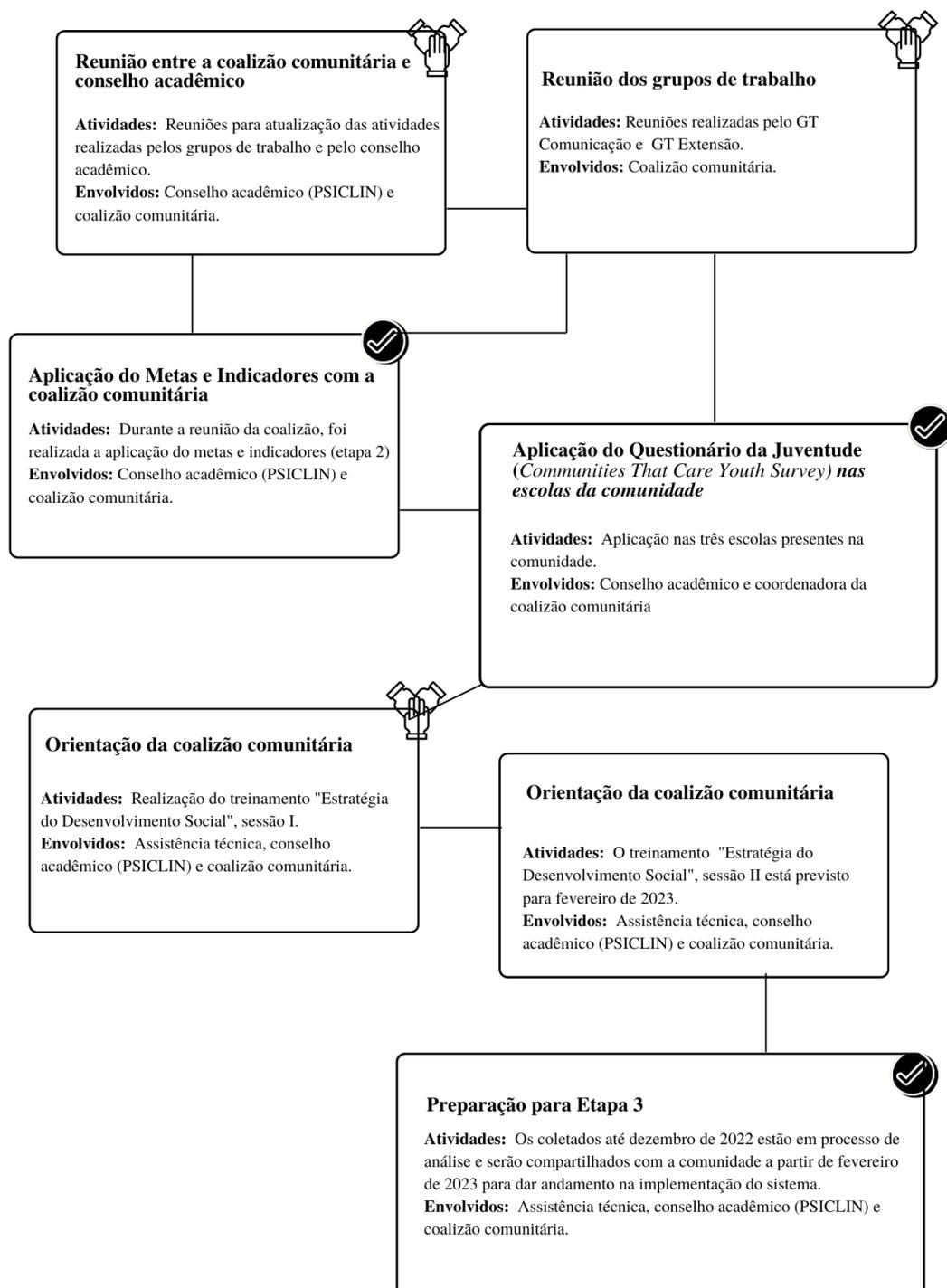


Figura 7

Continuação das atividades realizadas na etapa 2



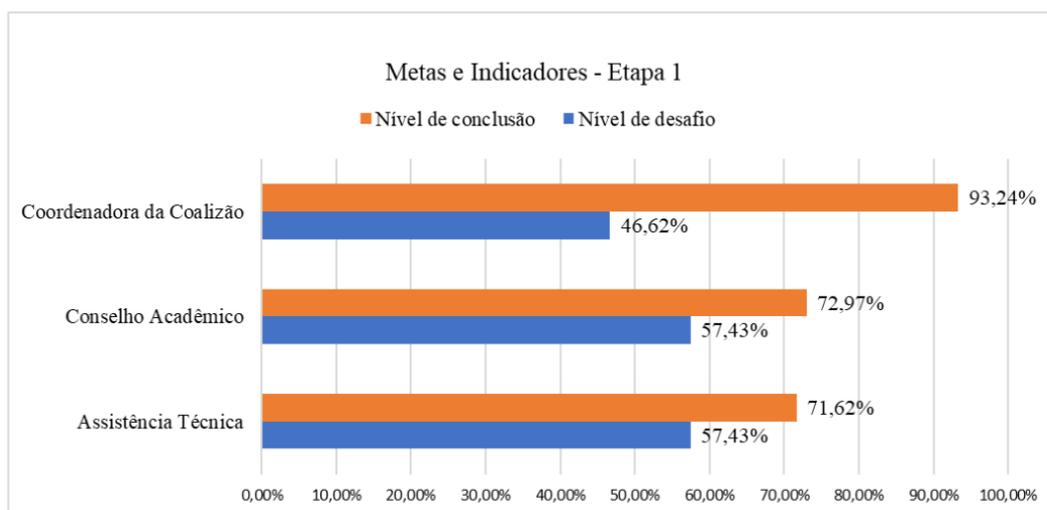
Todas as atividades foram realizadas após reuniões de planejamento (consultoria estratégica oferecida pelos representantes do CTC).

5.3 Metas e Indicadores relacionados à implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC

Os programas podem avaliar a fidelidade usando listas de verificação fornecidas pelos desenvolvedores (Proctor et al., 2011). Para monitorar a implementação do CQC, os participantes preencheram o *checklist* intitulado em português “Metas e Indicadores”, principal instrumento utilizado durante a implementação em outros países. Na percepção dos mesmos, exposta na Figura E, a maioria das metas e indicadores da primeira etapa foram concluídos, atingindo o percentual de 79,27%, com nível de desafio de 53,82 %.

Figura 8

Análise de dados do Metas e Indicadores do CQC na comunidade pesquisada (etapa 1)



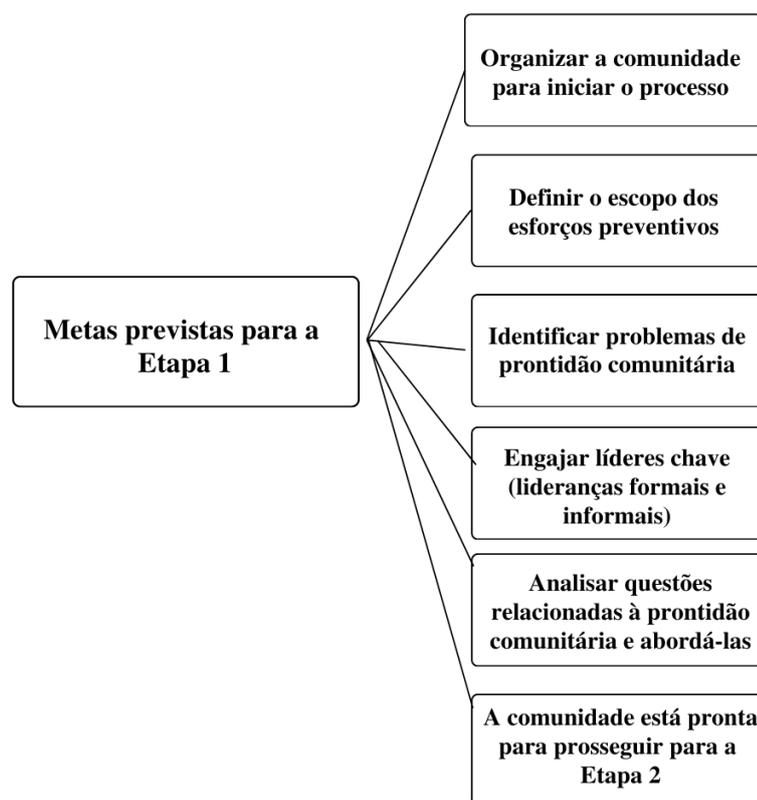
Os dados da análise documental corroboram com o resultado do *checklist* Metas e Indicadores referentes à Etapa 1, indicando que a maioria das metas (Figura E) foram concluídas. Verificou-se que durante a implementação piloto, aconteceu a organização da comunidade para iniciar o processo de Comunidades Que Cuidam (CQC), concluindo a meta 1.1.

A meta 1.2, referente a definição do escopo dos esforços preventivos foi concluída parcialmente, pois o atraso para a coleta de dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” não permitiu identificar os desfechos de saúde e comportamento que seriam abordados. A identificação dos problemas de prontidão foi realizada a partir da aplicação do Questionário de Informantes Chave da Comunidade, concluindo a meta 1.3.

Foi realizado o engajamento dos líderes chave e a realização do treinamento “Orientação de Líderes Chave”, que resultou em um grupo de trinta e sete (37) líderes chave e doze (12) membros da coalizão comunitária, atingindo a meta 1.4. A análise e ação sobre questões relacionadas à prontidão comunitária ou desenvolvimento de um plano para abordá-las, sendo assim, a meta 1.5 foi concluída parcialmente. Até o momento, os dados sobre a prontidão foram coletados e analisados, mas não foi documentado um plano de ação para abordá-los. Nesse caso, a meta 1.6, avaliar se a comunidade está pronta para prosseguir para a Etapa 2, pode ser considerada parcialmente concluída. Após a avaliação da prontidão e dos dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” será necessário compartilhar os dados com a coalizão para que o plano de ação seja estruturado.

Figura 9

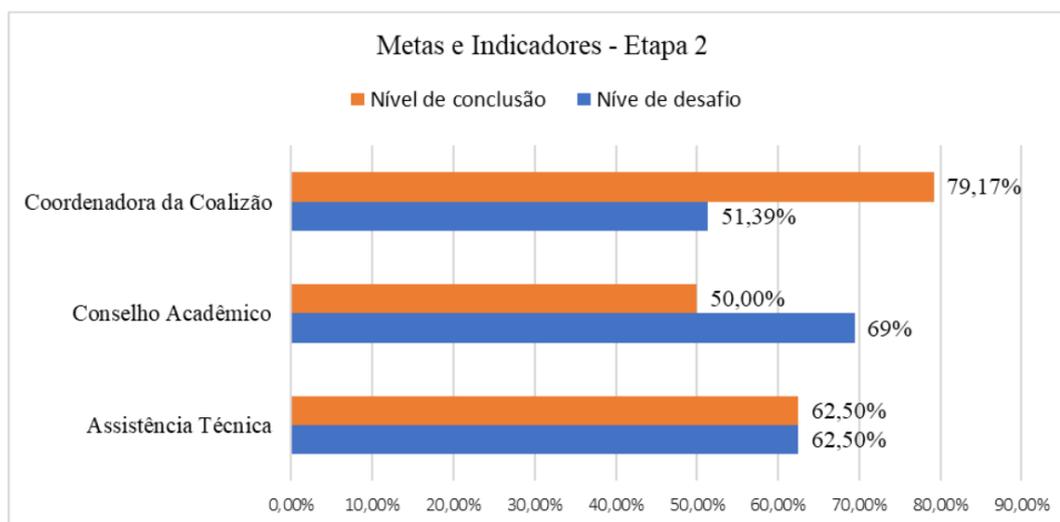
Metas previstas na etapa 1 da implantação do CQC na comunidade pesquisada



Sobre a Etapa 2, os participantes indicaram que 63,2 % das metas e indicadores foram concluídos até o momento, com nível de desafio de 54,63%. Os dados da análise documental confirmam que duas das três metas (Figura G) desta etapa, estão em andamento. A primeira delas, descrita no item 2.1, que se refere ao desenvolvimento de uma coalizão comunitária, está concluída. Inicialmente aconteceu a adesão de doze lideranças, sendo que onze delas participaram do treinamento “Orientação da Coalizão Comunitária”, dividido em três sessões. Os registros das reuniões e treinamentos apontaram que esse número foi diminuindo no decorrer do processo, e, atualmente seis lideranças continuam participando de forma ativa na coalizão comunitária.

Figura 10

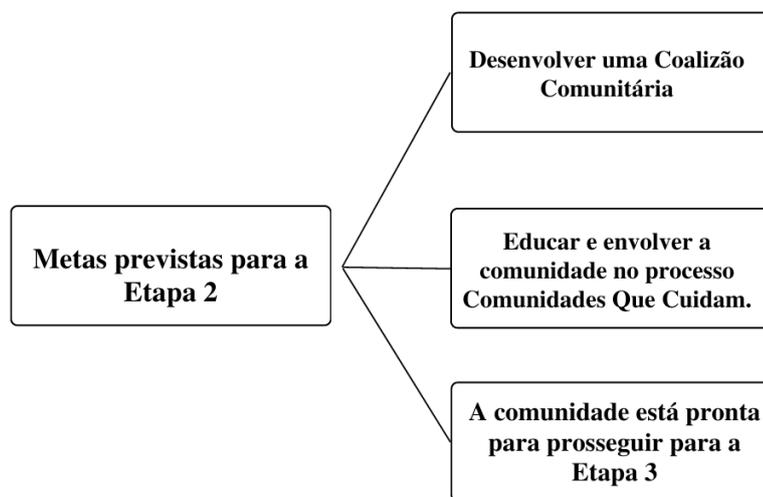
Análise de dados do Metas e Indicadores do CQC na comunidade pesquisada (etapa 2)



A meta 2.2, educar e envolver a comunidade no processo de implementação do CQC, está parcialmente concluída. Foram realizadas reuniões frequentes com a coalizão comunitária, mas as atividades dos grupos de trabalho envolvendo a comunidade ficaram limitadas, principalmente pela falta dos dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção”, que é o principal instrumento para fornecer o perfil comunitário e direcionar as ações. Ainda que os grupos de trabalho tenham identificado a necessidade de acessar e incluir os jovens nesse processo, não foi identificado o registro de um plano de ação para inserir os jovens da comunidade na coalizão comunitária. A última meta 2.3, que visa identificar se comunidade está pronta para prosseguir para a etapa 3, está concluída parcialmente. As duas metas que estão em andamento, precisam ser revistas após a análise dos dados do Questionário da Juventude CQC.

Figura 11

Metas previstas na etapa 2 da implantação do CQC na comunidade pesquisada



A partir da descrição qualitativa, verificou-se que algumas atividades não foram percebidas como totalmente alcançadas por não estarem documentadas. Pela análise documental, identificou-se que a maioria das atividades estavam registradas, principalmente em atas, mas essas informações não estavam compiladas em um único documento, o que pode dificultar o acesso de todos os envolvidos à informações relevantes sobre o processo e influenciar negativamente a percepção, inclusive da comunidade, sobre o caminho já percorrido.

Para as próximas etapas sugere-se que, a partir do *checklist* Metas e Indicadores do CQC, um guia seja construído para uso da comunidade e registros das atividades de forma padronizada. Um modelo já utilizado pelo CTC, que pode ser adaptado, é o “*Tools for Community Leaders: A Guidebook for Getting Started*”, elaborado pelos desenvolvedores do sistema David Hawkins e Richard Catalano. O guia é utilizado para ajudar as comunidades a iniciarem o processo CTC. Para tanto, apresenta as metas e seus indicadores, como: discussões a partir de pesquisas e informações relevantes; descrição das tarefas, papéis e funções

específicas; atividades e ações específicas para ajudar a alcançar as metas. Também disponibiliza espaços para o devido registro das atividades realizadas pela coalizão. O material pode ser utilizado de diferentes maneiras: ser um passo a passo para começar o CTC com planejamento; auxiliar esforços de planejamento já existentes na comunidade; e se tornar uma ferramenta de referência para planejamento de ações preventivas.

5.3.1 Discussão sobre a fidelidade do processo de implementação piloto

Os resultados da Análise Temática (AT), expostos na Tabela 5, serão discutidos a partir de dois temas: a) fidelidade e b) adaptações culturais. Conforme apresentado na Figura I, o tema **fidelidade** está subdividido em dois subtemas: elementos centrais e monitoramento das próximas etapas. O tema **adaptação cultural** também está subdividido em dois subtemas: entrega do treinamento e estrutura da coalizão.

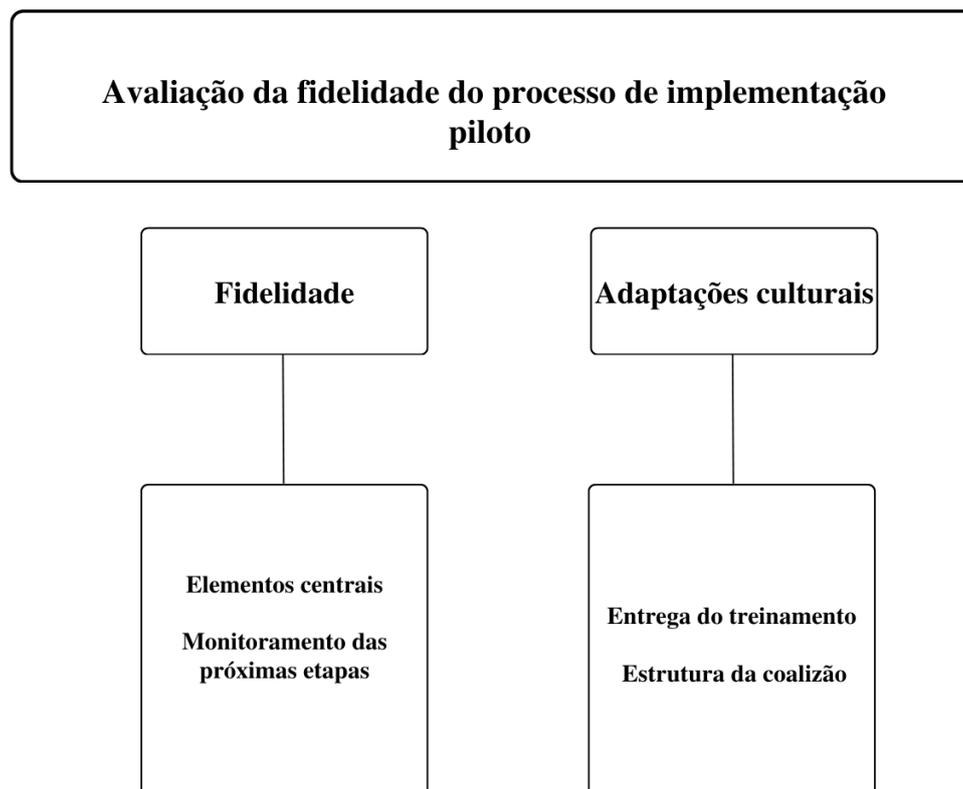
Tabela 5

Fases da Análise Temática sobre a fidelidade da implementação piloto do CQC

Fases	Análise Temática (AT)
1) Familiarização com os dados	13 códigos provisórios
2) Geração dos primeiros códigos	4 códigos
3) Busca por temas	2 temas
4) Revisão dos temas	2 temas
5) Definição e nomeação dos temas	a) fidelidade b) adaptação cultural
6) Produção de relatório	Artigo II

Figura 12

Temas da Análise Temática sobre a fidelidade do processo de implementação piloto



5.3.2 Avaliação da implementação dos elementos centrais do CQC na comunidade pesquisada

Para que o CTC promova as mudanças esperadas em contextos que exigem adaptações culturais, é recomendado que a implementação preserve os elementos centrais (Jonkman, 2015; Quinby et al., 2008). Sendo assim, a fidelidade da implementação do sistema CTC está condicionada a entrega dos seguintes elementos: a) mobilização das partes interessadas; b) uso de dados epidemiológicos para tomada de decisão; c) uso de programas testados e eficazes; e, d) avaliação contínua dos resultados e revisão do plano comunitário (Jonkman et al., 2009).

Durante a implementação piloto, os elementos centrais foram apresentados nos treinamentos para a equipe local e para a comunidade (líderes chave e coalizão comunitária).

Entretanto, apesar de ter o acesso a essas informações desde o primeiro momento, o entendimento sobre o que os elementos centrais significavam na prática e de que modo deveriam ser preservados, aconteceu durante o processo, principalmente quando as discussões acerca das adaptações começaram a acontecer. Como relatado pela E2, “demorou para construir esse racional. Tem elementos centrais de fidelidade, mas eles foram ficando mais claros gradativamente, conforme o processo foi acontecendo”, também apontou que “se a equipe tivesse entendido que o Metas e Indicadores pode ser um guia, talvez tivesse tido um pouco mais de autonomia”.

O uso do *checklist* como um guia, para além do monitoramento, pode trazer diferentes benefícios para a implementação do CQC, como: auxiliar o conselho acadêmico a planejar as reuniões e atividades com a coalizão comunitária; documentar as atividades de forma contínua e sistemática em um arquivo único; estabelecer uma linguagem compartilhada e acessível entre todos os envolvidos (assistência técnica, conselho acadêmico e coalizão comunitária); ajudar a comunidade a visualizar e acompanhar as atividades realizadas no andamento da implementação do sistema; aumentar a compreensão da comunidade sobre o que é o CQC, entre outros. Para as próximas etapas, o “*Tools for Community Leaders: A Guidebook for Getting Started*”, pode ser adaptado para realidade brasileira.

Duas versões deste guia foram encontradas, a primeira delas, desenvolvida em 2002, por David Hawkins e Richard Catalano e a segunda, que foi atualizada no *CTC-Plus*, em 2019, pelo *Center for Communities That Care*, da *University of Washington*. Outro documento que pode ser utilizado para auxiliar na implementação do sistema é o “*Strategic Prevention Framework*”, desenvolvido por “*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*” (SAMHSA), que utiliza uma estrutura com cinco etapas e dois princípios orientadores para os planejadores de prevenção ao uso de substâncias e outros problemas comportamentais enfrentados pela comunidade. As etapas descritas são: a) identificação; b)

capacidade; c) planejamento; d) implementação; e, e) avaliação. Os princípios transversais são: a) competência cultural; e, b) sustentabilidade. Este documento é utilizado como um guia estruturado para o processo de implementação das intervenções preventivas baseadas em evidência pela comunidade, contribuindo para mudanças em nível comunitário (Anderson-Carpenter, et al., 2016; Florin et al., 2012; Orwin et al., 2012, Peterson et al., 2019).

Sobre a fidelidade dos **elementos centrais** durante a implementação piloto do CQC na comunidade pesquisada, os participantes entendem que, até o momento, apesar dos desafios advindos do contexto pandêmico, o trabalho tem sido realizado conforme o que foi projetado no CTC. O E1 resume da seguinte forma: “para ser CTC, a gente precisa ter uma coalizão, e a gente tem uma coalizão. Pequena, em processo de formação, mas a gente tem uma coalizão. A gente precisa coletar dados dos jovens sobre fatores de risco, fatores de proteção, para poder informar a nossa tomada de decisão. Os dados estão coletados. É uma amostra pequena, mas é uma amostra representativa da comunidade [...] todas as escolas da comunidade foram consideradas”. A participante E3 possui uma percepção semelhante, segundo ela: “a gente tá seguindo bem certinho as etapas, agora a gente vai para as estratégias de desenvolvimento social, e, posterior a isso, a gente vai ter acesso ao resultado dos questionários e realmente fazer o trabalho de implementação de práticas que já foram testadas, então eu acho que a gente tá bem certinho, dentro desse passo a passo”.

Os participantes possuem o entendimento de que existem componentes do sistema que não podem ser alterados e fizeram movimentos na tentativa de preservá-los. Nas etapas iniciais, houve o investimento em manter a implementação alinhada com os elementos centrais, mas, considerando a baixa adesão dos líderes chave à coalizão comunitária, cabe entender até que ponto se faz necessário aumentar a sensibilidade cultural para incorporar as características étnicas, culturais, sociais e históricas. Manter um equilíbrio adequado entre fidelidade e

adaptação cultural é um aspecto complexo, mas fundamental para o sucesso da implementação (Sidani et al., 2017).

Além disso, por ainda estar numa fase inicial, o **monitoramento das próximas etapas** será imprescindível para responder se, ao final da implementação, ela poderá ser considerada entregue com fidelidade. Conforme o E1, nas próximas etapas será necessário implementar uma intervenção baseada em evidência ou informada pela evidência, “e aí vai determinar o quão próximo a gente vai estar do modelo CTC [...] eu vejo isso, os próximos passos vão ajudar a gente a se aproximar ou a se distanciar da fidelidade ao modelo original”, também será importante trabalhar com a coalizão para “separar o que é uma boa ideia e o que é uma ideia que, de fato, tem um respaldo teórico”.

Experiências de implementações anteriores, essencialmente aquelas que aconteceram na América Latina, como Colômbia (Pérez-Gómez et al., 2016), Chile (Rioseco, 2017) e México (Brown et al., 2021), podem auxiliar a lidar com essa questão. Uma estratégia para estimular e ampliar a implementação de intervenções preventivas baseadas em evidências apontada por Quinby e colaboradores (2008) é o mapeamento e divulgação das intervenções disponíveis, como por exemplo, o *Blueprints for Healthy Youth Development*, dos Estados Unidos (<https://www.blueprintsprograms.org/>).

No Brasil, houve um avanço importante com a publicação da Portaria nº 841, de 15 de dezembro de 2022, que institui o Sistema Nacional de Prevenção ao Uso de Álcool e outras Drogas (SINAP), no âmbito do Ministério da Cidadania. O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania, lançaram no dia 19 de dezembro de 2022, a plataforma do SINAP e a Ação educativa “Escutar para Cuidar” (<https://www.plataformasinap.com.br>).

A plataforma tem como objetivo contribuir com desenvolvimento de ações preventivas sistêmicas, auxiliando a gestão das ações de prevenção no país e facilitando a interlocução entre a gestão federal, estados, municípios, sociedade civil e academia. Além disso, ela também disponibilizará informações, materiais, recursos, acesso à formação EAD, entre outros. O primeiro documento publicado na plataforma foi a “Proposta de modelo teórico do Sistema Nacional de Prevenção do Uso de Álcool e Outras Drogas: Definição de conceitos, fluxos, atores e fóruns relevantes com base nas Diretrizes Internacionais sobre Prevenção do Uso de Drogas do UNODC” (UNODC, 2022). Entre os eixos de trabalho, o documento aponta no eixo II, o fortalecimento de ações de prevenção por meio da formação de gestores e aprimoramento de quatro programas de prevenção adaptados para implementação no Brasil: programas Elos e #Tamojunto, voltados ao ambiente escolar; o Famílias Fortes, voltado para as famílias; e o Vamos Nessa, que trabalha a prevenção por meio dos esportes. Estes programas poderão compor a lista de opções disponibilizadas para a coalizão comunitária.

A adoção da prevenção baseada em evidências pela comunidade é um dos mecanismos para os resultados positivos dos jovens durante a implementação do CTC (Brown et al., 2014), mas, esse também é um dos grandes desafios enfrentados pelos implementadores devido a escassez de programas testados e eficazes (Brown et al., 2021; Jonkman et al. 2009; Pérez-Gómez et al. 2016; Rioseco, 2017; Steketee et al. 2013) e a resistência de algumas coalizões para utilização de intervenções com evidências (Quinby et al. 2008). O acesso ao SINAP poderá auxiliar a coalizão comunitária do CQC na implementação das etapas seguintes.

5.3.3 Adaptações culturais realizadas no processo de implementação do CQC na comunidade brasileira pesquisada

A adaptação cultural diz respeito ao processo de fazer mudanças nos programas baseados em evidência quando eles são implementados em novos contextos (Moore et al.,

2021). Existe um consenso de que as intervenções implementadas em contextos diferentes, exigem alterações ou adaptações para atender as características e condições locais, demandando uma combinação entre fidelidade e adaptação para produzir os resultados desejados de forma confiável (Durlak e DuPre, 2008; Carvalho et al., 2013).

Embora essas modificações sejam consideradas necessárias e importantes, existe uma discussão, no campo da ciência da implementação, acerca do quanto as adaptações podem mudar a forma como as intervenções são disseminadas, afetando a eficácia e efetividade (Mihalic & Elliott, 2004). O CTC conseguiu apresentar resultados positivos durante a disseminação em diferentes países, pois diminuiu a disputa entre fidelidade de implementação e adaptação por apresentar uma estrutura com elementos centrais definidos (Jonkman, 2015).

Durante a implantação piloto das etapas iniciais do CQC, as principais adaptações culturais foram identificadas na **entrega dos treinamentos** e na **estrutura da coalizão** comunitária. Para essa questão, o E1, entre os três participantes, foi o único que detalhou as modificações realizadas. O participante é especialista em CTC e foi responsável pela facilitação dos treinamentos, uma das principais atividades realizadas na Etapa 1 e 2.

Em relação às adaptações na entrega dos treinamentos, a primeira modificação identificada é relacionada ao facilitador. No CTC, durante a preparação para a implementação que acontece na Etapa 1, ocorre o treinamento de um responsável local por mediar o processo dos treinamentos com a comunidade. Sobre essa questão, o E1 falou sobre o seu papel e sobre o fato de não estar, estar próximo da comunidade “não tinha um implementador local, eu que tô aqui a milhas de distância né, não estou junto da comunidade, não tem essa possibilidade, ao invés de ter um facilitador treinado, que seria a pessoa a entregar os treinamentos e eu ficaria como *coach*, como uma assistência técnica para fazer a interface com esse facilitador”.

A duração dos treinamentos também foi modificada devido a questões que envolveram as seguintes questões: a transição dos encontros presenciais para *online*; a restrição dos

encontros presenciais; e a dificuldade que as lideranças encontraram para disponibilizar tempo ao CQC. O participante E1 refere que “a ideia é de que o treinamento presencial dure um dia inteiro [...] mas não é a mesma realidade que a gente tem nos Estados Unidos, por exemplo”.

Para manter a entrega dos conteúdos, foi necessário dividir a carga horária em sessões realizadas em dias diferentes. Existia a necessidade de diminuir a duração, por ser uma entrega *online*, mas os conteúdos precisavam permanecer devido a fidelidade, como apontado pelo participante E1, "havia necessidade de entregar o conteúdo na comunidade, mas a comunidade sentia falta de uma troca, de um momento maior de troca e isso acabou competindo com a entrega do conteúdo”.

Para que a entrega do conteúdo pudesse acontecer de forma mais efetiva, também foi necessário ajustar a linguagem e incluir atividades práticas. O E1 relata que “precisou fazer muitas modificações, não tanto no conteúdo, mas na linguagem, na entrega a gente teve que incluir mais atividades práticas e menos atividades de transmissão de informação”. Durante os treinamentos foram identificadas questões que envolvem a cultura da população brasileira que precisam ser repensadas para as próximas etapas, como por exemplo, a necessidade de maior interatividade da coalizão durante os treinamentos.

Outro fator que precisa ser considerado é a complexidade de conceitos como prevenção e as intervenções baseadas em evidência que estão na base de todo o trabalho da coalizão, mas podem não ser assimilados pela comunidade quando compartilhados em uma linguagem científica. Sobre esse processo, o E1 avalia que “teve que ajustar a linguagem [...] não estava apropriada inicialmente, a gente tentou criar o que fosse ideal, o que fosse no nível de linguagem compreensível, mas para além de quão compreensível era o conteúdo, tinha a questão de ter muitos termos que a comunidade não estava familiarizada, de estar apresentando muitos conceitos que muitas vezes pode ter sido demais para a coalizão”. Em relação à estrutura operacional, foi necessário diminuir o número de grupos de trabalho que compõem a coalizão

comunitária, segundo o E1, “nos Estados Unidos, existem mais grupos do que a gente propôs no Brasil. O que a gente propôs para o Brasil, foi com base na nossa experiência na Colômbia e no México”.

Sobre as adaptações, entende-se que a implementação de uma intervenção em contextos diferentes exige sensibilidade cultural (Escoffery et al., 2018). As modificações podem ocorrer em duas dimensões: a superficial e a profunda. Adaptações na estrutura superficial são aquelas que ajustam a forma (materiais, informações e meios de divulgação da intervenção), incorporando as crenças e os valores da comunidade. São alterações que visam aumentar a adesão e o envolvimento dos participantes. As modificações na estrutura profunda envolvem adaptações que mexem nos elementos centrais do programa para aproximar da realidade local, indicadas apenas quando realizadas de forma planejada e sistemática para não alterar os ingredientes ativos responsáveis pelos efeitos da intervenção (Resnicow et al., 2000).

As adaptações costumam acontecer no conteúdo (a informação entregue) e na implementação (como as informações foram entregues). Quando ocorrem no conteúdo, buscam aumentar a relevância cultural, adicionando elementos culturais, substituindo elementos não essenciais ou reordenando elementos do programa. A adaptação de conteúdo também pode envolver a inclusão de metáforas ou referências apropriadas para essa população. Já a adaptação da implementação inclui a modificação do papel do pessoal que realiza a entrega e/ou modificação do formato ou canal de aplicação (por exemplo, usando uma plataforma de distribuição baseada na *web* em vez de sessões de grupo presenciais) (Escoffery et al., 2018).

Na implementação da Etapa 1 e 2 do CQC, foram identificadas alterações no conteúdo e na implementação, ambas estão diretamente relacionadas com a transição da entrega presencial para a entrega *online*, que pode ser transformada em uma entrega híbrida nas próximas etapas. O modelo de entrega híbrida já estava previsto e testado no *CTC-Plus*, o que contribuiu para a tomada de decisões no CQC.

Ainda não é possível dimensionar o impacto dessas modificações nos resultados da implementação piloto, mas, os aprendizados até aqui sinalizam que existe espaço para realizar adaptações culturais e manter a fidelidade aos elementos centrais. Durante as implementações existe uma tensão entre manter a fidelidade (a ideia de que as intervenções devem ser entregues com adesão aos modelos originais) e se adequar (a ideia de que devem ser adaptados para refletir os valores e normas culturais, abordando questões estruturais sistêmicas como, racismo e discriminação, por exemplo). No entanto, adaptações culturais bem executadas podem respeitar ambas as perspectivas e ainda alcançar os resultados desejados (Barrera et al., 2017).

5.4 Principais desafios para a implementação piloto das Etapas 1 e 2 do CQC: análise das entrevistas

Os resultados da Análise Temática (AT) das entrevistas, expostos na Tabela 6, serão discutidos a partir de três eixos: a) contexto acadêmico; b) entrega do treinamento; c) coalizão comunitária. Conforme apresentado na Figura 12, o tema **contexto pandêmico** está subdividido em dois subtemas: atraso para coleta do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” e restrição das atividades coletivas presenciais. O tema **entrega do treinamento** está subdividido em dois subtemas: entrega para a equipe de implementação local e entrega para a comunidade. Por fim, o tema **coalizão comunitária**, que apresenta as dificuldades relacionadas à **formação da coalizão comunitária**.

Tabela 6

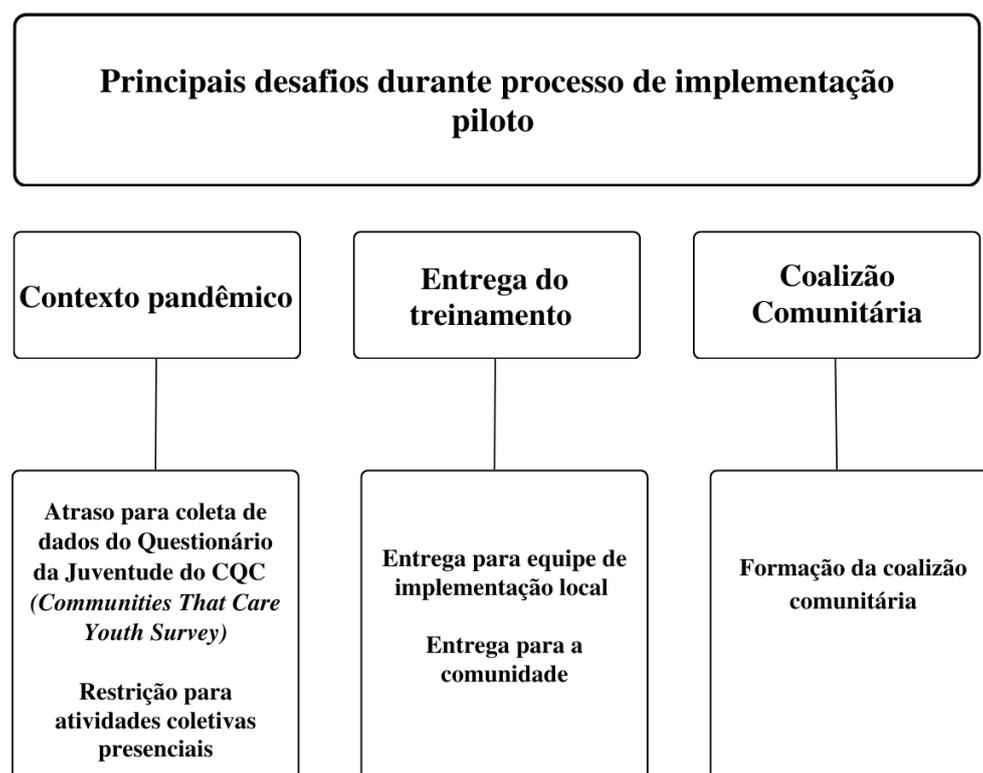
Fases da Análise Temática sobre os desafios do processo de implementação piloto do CQC

Fases	Análise Temática (AT)
1) Familiarização com os dados	18 códigos provisórios
2) Geração dos primeiros códigos	9 códigos
3) Busca por temas	5 temas
4) Revisão dos temas	3 temas

- 5) Definição e nomeação dos temas
- a) contexto pandêmico
b) entrega do treinamento
c) coalizão comunitária
- 6) Produção de relatório
- Artigo II

Figura 13

Temas da Análise Temática sobre os desafios do processo de implementação piloto do CQC



A identificação das barreiras vivenciadas durante a implementação da Etapa 1 e 2, pode contribuir com a formulação de estratégias que aprimorem a entrega das etapas seguintes ou futuras disseminações. A implementação de intervenções é um processo social, onde o contexto não é visto como um pano de fundo, ele consiste na relação entre um conjunto de variáveis interativas (e ativas) que se entrelaçam com a implementação da intervenção, caracterizada como o conjunto de processos destinados a colocar uma intervenção em uso (Rabin et al.,

2008). Os desafios ou barreiras podem estar presentes em cinco dimensões: a) características da intervenção; b) cenário interno; c) cenário externo; d) indivíduos envolvidos; e) o processo de implementação, que interagem de forma complexa para a efetividade da intervenção (Damschroder et al., 2009).

As características da intervenção estão relacionadas aos componentes descritos como centrais (elementos essenciais e indispensáveis para efetividade) e superficiais (elementos, estruturas e sistemas adaptáveis relacionados à intervenção e organização em que está sendo implementada). O cenário interno inclui características de contextos estruturais, políticos e culturais através dos quais o processo de implementação prosseguirá e o cenário externo inclui o contexto econômico, político e social dentro do qual a instituição ou comunidade está inserida. Os indivíduos envolvidos com o processo de intervenção e/ou implementação, são os participantes ativos, com normas, atitudes, interesses e afiliações culturais, organizacionais, profissionais e individuais (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Fixsen et al., 2005).

5.4.1 Contexto pandêmico

As etapas iniciais da implementação piloto do CQC no Brasil aconteceram em um contexto de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Globalmente, a pandemia causou impactos sociais e econômicos sem precedentes. No Brasil, esses efeitos foram acrescidos pelas desigualdades e iniquidades sociais enfrentadas pela maioria da população brasileira (Souza et al., 2020). Para diminuir a disseminação do coronavírus (*SARS-CoV-2*), as primeiras medidas de segurança pública foram: distanciamento, isolamento social e cuidados com a higienização (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020).

Estas medidas representaram um desafio para as equipes e serviços de saúde que precisaram reformular suas práticas de cuidado de forma abrupta (Gunnell et al., 2020). A

imprevisibilidade e a incerteza durante esse período levaram a necessidade de reformulação de planos de trabalho de ações preventivas voltadas para a comunidade (Loblay et al., 2022). O CQC, por ser um sistema baseado na comunidade, não ficou isento a essas interferências. Para os participantes, esse contexto impôs desafios que permearam todo o processo de implementação. Na percepção da E2, o projeto de adaptação cultural do CQC aconteceu de forma incomum, devido a pandemia, segundo a participante: “Tinha uma demanda imposta que a gente não tinha controle, que é essa: a adaptação está completamente alinhada com o período de covid [...] Eu penso que a etapa 1 e 2, né, de se preparar e se organizar, elas aconteceram talvez num tempo incomum, sei lá, de forma incomum, por causa dessas interferências da pandemia”.

A pandemia foi vista como um dos principais motivos pelo **atraso da implementação**, principalmente por estabelecer uma barreira ao acesso às escolas para a coleta de dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” (*Communities That Care Youth Survey*), como relatado pela E2: “outra interferência da pandemia, foi o atraso que a gente teve, que foi inevitável, na aplicação do questionário fatores de risco e proteção”. Devido às medidas orientadas pela OMS, o Ministério da Educação decretou o fechamento das escolas em 17 de março de 2020, através da Portaria nº 343, que suspendeu as aulas presenciais da rede pública e privada, em nível básico e superior. Como alternativa, foi proposta a continuação das aulas na modalidade *online* (Almeida & Alves, 2020). Esse fato, interferiu o processo em diferentes momentos da implementação. Para o E1 “ter começado sem os dados coletados, isso afetou, normalmente a gente tenta começar com os dados já coletados, que a gente não precisa não ficar à mercê das escolas para começar o trabalho”.

Diante da dificuldade para acessar as escolas, que no primeiro momento estiveram complementarmente fechadas e depois se reorganizando para o retorno das atividades presenciais, houve o atraso para a adaptação e validação psicométrica do instrumento, que

culminou no atraso para coleta dos dados nas escolas da comunidade e, consecutivamente, fez com que a coalizão comunitária não tivesse acesso ao perfil epidemiológico da comunidade no tempo previsto. Na percepção da E3, não ter acesso aos dados pode ter influenciado o trabalho da coalizão comunitária, segundo a participante “tem a questão dos dados. O quanto a comunidade quer fazer algo, e que a gente ficou preso, de não ter os dados”.

O contexto pandêmico foi um desafio enfrentado mundialmente, sem precedentes históricos. Em alguns países, como no Brasil, enquanto os pesquisadores e profissionais da saúde trabalhavam para diminuir a disseminação do vírus e dos óbitos, a população sofria com a intensificação dos problemas socioeconômicos e com a crise ético-política que atrasou o retorno das atividades presenciais. Para permitir o retorno das escolas e atividades de trabalho, os pesquisadores recomendaram medidas para redução efetiva da transmissão do vírus, melhoria no manejo clínico e desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes (Mendes, 2020), mas caminhando na contramão do mundo, o Governo Federal não organizou o sistema de saúde e as ações emergenciais com base nas evidências científicas, levando o Brasil a apresentar um dos piores cenários mundiais (Souza, 2022).

Para Mendes (2020), alguns fatores contribuíram para as incertezas sobre as estratégias de enfrentamento, por exemplo, a rapidez com que o vírus foi disseminado globalmente, o desconhecimento sobre a fisiopatologia do vírus e seu potencial de contaminação, a insuficiência das evidências sobre abordagens farmacológicas e a inexistência de vacinas, mas esse cenário foi por outras questões, como “a interpretações diferenciadas sobre a efetividade das medidas não farmacológicas; a politização de questões técnicas que deveriam ser estabelecidas com base em evidências científicas; a fragilidade da coordenação nacional da pandemia; a concomitância de uma crise sanitária com uma forte crise econômica e social que lhe é consequente; e a polarização entre a saúde e a economia” (Mendes, 2020). Para além dos

impactos já previstos da COVID-19, o país foi afetado pelo negacionismo, que atrasou ainda mais as possibilidades para o retorno das atividades presenciais.

A **restrição do contato presencial** foi um desafio durante a implementação piloto, pois o planejamento inicial da Etapa 1 e 2 previa encontros que em decorrência das medidas de segurança pública e da situação agravante vivenciada no país, foram reestruturados para a modalidade *online*, o participante E1 refere que “não tem como a gente ignorar esse fato, então por conta da pandemia, a gente havia planejado parte do conteúdo das atividades ocorrerem *online*, mas na época do planejamento anterior, a gente faria bastante atividade pessoalmente”.

Respeitar as recomendações da Organização Mundial da Saúde, seria justamente evitar abordagens de mobilização em nível comunitário que impliquem grandes reuniões de pessoas e utilizar plataformas digitais para realização de teleconsulta, reuniões e ações de saúde (World Health Organization [WHO], 2020). Durante a implementação piloto, não havia outra possibilidade, foi necessário lidar com a indisponibilidade de interações presenciais, fato que foi sinalizado pelos participantes, o E1 percebe que “em relação às pessoas estarem juntas, ouvi bastante dos participantes e da equipe de implementação. Estar junto compartilhando o espaço de um momento de troca, é algo que fez falta no início do processo”.

A E2 identifica que “não teria como não ser dessa forma, não teria como ser diferente no momento em que a gente estava, né, mas acho que esses momentos presenciais, eles, para mim, me geraram uma aproximação diferente do que os treinamentos só via videoconferência”. Para a E3 essa questão foi ainda mais desafiadora na Etapa 2, onde ocorreu a formação da coalizão “na verdade o maior desafio realmente ficou mais na segunda parte, que foi o momento de a gente amarrar a participação da coalizão. Eu acredito que aí, uma coisa que foi fundamental, foi a própria pandemia”.

A implementação e disseminação de intervenções preventivas baseadas em evidência durante a pandemia enfrentou barreiras em diferentes âmbitos. Os implementadores

encontraram dificuldades sistêmicas (por exemplo, alocação dos recursos de saúde para serviços que atendiam casos de COVID-19), estruturais (decretos e restrições, como medida de isolamento social e fechamento das escolas) e atitudinais (medo de contrair COVID-19 em reuniões presenciais) (Glosh & Sharma, 2021).

As questões inseridas no cenário externo, que englobam as condições macrossociais, incidem sobre o cenário interno. Eventos de grande escala, como pandemias, desastres climáticos ou interferências políticas, podem interromper ou prejudicar a implementação e entrega da inovação (Rosenthal et al., 2021; Wensing et al., 2020). Os desafios relacionados ao cenário externo, provocam mudanças que podem ter influências positivas ou negativas na implementação (Damschroder et al., 2009). No Brasil, muitas dificuldades relacionadas ao contexto social, histórico e político (cenário externo) que foram exacerbadas neste período, já eram enfrentadas durante a implementação das intervenções e políticas públicas em períodos anteriores e precisam ser consideradas durante a adaptação cultural no país.

5.4.2 Entrega do treinamento

As dificuldades em torno da entrega do conteúdo do CQC envolvem a **entrega para a equipe de implementação local** e a **entrega para comunidade**. Os treinamentos estão entre as principais atividades do CTC (Hawkins, Brown et al., 2008). Em sua versão original, o sistema prevê o treinamento da equipe local como a primeira atividade, iniciando o processo. Durante a implementação local, esse treinamento foi realizado pela assistência técnica (PERLA) para o conselho acadêmico (PSICLIN). Além do treinamento, foram realizadas reuniões quinzenais de planejamento com a finalidade de preparar e apoiar o conselho acadêmico, responsável pela implementação local.

Os participantes E1 e E2 identificaram que a preparação da equipe local se apresentou como um desafio importante. Para a implementação piloto, não foi possível realizar uma imersão prévia, que em condições normais, aconteceria de forma presencial em um treinamento

onde o sistema é estudado e todas as dúvidas podem ser discutidas, antes de levar o CTC para a comunidade. Para o E1, “em termos do processo de implementação e de treinamento, isso tudo era muita novidade. Normalmente quando a gente adapta esses programas para entrega em outros países, a gente tenta fazer o treinamento da equipe primeiro. Tem um treinamento de dois dias ou três dias para ensinar a equipe as equipes de implementação local como funciona o CTC, mas isso não foi possível”. Por ter sido realizado de forma concomitante aos demais processos que envolviam a implementação, a E2 percebe que mesmo no papel de responsável por apoiar a implementação na comunidade, a equipe local estava aprendendo junto com a comunidade, segundo a participante “como equipe auxiliadora estávamos com essa responsabilidade e estávamos também aprendendo”.

Ambos os participantes identificaram que ao mesmo tempo em que a equipe local aprendia o que e como fazer, precisava conduzir as atividades na comunidade, o que parece ter paralisado a condução inicial das atividades com a comunidade em alguns momentos, demandando um tempo maior do que o esperado. Na percepção do E1 “muitas vezes a equipe de Santa Catarina ficou muito dependente da nossa equipe estar explicando, esclarecendo, compartilhando material [...] muitas vezes eu fiquei com a impressão de que a equipe de implementação local estava aprendendo sobre o processo durante a implementação ao mesmo tempo que as comunidades”. A perspectiva da E2 corrobora com a fala anterior, sinalizando que a equipe “foi aprendendo ao longo do caminho, com as informações que foram sendo liberadas, ou às vezes até processadas ao longo do caminho”.

O treinamento e o acesso ao conhecimento são compreendidos como um componente do cenário interno (Damschroder et al., 2009, 2020), que possui uma interdependência com as configurações e mudanças do cenário externo (Lengnick-Hall et al., 2020). A acessibilidade de orientação, treinamento e educação relacionados à inovação e sua implementação são fundamentais para o sucesso da implementação (Dy et al., 2015; Greenhalgh et al., 2004).

Durante a implementação piloto, além dos treinamentos, a equipe local (conselho acadêmico) contava com reuniões de assistência técnica, o que foi fundamental, pois a maioria das dificuldades se apresentava no decorrer do processo e demandava um diálogo com os especialistas do CTC. A E2, ao olhar para o processo percorrido, avalia que “tudo era inaugural”. Por se tratar de uma experiência nova para todos os envolvidos, somado à complexidade do sistema e a grande quantidade de atividades realizadas, as discussões e compartilhamento de conhecimento demandaram mais tempo, mas foram necessárias para que as modificações fossem adequadas.

A entrega na modalidade *online* se mostrou como uma possibilidade potente para o estabelecimento de parcerias institucionais nacionais e internacionais. Uma meta-análise sobre o processo de aprendizagem durante treinamentos na modalidade *online*, constatou que os resultados, incluindo habilidades, conhecimento e mudança de comportamento dos profissionais de saúde alcançados na aprendizagem *online* eram iguais aos alcançados na aprendizagem presencial e eram significativamente melhores que nenhum treinamento (Cook et al., 2008).

Um estudo desenvolvido por Buckley e colaboradores (2022), que teve como objetivo reunir informações sobre as lições aprendidas na implementação de intervenções preventivas baseadas em evidências, registradas no *Blueprints for Healthy Youth Development*, durante a pandemia da COVID-19. Entre as experiências positivas destacaram a facilidade de treinamento e entrega, apoio contínuo à implementação, redução de barreiras de participação, relacionamentos mais fortes e aumento do potencial para expansão. Embora a maioria dos implementadores relatou benefícios na transição para os treinamentos virtuais, enfatizaram que nem sempre é a escolha ideal.

A diferença de características do público-alvo precisa ser considerada. Por exemplo, a experiência de treinamento *online* com a equipe local (conselho acadêmico) não foi pontuada

como um desafio, mas os participantes identificaram dificuldades relacionadas a essa modalidade durante a **entrega para as lideranças comunitárias**, incluindo questões que envolvem a duração dos encontros e o espaçamento dos treinamentos. O E1 avalia que “ficou um intervalo muito grande entre os treinamentos, então treinamentos com muito conteúdo em pouco tempo e muito passado, quando na verdade deveriam ser mais treinamentos, em pouco espaço entre eles e menos conteúdo de preferência”, e, para a E3 “o fato de ser *online*, treinamento longo, a galera que não presta atenção, porque para gente é difícil”.

O CTC já possui uma versão que projeta uma parte da entrega dos treinamentos de forma *online*, denominado *CTC-Plus*. Mas não é comum fazer a entrega totalmente *online*, segundo o E1, “existe o material do CTC nos Estados Unidos já adaptado para uma entrega virtual assistida, ou seja, a maioria do conteúdo está gravado em vídeo”. Para os participantes, as modificações realizadas para entrega *online* podem ter dificultado o envolvimento e participação das lideranças comunitárias. A E3 relata que “o treinamento pesado, por ser online e longo. [...] presencial, talvez pudesse ter formado melhor a nossa coalizão, em termos deles entenderem o que é o CQC, entenderem onde o CQC quer chegar”. Na percepção do E1, um dos motivos para a diminuição do envolvimento das lideranças foi o conteúdo, para o participante “houve um pouco de uma falta de conexão entre a nossa expectativa do que a comunidade ia dar conta e o que a comunidade de fato estava esperando que fosse vir dos nossos treinamentos. Talvez isso tenha a ver com esvaziamento, que os treinamentos do CTC são bem pesados de conteúdo”.

Além das modificações para o formato *online*, que pode ter deixado o treinamento mais cansativo, é válido considerar que o facilitador não pôde contar com os dados dos fatores de risco e proteção dos jovens devido aos atrasos para coleta, ou seja, existia a dificuldade para estabelecer associações entre os conceitos trabalhado e a realidade da comunidade. Essa transição da entrega presencial para formatos virtuais também foi apontada como um desafio

para implementação de intervenções preventivas baseadas em evidência durante a pandemia. Os principais problemas identificados foram o envolvimento e a frequência dos alunos ou participantes, o acesso à tecnologias e o desenvolvimento de habilidades dos responsáveis pelo treinamento/aulas. Os implementadores mencionaram que as sessões foram encurtadas e houve uma carga maior para o facilitador (líder do grupo) fomentar discussões (Buckley et al., 2022).

Existem evidências que a adoção de prestação de serviços na modalidade *online*, como telessaúde, treinamentos e reuniões pode ser o caminho para reduzir custos e aumentar a abrangência, atingindo mais pessoas e expandindo o alcance da intervenção baseada em evidência (Calder et al., 2017). Mas é recomendado que as modificações no processo de entrega garantam os ingredientes ativos (elementos centrais) que levam aos resultados positivos (Self-Brown et al., 2020). Durante a implementação piloto, essas adaptações não estavam previstas e não haviam sido testadas anteriormente. Na tentativa de preservar os elementos centrais, os treinamentos mantiveram a maioria dos conteúdos, o que pode ter influenciado negativamente pela quantidade de informações compartilhadas durante o encontro e pela dificuldade de disponibilizar um tempo maior para interações, pois, como aponta a E3, a coalizão sente a necessidade de fazer algo prático, segundo a participante “tem uma ânsia muito grande deles, de ir para a prática”.

5.4.3 Coalizão comunitária

Os desafios que envolvem esse tema estão relacionados à **formação da coalizão comunitária**. Os participantes identificam uma baixa adesão dos líderes chave para composição da coalizão comunitária, como descrito pela participante E3, "a nossa maior questão dentro do processo, etapa 1 e etapa 2, é realmente a quantidade de membros da coalizão, que eu acho pouco", e pelo participante E1 “era uma coalizão pequena, não tinha gente suficiente para ocupar os papéis”.

Nesse primeiro momento, as principais atividades que envolveram a comunidade foram os treinamentos ou planejamento. A ênfase de atividades teóricas pode ter influenciado na adesão de outros líderes chave. Para a E3, inicialmente o interesse da comunidade foi maior, segundo a participante: “fazendo o caminho de volta a gente percebe que tinha um monte de gente nas lideranças e daí ficou bem poucas pessoas na coalizão”. Para o E1, isso pode ter sido um efeito da quantidade de conteúdo entregue nos treinamentos. O participante acredita que “o conteúdo tinha muitos termos que a comunidade não estava familiarizada, de estar apresentando muitos conceitos que muitas vezes podem ter sido demais para a coalizão [...] muita gente assustou e acabou saindo pulando fora” (E1).

Aqui, cabe considerar o atravessamento dos determinantes sociais na mobilização das comunidades brasileiras e na formação das coalizões comunitárias. A E3 sugere que algumas lideranças significativas para a comunidade não participaram da coalizão devido a rotina de trabalho, para a participante, “as pessoas da barra também não vieram porque estão gastando a vida para comprar comida e pagar os boletos”. Essa é uma questão estrutural enfrentada pela maioria da população brasileira que precisa ser considerada durante a formulação de estratégias para aumentar a participação da comunidade na implementação de intervenções preventivas baseadas em evidência.

A formação da coalizão não é um desafio exclusivo do período pandêmico ou do contexto brasileiro, outros estudos sobre a implementação do CTC em diferentes comunidades evidenciaram que na Etapa 2, período que ocorre a formação da coalizão, foi desafiador recrutar e engajar os membros da comunidade, envolver todas as partes e setores comunitários e aumentar a prontidão comunitária (Brown et al., 2021; Crow et al., 2006; Jonkman et al., 2009; Pérez-Gómez et al., 2016; Quinby et al., 2008; Rioseco, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa evidenciou que o CTC é considerado implementado com fidelidade em seu conjunto quando seus quatro elementos centrais são preservados, sendo eles: a) mobilização das partes interessadas no processo comunitário; b) uso de dados epidemiológicos; c) uso de programas testados e eficazes; e, d) avaliação contínua dos resultados e revisão do plano comunitário (Jonkman et al., 2009). Para o monitoramento e avaliação da fidelidade, os implementadores de outros países utilizam, majoritariamente, o *Milestones and Benchmarks*, caracterizado por ser um *checklist* (lista de verificação) que permite mensurar a conclusão das metas previstas para implementação do sistema e identificar os principais desafios enfrentados pela coalizão durante o processo.

A trajetória de implementações em diferentes comunidades do mundo ampliou a discussão sobre fidelidade-adaptação e ultrapassou a tensão diante da decisão entre fazer ou não a adaptação cultural, direcionando esse debate para ‘como’ e ‘quando’ realizar essas modificações. Os achados da revisão integrativa indicaram que a implementação do sistema consegue abarcar o diálogo entre a fidelidade da implementação e adaptação cultural, principalmente pelo fato de ter um modelo lógico estabelecido e testado, possuir elementos centrais definidos e apresentar um histórico com avaliações de eficácia, efetividade e eficiência.

Os resultados do estudo-piloto do CQC na comunidade brasileira investigada, indicaram que, apesar de ter sido realizado em um contexto pandêmico e enfrentado alguns desafios, a implementação da Etapa 1 e 2 preservou os elementos centrais do sistema. As principais adaptações realizadas foram na entrega dos treinamentos, que passou por uma transição do formato presencial e híbrido para uma entrega integralmente *online* e a diminuição do número de grupos de trabalho devido a baixa adesão das lideranças comunitárias para formar a coalizão comunitária.

A maioria das metas da Etapa 1 foram alcançadas, assim como as metas da Etapa 2, quase concluídas, apesar de ainda necessitar algumas ações para seu fechamento, devido a atrasos nas atividades previstas, como afirmado acima. Verificou-se, entretanto, que o processo foi transpassado por diferentes barreiras e desafios, como por exemplo, a condição de compreensão dos líderes chaves e membros da coalizão na absorção dos conceitos e princípios preventivos baseados em evidências propostos pelo CQC, para que pudessem, de fato, assumir o racional do sistema, garantindo a sua implementação com qualidade e fidedignidade. Esta demanda sobre a compreensão indica uma necessidade de adaptações culturais no formato de entrega dos treinamentos, que tem um modelo muito centrado em conteúdo e pouco participativo. Inclusive esta foi uma questão debatida durante o processo de implementação com a assessoria técnica e o facilitador dos treinamentos, e algumas adaptações já foram realizando no transcorrer dos treinamentos para atender esse desejo de participação, típico das comunidades brasileiras. Considerando que os elementos centrais estão preservados, cabe avaliar se há a necessidade de aumentar a sensibilidade cultural da intervenção para a implementação das próximas etapas.

Outro grande desafio, já mencionado, foi relacionado ao atraso significativo na coleta de dados sobre os fatores de risco e proteção, realizado somente no final do segundo ano de projeto, em função do contexto pandêmico. O atraso destes dados teve um forte impacto, na medida em que este é central para o sistema CTC, que se sustenta na análise dos dados de perfil da comunidade a fim de que a coalizão possa realizar o planejamento das ações preventivas que atendam às necessidades específicas daquela comunidade. Esta ausência de dados contribui para a dificuldade da coalizão e lideranças para compreender o racional do CQC. Este cenário pode estar relacionado à problemática da diminuição gradual da participação das lideranças e membros da coalizão, que iniciou com 37 lideranças e nos últimos tempos havia somente seis ativos na coalizão. Em outros países, as principais estratégias para lidar com estes desafios

foram: o desenvolvimento de um plano para abordar os problemas da prontidão comunitária avaliados; e o fortalecimento dos processos de formação para as equipes e comunidade, com o aumento de treinamentos e assistência técnica, entre outros.

A avaliação do processo de implementação em outras comunidades, conforme constatou-se na revisão, identificou desafios semelhantes durante a Etapa 1 e 2, no que se refere à coleta dos dados epidemiológicos e a mobilização e formação da coalizão comunitária. A maioria dos artigos mencionou a dificuldade para obter apoio dos vários serviços e instituições comunitários na implementação, assim como, para aumentar a prontidão comunitária. Nos estudos analisados, com exceção da implementação realizada no México, não foram encontradas publicações que apresentaram experiências no período pandêmico.

As experiências anteriores, principalmente aquelas vivenciadas pelas comunidades latino-americanas, podem auxiliar na formulação de estratégias para trabalhar com as barreiras e os desafios identificados. Além disso, os resultados da Etapa 1 e 2 podem subsidiar o planejamento de adaptações futuras. Para aumentar a qualidade da implementação das próximas etapas, algumas estratégias já estão previstas e seus resultados podem ser avaliados no término da implementação, entre elas: o uso dos dados da avaliação sobre a prontidão comunitária para elaboração de estratégias que visam o aumento de engajamento; a devolutiva dos resultados sobre fatores de risco e proteção para a comunidade elaborar um plano de ação; a realização do treinamento “Estratégia do Desenvolvimento Social”, no formato híbrido; o aumento da frequência de encontros da coalizão comunitária; a implementação de uma intervenção preventiva baseada em evidência nas escolas ou no contexto comunitário, entre outros.

Ainda assim, se faz necessário o monitoramento do processo seguinte para avaliar se o sistema, de fato, será implementado conforme foi desenvolvido, em suas cinco etapas previstas. A adaptação cultural do sistema CQC ao Brasil, apesar das barreiras enfrentadas, tem se

mostrado uma iniciativa promissora para a constituição de uma alternativa consistente de prevenção comunitária no Brasil.

A realização desse estudo esteve alinhada ao processo da adaptação cultural do CQC no Brasil e por esse motivo, certas escolhas metodológicas e recortes estiveram associados ao ciclo de pesquisa atual do piloto. Quanto às limitações deste estudo, pode-se considerar o recorte das etapas iniciais (1 e 2) uma verificação parcial da fidelidade do sistema, exigindo assim, que as demais etapas (3, 4 e 5) sejam acompanhadas para um diagnóstico integral. Entende-se também, que a comunidade pesquisada não possibilita uma generalização para a realidade brasileira, considerando a sua delimitação geográfica, suas características socioeconômicas e culturais. Em relação aos participantes, verifica-se a necessidade de estender a compreensão em próximos estudos e considerar a percepção das lideranças comunitárias e integrantes da coalizão sobre o processo de implementação.

7 REFERÊNCIAS

- Abreu, S., & Murta, S. G. (2018). A pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: a perspectiva de especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>
- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*, 54-74.
- Abreu, S., Miranda, A. A. V., & Murta, S. G. (2016). Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental. *Psico-USF*, 21, 163-177. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210114>
- Almeida, B. O., & Alves, L. R. G. (2020). Letramento digital em tempos de COVID-19: uma análise da educação no contexto atual. *Debates em Educação*, 12(28), 1-18. <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n28p1-18>
- Anderson-Carpenter, K. D., Watson-Thompson, J., Chaney, L., & Jones, M. (2016). Reducing binge drinking in adolescents through implementation of the strategic prevention framework. *American journal of community psychology*, 57(1-2), 36-46. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12029>
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Brown, E. C., Briney, J. S., Oesterle, S., & Abbott, R. D. (2010). Implementation of the Communities That Care prevention system by coalitions in the Community Youth Development Study. *Journal of Community Psychology*, 38(2), 245-258. <https://doi.org/10.1002/jcop.20362>
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni Jr, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation review*, 26(6), 575-601. <https://doi.org/10.1177/0193841x0202600601>

- Ayres, J. R. D. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & Franca Junior, I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *Tratado de saúde coletiva*. 20 ed. São Paulo: Hucitec, p. 375-417.
- Balas, E., Boren S. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. In: Van Bommel JH, McCray AT, (Eds). *Yearbook of Medical Informatics*. Stuttgart: Schattauer, (pp. 65 –70). <https://doi.org/10.1055/s-0038-1637943>
- Barletta, J. B. Intervenções em prevenção e promoção. In: N. P. Carozzo. J. M. O. Luz. C. O. Alves (Eds.), *Como avaliar programas e intervenções? um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos* (pp. 15-47).
- Barrera, M., Berkel, C., & Castro, F. G. (2017). Directions for the advancement of culturally adapted preventive interventions: local adaptations, engagement, and sustainability. *Prevention Science*, 18, 640-648. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0705-9>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Petersen, I., & Jenkins, R. (Eds.). (2019). *Implementing mental health promotion*. Springer. Nature.
- Basic. (2015). Community Mobilization and Readiness: Planning Flaws which Challenge Effective Implementation of ‘Communities that Care’ (CTC) Prevention System, *Substance Use & Misuse*, 50:8-9, 1083-1088. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007655>
- Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care?. *Psychiatry research*, 283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., Schmitt, N., Davidson, W. S., Roitman, D. B., & Emshoff, J. G. (2002). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. In *A Quarter Century of Community*

- Psychology* (pp. 163-179). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8646-7_10
- Borges, C. D., de Jesus, L. O., & Schneider, D. R. (2018). Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2). <https://doi.org/10.24879/2018001200200458>
- Brady, S. S., Parker, C. J., Jeffries, E. F., Simpson, T., Brooke-Weiss, B. L., & Haggerty, K. P. (2018). Implementing the Communities That Care Prevention System: challenges, solutions, and opportunities in an urban setting. *American journal of preventive medicine*, 55(5), S70-S81. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.019>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Briney, J. S., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2012). Predictive validity of established cut points for risk and protective factor scales from the communities that care youth survey. *The journal of primary prevention*, 33(5), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0280-1>
- Brown, E. C. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamento de jovens. In: Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., Polejack, L. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, p 558-581.
- Brown, E. C., Feinberg, M. E., & Greenberg, M. T. (2010). Determinants of community coalition ability to support evidence-based programs. *Prevention Science*, 11(3), 287–297. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0173-6>

- Brown, E. C., Graham, J. W., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Baldwin, M. M., Oesterle, S., ... Abbott, R. D. (2009). Design and analysis of the Community Youth Development Study longitudinal cohort sample. *Evaluation Review*, 33(4), 311–334. <https://doi.org/10.1177/0193841X09337356>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Abbott, R. D. (2007). Effects of Communities That Care on prevention services systems: Findings from the Community Youth Development Study at 1.5 years. *Prevention Science*, 8(3), 180-191. <https://doi.org/10.1007/s11121-007-0068-3>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. A. (2011). Prevention Service System Transformation Using Communities That Care. *Journal of Community Psychology*, 39(2), 183–201. <https://doi.org/10.1002/jcop.20426>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., Shapiro, V. B., Abbott, R. D., Oesterle, S., ... Catalano, R. F. (2014). Prevention System Mediation of Communities That Care Effects on Youth Outcomes. *Prevention Science*, 15(5), 623–632. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0413-7>
- Brown, E. C., Montero-Zamora, P. A., Garcia, J. O., Aviles, K., Beaulieu, D., & Haggerty, K. P. (2021). Development and implementation of businesses that care in Zacatecas, Mexico. *Prevention science*, 23(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01312-w>
- Brown, L. D., Chilenski, S. M., Ramos, R., Gallegos, N., & Feinberg, M. E. (2016). Community prevention coalition context and capacity assessment: Comparing the United States and Mexico. *Health Education & Behavior*, 43(2), 145-155. <https://doi.org/10.1177/1090198115596165>

- Brown, L. D., Wells, R., Jones, E. C., & Chilenski, S. M. (2017). Effects of sectoral diversity on community coalition processes and outcomes. *Prevention Science, 18*(5), 600-609. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0796-y>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (Eds.). (2017). *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*. Oxford University Press.
- Buckley, P. R., Edwards, D., Ladika, A., Steeger, C. M., & Hill, K. G. (2022). Implementing Evidence-Based Preventive Interventions During a Pandemic. *Global Implementation Research and Applications, 1*-12. <https://doi.org/10.1007/s43477-022-00047-2>
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva, 5*, 163-177.
- Calder, R., Ainscough, T., Kimergård, A., Witton, J., & Dyer, K. R. (2017). Online training for substance misuse workers: A systematic review. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 24*(6), 430-442. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1318113>
- Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. In G. Caplan. *Princípios de Psiquiatria preventiva*. (40-69). Rio de Janeiro: Zahar.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science, 2*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Carvalho, M. L., Honeycutt, S., Escoffery, C., Glanz, K., Sabbs, D., & Kegler, M. C. (2013). Balancing fidelity and adaptation: Implementing evidence-based chronic disease prevention programs. *Journal of Public Health Management and Practice, 19*(4), 348–356. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31826d80eb>
- Castañeda, S. F., Holscher, J., Mumman, M. K., Salgado, H., Keir, K. B., Foster-Fishman, P. G., & Talavera, G. A. (2012). Dimensions of community and organizational readiness

- for change. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 6(2), 219. <https://doi.org/10.1353/cpr.2012.0016>
- Castro, F. G., Barrera Jr, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 213-239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591(1), 98-124. <https://doi.org/10.1177/0002716203260102>
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379 (9826), 1653-1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60238-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60238-4)
- Center for Communities that Care. (2019). *Communities That Care Tools for Community Leaders: A Guidebook for Getting Started*. <https://www.communitiesthatcare.net/wp-content/uploads/tools-for-community-leaders.pdf>
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation science*, 8, 1-20. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-22>
- Chilenski, S. M., Frank, J., Summers, N., & Lew, D. (2019). Public health benefits 16 years after a statewide policy change: Communities That Care in Pennsylvania. *Prevention Science*, 20(6), 947-958. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01028-y>

- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., ... & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American psychologist*, 48(10), 1013. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.10.1013>
- Cordova, D., Estrada, Y., Malcolm, S., Huang, S., Brown, C. H., Pantin, H., & Prado, G. (2014). Prevention science: an epidemiological approach. In: Sloboda, Z., Petras, H. In: *Defining prevention science, advances in prevention science*. Nova York: Springer Science. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2_1
- Corrêa, A. D. O. (2014). Adaptação e validação do communities that care youth survey (ctcys) para uma comunidade brasileira: um estudo-piloto. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Biblioteca de Teses e Dissertações. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17238>
- Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2008). Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *Jama*, 300(10), 1181-1196. <https://doi.org/10.1001/jama.300.10.1181>
- Crow, I., France, A., & Hacking, S. (2006). Evaluation of three Communities That Care projects in the UK. *Security journal*, 19(1), 45-57. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sj.8350001>
- Czeresnia, D., & de Freitas, C. M. (Eds.). (2009). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Damschroder, L. J. (2020). Clarity out of chaos: use of theory in implementation research. *Psychiatry research*, 283, 112461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a

- consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?. *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: *Journal for Healthcare Quality*, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Durlak, J. A. (2016). Programme implementation in social and emotional learning: Basic issues and research findings. *Cambridge Journal of Education*, 46(3), 333-345. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2016.1142504>
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health education research*, 18(2), 237-256. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.237>
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Sci* 1, (1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Eisenberg, N., Brown, E. C., Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Paredes-Aguilar, M., Cardozo-Macias, F., ... & Guttmanova, K. (2021). Community utilization of risk and protective factor data for prevention planning in Chile and Colombia. *Health promotion international*, 36(2), 417-429. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa075>

- Elliott, D. S., & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 47-53. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013981.28071.52>
- Escoffery C, Lebow-Skelley E, Haardoerfer R, Boing E, Udelson H, Wood R, Hartman M, Fernandez ME, Mullen PD (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science*. Dec;13(1):1-21. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Fagan A. A., Hawkins J. D., Farrington D. P., Catalano R. F. (2019) *Communities That Care: Building Community Engagement and Capacity to Prevent Youth Behavior Problems*. Oxford University Press, New York, NY.
- Fagan, A. A., Bumbarger, B. K., Barth, R. P., Bradshaw, C. P., Cooper, B. R., Supplee, L. H., & Walker, D. K. (2019). Scaling up evidence-based interventions in US public systems to prevent behavioral health problems: Challenges and opportunities. *Prevention Science*, 20(8), 1147-1168. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01048-8>
- Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2008). Bridging science to practice: Achieving prevention program implementation fidelity in the Community Youth Development Study. *American Journal of Community Psychology*, 41(3), 235-249. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9176-x>
- Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family process*, 48(2), 292-309. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01282.x>
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: A study of communities that care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3-4), 163-176. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027003.75394.2b>

- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, W. O., & Sartorius, J. S. (2005). Can community coalitions have a population level impact on adolescent behavior problems? Communities that Care in Pennsylvania. *Journal of Adolescent Health, 40*, 506-513.
- Feinberg, M. E., Jones, D., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., & Bontempo, D. (2010). Effects of the Communities That Care model in Pennsylvania on change in adolescent risk and problem behaviors. *Prevention Science, 11*(2), 163-171
<https://doi.org/10.1007/s11121-009-0161-x>
- Feinberg, M. E., Ridenour, T. A., & Greenberg, M. T. (2008). The longitudinal effect of technical assistance dosage on the functioning of Communities That Care prevention boards in Pennsylvania. *The Journal of Primary Prevention, 29*(2), 145-165.
<https://doi.org/10.1007/s10935-008-0130-3>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F., Burns, B., ... & Shern, D. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature.
- Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L., & Maras, M. A. (2008). Unpacking prevention capacity: An intersection of research-to-practice models and community-centered models. *American journal of community psychology, 41*(3), 182-196.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9162-3>
- Flick, U. (Ed.). (2013). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Sage.
- Florin, P., Friend, K. B., Buka, S., Egan, C., Barovier, L., & Amodei, B. (2012). The interactive systems framework applied to the strategic prevention framework: The Rhode Island experience. *American journal of community psychology, 50*(3), 402-414.
<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9527-5>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.

- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Gloppen, K. M., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Shapiro, V. B. (2012). Sustainability of the Communities That Care prevention system by coalitions participating in the Community Youth Development Study. *Journal of Adolescent Health*, 51(3), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.018>
- Gomez, B. J., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2005). Sustainability of community coalitions: An evaluation of communities that care. *Prevention Science*, 6(3), 199-202. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-0003-4>
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A., & Zins, J. E. (2004). The study of implementation in school-based preventive interventions: Theory, research, and practice. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Final project report.
- Greenberg, M. T., Feinberg, M. E., Johnson, L. E., Perkins, D. F., Welsh, J. A., & Spoth, R. L. (2015). Factors that predict financial sustainability of community coalitions: Five years of findings from the PROSPER partnership project. *Prevention Science*, 16(1), 158-167. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0483-1>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, S. P., Kyriakidou, O., & Macfarlane, F. (2004). How to spread good ideas: a systematic review of the literature on diffusion, spread and sustainability of innovations in health service delivery and organisation.

- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., & Vale, L. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *Journal of general internal medicine*, *21*(S2), S14-S20. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00357.x>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, *7*(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.
- Hallfors, D., & Godette, D. (2002). Will the Principles of Effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*, *17*(4), 461-470. <https://doi.org/10.1093/her/17.4.461>
- Hansen, W. B. (2014). Measuring fidelity. In *Defining prevention science* (pp. 335-359). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2_15
- Harvey, G., & Kitson, A. (2015). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation science*, *11*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Hawkins, D. (2006). *Corporate social responsibility: balancing tomorrow's sustainability and today's profitability*. Springer.
- Hawkins, J. D., & Catalano Jr, R. F. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention*. Jossey-Bass.
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of

- delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 15-22.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.022>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27(6), 951-976. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00298-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00298-8)
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Murray, D. M. (2008). Testing communities that care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study. *Prevention Science*, 9(3), 178-190. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0092-y>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. *JAMA pediatrics*, 168(2), 122-129. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>
- IBGE, C. (2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.
- Johnson, K., Collins, D., Shamblen, S., Kenworthy, T., & Wandersman, A. (2017). Long-term sustainability of evidence-based prevention interventions and community coalitions survival: a five and one-half year follow-up study. *Prevention Science*, 18(5), 610-621. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0784-2>
- Jonkman, H. B., Haggerty, K. P., Steketee, M., Fagan, A., Hanson, K., & Hawkins, J. D. (2009). Communities That Care, core elements and context: Research of implementation in two countries. *Social Development Issues*, 30(3), 42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712284/pdf/nihms51349.pdf>
- Jonkman, H. (2015). Communities That Care in Niedersachsen. Ergebnisse der Implementation von CTC in fünf Standorten (2013–2014). *Hannover*: LPR.

- Khoury, C. R., McIntosh, K., & Hoselton, R. (2019). An investigation of concurrent validity of fidelity of implementation measures at initial years of implementation. *Remedial and Special Education, 40*(1), 25-31. <https://doi.org/10.1177/0741932518795639>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., Gancia, A., & Cargo, M. (2015). A systematic review of community readiness tool applications: implications for reporting. *International journal of environmental research and public health, 12*(4), 3453-3468. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403453>
- Kuklinski, M. R., Oesterle, S., Briney, J. S., & Hawkins, J. D. (2021). Long-term impacts and benefit–cost analysis of the communities that care prevention system at age 23, 12 years after baseline. *Prevention Science, 22*(4), 452-463. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01218-7>
- Lengnick-Hall, R., Willging, C., Hurlburt, M. *et al.* Contracting as a bridging factor linking outer and inner contexts during EBP implementation and sustainment: a prospective study across multiple U.S. public sector service systems. *Implementation Sci* **15**, 43 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00999-9>
- Lane-Fall, M. B., Curran, G. M., & Beidas, R. S. (2019). Scoping implementation science for the beginner: locating yourself on the “subway line” of translational research. *BMC medical research methodology, 19*(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0783-z>
- Little, T. D., & Rhemtulla, M. (2013). Planned missing data designs for developmental researchers. *Child Development Perspectives, 7*(4), 199-204. <https://doi.org/10.1111/cdep.12043>
- Livet, M., Blanchard, C., Sorensen, T. D., & Roth McClurg, M. (2018). An implementation system for medication optimization: Operationalizing comprehensive medication management delivery in primary care. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy, 1*(1), 14-20. <https://doi.org/10.1002/phar.2114>

- Loblay, V., Garvey, K., Shiell, A., Kavanagh, S., & Hawe, P. (2022). Can adaptation to 'extraordinary' times teach us about ways to strengthen community-based chronic disease prevention? Insights from the COVID-19 pandemic. *Critical Public Health*, 32(1), 127-138. <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.2006147>
- McDavid, J. C., Huse, I., & Hawthorn, L. R. (2018). *Program evaluation and performance measurement: An introduction to practice*. Sage Publications.
- Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Reyes-Rodríguez, M. F. (2015). Implementación y adaptación en Colombia del sistema preventivo Communities That Care. *Adicciones*, 27(4), 253-264. <https://doi.org/10.20882/adicciones.750>
- Melo, M. H. (2022). Processo de desenvolvimento de intervenções: modelos e ações possíveis. In: N. P. Carozzo, J. M. O. Luz, C. O. Alves (Eds.), *Como avaliar programas e intervenções? um guia para avaliações de necessidades, implementação e efeitos* (pp. 84-113).
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, E. V. (2020). O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, 50(3), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation science*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus

approach. *BMJ Quality & Safety*, *14*(1), 26-33.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., ... & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *bmj*, *374*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the exploration, preparation, implementation, sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, *14*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>

Murta, S. G., Abdala, I. G., Vasconcellos, V. S. D., Damasceno, M. R. V., Rocha, V. P. S., Nobre-Sandoval, L. D. A., & Gomes, M. D. S. M. (2022). Manual de implementação do programa famílias fortes: um guia para gestores públicos, profissionais e agentes comunitários.

Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., Polejack, L. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção (pp. 558-581).

National Research Council. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*.

Oesterle, S., Kuklinski, M. R., Hawkins, J. D., Skinner, M. L., Guttmanova, K., & Rhew, I. C. (2018). Long-term effects of the communities that care trial on substance use, antisocial behavior, and violence through age 21 years. *American journal of public health*, *108*(5), 659-665. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304320>

Orwin, R. G., Edwards, J. M., Buchanan, R. M., Flewelling, R. L., & Landy, A. L. (2012). Data-driven decision making in the prevention of substance-related harm: results from the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program. *Contemporary Drug Problems*, *39*(1), 73-106. <https://doi.org/10.1177/009145091203900105>

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5 (210). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Pedroso, R. T., Juhásová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Brown, E. C., & Eisenberg, N. (2016). Adaptation and implementation of a science-based prevention system in Colombia: challenges and achievements. *Journal of Community Psychology*, 44(4), 538-545. <https://doi.org/10.1002/jcop.21781>
- Perkins, D. F., Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Johnson, L. E., Chilenski, S. M., Mincemoyer, C. C., & Spoth, R. L. (2011). Team factors that predict to sustainability indicators for community-based prevention teams. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.10.003>
- Peterson, H. B., Haidar, J., Fixsen, D., Ramaswamy, R., Weiner, B. J., & Leatherman, S. (2018). Implementing innovations in global women's, children's, and adolescents' health: Realizing the potential for implementation science. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 423-430. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002494>
- Peterson, N. A., Powell, K. G., Treitler, P., Litterer, D., Borys, S., & Hallcom, D. (2019). The strategic prevention framework in community-based coalitions: Internal processes and associated changes in policies affecting adolescent substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 101, 352-362. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.004>

- Pistone, I., Blomberg, A., & Sager, M. (2020). A systematic mapping of substance use, misuse, abuse and addiction prevention research: current status and implications for future research. *Journal of Substance Use*, 25(3), 231-237. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1684583>
- Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to improve the selection and tailoring of implementation strategies. *The journal of behavioral health services & research*, 44(2), 177-194. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Quinby, R. K., Hanson, K., Brooke-Weiss, B., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Fagan, A. A. (2008). Installing the Communities That Care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 313-332. <https://doi.org/10.1002/jcop.20194>
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123. <https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb>

- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community psychology*, 28(3), 271-290. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I)
- Rhew, I. C., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Briney, J. S. (2013). Sustained effects of the Communities That Care system on prevention service system transformation. *American Journal of Public Health*, 103(3), 529-535. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300567>
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *BMJ Quality & Safety*, 11(2), 174-180. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.174>.
- Rioseco, L. C. (2017). Revisión sistemática de la implementación del sistema Communities That Care en Chile (Unpublished work). Santiago do Chile: Fundação San Carlos del Maipo.
- Rohrbach, L. A. (2014). Design of Prevention Interventions. In: Sloboda, Z., Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science, Advances in Prevention Science*. Nova York: Springer Science.
- Rosenthal, A., Stover, E., & Haar, R. J. (2021). Health and social impacts of California wildfires and the deficiencies in current recovery resources: An exploratory qualitative study of systems-level issues . <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248617>
- Rubio, D. M., Schoenbaum, E. E., Lee, L. S., Scheingart, D. E., Marantz, P. R., Anderson, K. E., ... & Esposito, K. (2010). Defining translational research: implications for training. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(3), 470.

- Salazar, A. M., Haggerty, K. P., de Haan, B., Catalano, R. F., Vann, T., Vinson, J., & Lansing, M. (2016). Using communities that care for community child maltreatment prevention. *American journal of orthopsychiatry*, 86(2), 144. <https://doi.org/10.1037/ort0000078>
- Sanchez, Z. V. D. M. (2014). Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. *Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados Ao Uso de Drogas, Juazeiro do Norte*, (312), 145-169.
- Self-Brown, S., Reuben, K., Perry, E. W., Bullinger, L. R., Osborne, M. C., Bielecki, J., & Whitaker, D. (2020). The impact of COVID-19 on the delivery of an evidence-based child maltreatment prevention program: Understanding the perspectives of SafeCare® providers. *Journal of Family Violence*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00217-6>
- Santos, K. D., & Murta, S. G. (2015). A implementação de programas de prevenção e promoção no âmbito da saúde mental. *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*, 192-211.
- Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*, 34-53.
- Sidani, C., Ibrahim, S., Lok, J., Fan, L., Fox, M., & Guruge, S. (2017). An integrated strategy for the cultural adaptation of evidence-based interventions. *Health*, 9(04), 738. <https://doi.org/10.4236/health.2017.94053>
- Shapiro, V. B., Hawkins, J. D., & Oesterle, S. (2015). Building local infrastructure for community adoption of science-based prevention: The role of coalition functioning. *Prevention science*, 16(8), 1136-1146. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0562-y>

- Simon, R., & Burkhart, G. (2021). Prevention Strategies. In N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of addiction treatment* (pp. 73-89). Springer.
- Sloboda, Z., & David, S. B. (2021). Commentary on the Culture of Prevention. *Prevention Science*, 22(1), 84-90. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01158-8>
- Sloboda, Z., & Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science*. Boston, MA: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2>
- Sloboda, Z., Ringwalt, C. L. (2019). The school: a setting for evidence-based prevention interventions and policies. In: *Prevention of Substance Use* (147–63). https://doi.org/10.1007/978-3-030-00627-3_9
- Smith, J.D., Li, D.H. & Rafferty, M.R. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Sci* 15, 84 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>
- Souza, K. R. D., Santos, G. B. D., Rodrigues, A. M. D. S., Felix, E. G., Gomes, L., Rocha, G. L. D., ... & Peixoto, R. B. (2020). Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Clair, S., & Feinberg, M. (2007). Substance-use outcomes at 18 months past baseline: The PROSPER community–university partnership trial. *American journal of preventive medicine*, 32(5), 395-402. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.014>
- Steketee, M., Oesterle, S., Jonkman, H., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., & Aussems, C. (2013). Transforming prevention systems in the United States and the Netherlands using Communities That Care. *European journal on criminal policy and research*, 19(2), 99-116. <https://doi.org/10.1007/s10610-012-9194-y>

- Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J., & Loxley, W. (Eds.). (2005). *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. John Wiley & Sons.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2011). *Prevention of substance abuse and mental illness: Strategic Prevention Framework components*. <http://www.samhsa.gov/prevention/spfcompon>
- Thurow, C. F. (2020). *Aplicabilidades e Propriedades Psicométricas do Communities That Care Youth Survey (CTCYS): Subsídios para sua Adaptação Cultural ao Contexto Brasileiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Biblioteca de Teses e Dissertações. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/221268/PPSI0886-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Thurow, C. F., Junior, E. L. P., Westphal, R., de São Tiago, F. M. L., & Schneider, D. R. (2020). Risk and protective factors for drug use: A scoping review on the communities that care youth survey. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)*, 7.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human resource development review*, 4(3), 356-367. <https://doi.org/10.1177/1534484305278283>
- Toumbourou, J. W., Rowland, B., Williams, J., Smith, R., & Patton, G. C. (2019). Community intervention to prevent adolescent health behavior problems: Evaluation of communities that care in Australia. *Health Psychology*, 38(6), 536. <https://doi.org/10.1037/hea0000735>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). World drug report 2018. Vienna: UNODC.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). World Drug Report 2019.

<https://wdr.unodc.org/wdr2019/>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022, Dezembro 19). *UNODC, PNUD e SENAPRED lançam plataforma para articular atores da prevenção no Brasil.*

<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/12/unodc--pnud-e-senapred-lanam-plataforma-para-articular-atores-da-preveno-no-brasil-ciativa-cooperacao-pernambuco.html>

Wandersman, A., & Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention.

American Psychologist, 58(6-7), 441. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.441>

Wandersman, A., Chien, V. H., & Katz, J. (2012). Toward an evidence-based system for innovation support for implementing innovations with quality: Tools, training, technical assistance, and quality assurance/quality improvement. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 445-459.

<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9509-7>

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., ... & Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, 41(3), 171-181.

<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9174-z>

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American psychologist*, 60(6), 628. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.628>

Wensing, M., Sales, A., Armstrong, R., & Wilson, P. (2020). Implementation science in times of Covid-19. *Implementation science*, 15, 1-4. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01006-x>

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2016). A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases.
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. Geneva.
- Zakocs, R. C., & Edwards, E. M. (2006). What explains community coalition effectiveness?: A review of the literature. *American journal of preventive medicine*, 30(4), 351-361. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.12.004>

8 ANEXOS

Anexo A – Metas e Indicadores do CQC



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.1 Organizar a comunidade para iniciar o processo de Comunidades Que Cuidam (CQC).			0	0	
	1,11 Designar pelo menos um ponto de contato para agir como catalisador do processo.	4 = Há pelo menos um ponto de contato designado na comunidade que entende o processo Comunidades Que Cuidam e coordena o grupo de trabalho inicial.			
	1,12 Identificar um “aliado comunitário” (líder comunitário) para guiar o processo.	4 = Um líder-chave foi identificado como campeão e está disposto a cumprir com as funções designadas. O papel do "aliado" mudará à medida que o Comunidades Que Cuidam progredir, e a pessoa que desempenha esse papel também pode mudar. Pode haver várias pessoas que desempenham o papel de campeão.			
	1,13 Inventariar as iniciativas existentes na comunidade que abordam questões dos jovens e suas famílias	4 = Foi desenvolvida uma lista abrangente de iniciativas colaborativas existentes que abordam a prevenção de problemas de saúde e comportamento, incluindo informações sobre sua missão e objetivos principais.			

1,14 Identificar uma organização “líder” que se compromete a apoiar o projeto.	4 = Uma organização líder/anfitriã foi identificada e, no mínimo, fornecerá (a) um espaço físico para o(a) coordenador(a) trabalhar, e (b) assistência na organização de eventos.
1,15 Garantir que há um(a) coordenador(a) do CQC (pelo menos meio período).	4 = Um(a) coordenador(a) do Comunidades Que Cuidam foi contratado(a), com dedicação de pelo menos meio período.
1,16 Formar um grupo de trabalho principal para ativar o processo.	4 = Um grupo de trabalho principal consiste de 4-7 pessoas que podem acessar a outros líderes para iniciar a Fase 1.
1,17 Desenvolver uma lista de líderes-chave que serão envolvidos no processo.	4 = Uma lista de líderes-chave foi criada (por escrito), contendo nomes e informações de contato.
1,18 Preparar um plano de trabalho e cronograma iniciais para começar.	4 = O plano de trabalho com prazos e responsabilidades/ atribuições foi concluído e distribuído para o grupo de trabalho
1,19 Identificar e adquirir recursos necessário para começar.	4 = Os recursos foram adquiridos integralmente.



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.2 Definir o escopo dos esforços preventivos.			0	0	
	1,21 Definir a comunidade-alvo.	4 = A área geográfica da iniciativa Comunidades Que Cuidam foi selecionada e documentada.			
	1,22 Identificar os desfechos de saúde e comportamento que serão abordados.	4 = O grupo principal identificou os problemas de saúde e comportamento a serem abordados.			
	1,23 Entrar em acordo sobre o que está envolvido na resposta de "prevenção".	4 = O grupo principal acordou e documentou quais respostas estarão e quais não estarão incluídas na iniciativa Comunidades Que Cuidam, e identificaram as maneiras mais efetivas para o Comunidades Que Cuidam complementar outras iniciativas comunitárias de intervenção, tratamento e acompanhamento			
	1,24 Identificar suportes ou limitações legislativas/financeiras.	4 = Foram identificados recursos e limitações da agência patrocinadora quanto às atividades e despesas previstas.			
	1,25 Entrar em acordo sobre o papel da Coalizão Comunitária.	4 = Foi acordado e documentado qual é o papel da Coalizão Comunitária, incluindo (a) para quem a coalizão presta contas, (b) se tem autoridade para tomar decisões financeiras ou autoridade apenas para aconselhar, e (c) se pode receber dinheiro (de editais ou outras fontes)			
	1,26 Começar a definir como a Coalizão Comunitária funcionará dentro	4 = Foi decidido e documentado como o Comunidades Que Cuidam irá operar/funcionar em conjunto com outras coalizões e iniciativas.			

da comunidade.
1,27 Resumir tópicos relacionados a aspectos-chave.
1,28 Desenvolver um plano de ação para lidar com questões extraordinárias

4 = Foram documentados os problemas não resolvidos relacionados aos principais aspectos do Comunidades Que Cuidam.

4 = Há um plano escrito para resolver essas questões pendentes.



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.3 Identificar problemas de prontidão comunitária.			0	0	
	1,31 Garantir que todos estão de acordo sobre as questões a serem abordadas.	4 = Os membros da comunidade concordam quanto às questões que devem ser resolvidas. Essas questões podem incluir a negação de um problema ou a necessidade de se concentrar em problemas imediatos (ex. perda de empregos em massa ou a necessidade de abordar questões urgentes de segurança, antes de se dedicar a uma iniciativa de longo prazo para prevenir problemas de comportamento entre jovens)			
	1,32 Garantir que os membros da comunidade	4 = Foi acordada e documentada uma definição comum de prevenção na comunidade. Há um consenso de que os problemas-alvo podem ser resolvidos por meio de esforços preventivos.			

tem uma definição comum de "prevenção".

1,33 Certificar-se de que a comunidade valoriza a colaboração.

4 = A comunidade tem um histórico documentado de sucesso no trabalho em equipe – identificando objetivos e prioridades comuns, implementando soluções compartilhadas.

1,34 Garantir que haja apoio global da comunidade para a adoção de uma abordagem preventiva focada em fatores de risco e proteção, baseada em dados e pesquisas científicas, com foco nos resultados

4 = Diversas partes interessadas concordam que uma abordagem preventiva focada em fatores de risco e proteção, baseada nos dados, e com foco nos resultados é útil.

1,35 Obter apoio das diretorias de ensino/coordenadorias regionais de educação para a aplicação do Questionário da Juventude do CQC. Administrar o questionário o quanto antes.

4 = As diretorias/coordenadorias concordaram com a administração do Questionário da Juventude do CQC a cada dois anos, para alunos de 6º e 8º anos do ensino fundamental, e 1º e 3º anos do ensino médio.

1,36 Planejar a coordenação entre iniciativas e esforços de planejamento existentes.

4 = Outras iniciativas de prevenção existentes foram claramente identificadas e há um plano detalhando as etapas para coordená-las

1,36 Planejar a coordenação entre iniciativas e esforços de

4 = Foi criada uma lista de partes interessadas, com o intuito de integrá-las ao grupo de líderes-chave e à Coalizão Comunitária do CQC.

planejamento existentes.

1,38 Identificar outros aspectos relacionados à prontidão comunitária

4 = Outros temas relacionados à prontidão comunitária foram documentados na apostila de ferramentas.



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.4 Engajar líderes-chave (lideranças formais e informais).			0	0	
	1,41 Realizar a Orientação de Líderes-Chave	4 = Há documentação de que a Orientação de Líderes-Chave foi realizada, incluindo uma lista de participantes.			
	1,42 Assegurar o compromisso formal dos líderes-chave	4 = Um compromisso verbal ou escrito foi obtido do prefeito/subprefeito, delegado de polícia, superintendente escolar , e de outros líderes-chave.			
	1,43 Identificar o papel dos líderes-chave	4 = Os líderes-chave entendem o seu papel e assumiram o compromisso de apoiar a implementação do Comunidades Que Cuidam.			
	1,44 Identificar o papel do Conselho.	4 = Os membros do Conselho Acadêmico entendem o seu papel e assumiram o compromisso de supervisionar o processo Comunidades Que Cuidam.			
	1,45 Desenvolver um plano de comunicação entre a Coalizão Comunitária e líderes-chave	4 = Os líderes-chave identificaram como eles irão se comunicar com a Coalizão Comunitária			

1,46 Solicitar indicações dos líderes-chave sobre potenciais membros da Coalizão Comunitária.
1,47 Obter das partes interessadas relevantes os memorandos de acordo ou contratos de operação conjunta que forem necessários.

4 = Os líderes-chave identificaram e documentaram quais os membros da Coalizão Comunitária a serem recrutados

4 = Memorandos de entendimento, atas de reuniões ou outra documentação foram assinadas entre a agência-chefe/anfitriã e as partes interessadas no Comunidades Que Cuidam (ex. diretorias de ensino/coordenadorias regionais de educação, organizações de jovens, etc)



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.5 Analisar e abordar a questões relacionadas à prontidão comunitária, ou desenvolver um plano para abordá-las.			0	0	
	1,51 Analisar questões extraordinárias de prontidão comunitária	4 = Um plano de ação foi desenvolvido e documentado para abordar questões de prontidão comunitária pendentes			
	1,52 Abordar problemas críticos	4 = Foram identificados os fatores de prontidão “paralisantes”			

para o
avanço.

1,53 Desenvolver um plano de ação para lidar com questões extraordinárias de prontidão comunitária

4 = Foi concluído um plano descrevendo as etapas de ação para abordar questões de prontidão comunitária pendentes, detalhando as pessoas responsáveis e prazos



Nível de conclusão: 1 – Recém-Iniciado 2 – Algo Alcançado 3 – Maioria Alcançada 4 – Totalmente Alcançado

Nível de desafio: 1 – Muito Desafiador 2 – Bem Desafiador 3 – Um Pouco Desafiador 4 – Nada Desafiador

Meta	Indicador	Cumprimento da Meta e Indicador	Nível	Desafio	Anotações
Fase 1: Começar		Realizado	0,00%	0,00%	
1.6. A comunidade está pronta para prosseguir para a Fase 2: Organizar, Introduzir e Envolver.			0	0	
	1,61 Desenvolver um plano de trabalho para prosseguir para a Fase 2	4 = Há um plano de trabalho (escrito) para guiar a transição para a Fase 2			
	1,62 Identificar e assegurar os recursos necessários para a Fase 2	4 = Recursos adequados foram assegurados e um orçamento foi desenvolvido.			

Anexo B- Roteiro de Entrevista

Apresentação do objetivo

Objetivo da pesquisa: Avaliar a fidelidade do processo de implementação do Sistema de Prevenção Comunidades que Cuidam, em uma das comunidades escolhidas para o seu estudo piloto no Brasil.

Contextualização

Na Etapa 1, os líderes chave da comunidade são identificados e convidados para mediar o processo. Ocorre a preparação para receber a intervenção e a avaliação da comunidade sobre sua prontidão para mudança. Já na Etapa 2, os principais líderes chave são convidados a compor a coalizão comunitária e recebem uma série de sessões de treinamento sobre a ciência da prevenção, CTC e funções da coalizão comunitária. A coalizão comunitária se organiza em grupos de trabalho para conduzir o andamento da implementação nas próximas etapas.

Realizarei algumas para entender um pouco mais sobre a sua percepção referente ao processo de implantação piloto das duas etapas iniciais do CQC, no Distrito de Santo Antônio de Lisboa, em Florianópolis/SC.

- 1) Quais foram os principais desafios encontrados durante a implementação da Etapa 1 e 2?
- 2) Foram realizadas adaptações durante o processo de implementação piloto da etapa 1 e 2? [Se sim, quais?]
- 3) Até o momento, a implementação piloto conseguiu seguir os elementos centrais?

Descrever os elementos centrais: **a) mobilização das partes interessadas no processo**

comunitário; b) uso de dados epidemiológicos; c) uso de programas testados e eficazes; e, d) avaliação contínua dos resultados e revisão do plano comunitário.]