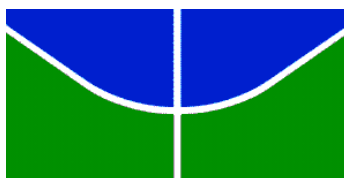


**Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Barreiras e Facilitadores da Implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste  
do Brasil Segundo Gestores: Uma Análise de Contexto Baseada em Abordagens de  
Avaliação de Processo**

Ingrid Gomes Abdala

Brasília – DF,  
Agosto de 2018



Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Barreiras e Facilitadores da Implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste  
do Brasil Segundo Gestores: Uma Análise de Contexto Baseada em Abordagens de  
Avaliação de Processo**

Ingrid Gomes Abdala

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Sheila Giardini Murta

Brasília – DF,  
Agosto de 2018

**Barreiras e Facilitadores da Implementação do Programa Famílias Fortes no Nordeste do Brasil Segundo Gestores: Uma Análise de Contexto Baseada em Abordagens de Avaliação de Processo**

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Giardini Murta  
Universidade de Brasília – UnB  
Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Paulo de Martino Jannuzzi  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
Membro Titular

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack Brambatti  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Titular

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Gandolfo Conceição  
Universidade de Brasília - UnB  
Membro Suplente

## Epígrafe



Figura 1. Tirinha Mafalda

## **Agradecimentos**

À Sheila Murta, minha orientadora de Mestrado, por romper com todos os estereótipos negativos que envolvem a produção de uma dissertação. Foi devido a sua presença neste percurso, que posso dizer que esta experiência foi tranquila e prazerosa, ainda que intensa. Trabalhar com uma pessoa que exerce todos os seus papéis com empenho e entusiasmo é inspirador. Agradeço especialmente pela sensibilidade no acolhimento quando cheguei à Brasília e pela incrível habilidade em mesclar críticas com incentivos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Larissa Polejack Brambatti, Prof. Dr. Paulo de Martino Jannuzzi, e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Gandolfo Conceição pelo tempo e pelas valiosas colaborações e sugestões, as quais serão muito úteis para meu desenvolvimento profissional.

Aos gestores envolvidos com o Programa Famílias Fortes e participantes dessa pesquisa, pela disponibilidade em contribuir com este estudo.

Aos pesquisadores de campo e território da Pesquisa de Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes pela coleta de dados e transcrições, material essencial para a construção desta escrita.

À Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) pelo fomento para realização do estudo “Avaliação de Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Fortalecendo Famílias”, no qual esta pesquisa se insere ao realizar uma avaliação de processo em contexto.

A todos os professores do departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB, que contribuíram significativamente com o meu percurso no Mestrado e me incentivaram à ampliação de horizontes.

À equipe de pesquisadores que contribuíram diretamente com a coleta de dados desta pesquisa: Danielle Aranha de Farias, Karina Damous Duailibe, Maria do Socorro Mendes Gomes, Jordana Calil Lopes de Menezes, Luana Marcia Barros Costa, Nayara Freire de Sousa Bezerra,

Lumara Cristina Martins Santos, Tânia de Oliveira Viana, Tamiris Andrade, Tainara Ferreira Inocêncio, Emanuele Cristina dos Santos Nascimento, Dafni Priscila Alves da Silva. Sem suas mãos, este trabalho não seria possível.

Aos colegas do Grupo de Estudo em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo da Vida (GEPPS-Vida), obrigada pela troca e pelos encontros durante estes dois anos, em especial Larissa Nobre-Sandoval, Jordana Menezes e Nádia Pinheiro pelas contribuições e parcerias na construção desta dissertação.

À minha mãe Silvana e ao meu pai Fernando, fontes de inspiração para qualquer esforço que eu venha a empreender. Vocês foram e continuam sendo figuras cruciais para que eu chegue nos terrenos pelos quais ensaio caminhar.

À minha avó Iolanda pelo lugar seguro (real e simbólico) que representa. Obrigada por me ensinar a lidar com os nós da vida.

À minha irmã Fernanda que, mesmo distante, se faz presente nas alegrias e nos contratempos do dia-a-dia. Obrigada pelo esforço em tentar manter nossos laços afetivos sempre estreitos e pelo melhor presente que poderia me dar, a Rafinha.

Ao meu noivo Rafael, que esteve nos papéis de companheiro e conselheiro durante todo o processo dessa escrita. Agradeço principalmente por me lembrar todos os dias o que realmente é essencial na vida e por sempre me surpreender com uma incansável postura de atrevimento diante dos empecilhos. Você é inspiração para muitos, não apenas para mim.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente aos que transpuseram essa nomenclatura e tornaram-se amigos. Destaco especialmente os amigos Sara, Janaína, Raílson e Larissa, que tornaram esta caminhada mais prazerosa com suas companhias.

A Deus, por todas as bênçãos que me concedeu, e à vida, pelas surpresas, lições e oportunidades, pelos encontros, desafios, sofrimento e crescimento que me apresentou.

## Sumário

Introdução geral .....	17
Desenvolvimento e Implementação de Programas Preventivos ao Uso de Álcool e Outras Drogas .....	17
Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas no Brasil – Adoção, Implementação e Avaliação de Programas .....	20
Uso da Avaliação de Processo para Avaliação de Intervenções Complexas .....	23
Apresentação da dissertação.....	25
Referências.....	27
MANUSCRITO 1 .....	33
Resumo .....	34
Abstract.....	35
Introdução .....	36
Problemática: A Importância da Avaliação de Processo .....	36
Revisão de Literatura: Contextualização Histórica.....	39
Avaliação de Processo: Caminhos Contemporâneos.....	44
Principais Conceitos da Avaliação de Processo.....	47
Implementação .....	47
Mecanismos de Impacto.....	48
Contexto .....	50
Abordagens teóricas na avaliação de processo .....	51
Importância das teorias.....	51
Teoria Realística .....	53
Teoria do Processo da Normalização (TPN) .....	57
Considerações Finais .....	61
Referências.....	66
MANUSCRITO 2 .....	75

Resumo .....	76
Abstract .....	78
Introdução .....	80
Método .....	92
Delineamento e participantes .....	92
Instrumentos .....	94
Procedimento.....	96
Análise de dados.....	97
Aspectos éticos.....	102
Resultados .....	103
Negociação para adoção local do Programa Famílias Fortes.....	104
Barreiras na negociação.....	105
Facilitadores na negociação.....	108
Articulação local .....	110
Barreiras na articulação local .....	110
Facilitadores na articulação local .....	112
Mobilização dos serviços .....	114
Barreiras na mobilização dos serviços.....	116
Facilitadores na mobilização dos serviços.....	118
Formação da equipe .....	120
Barreiras na formação da equipe .....	121
Facilitadores na formação da equipe .....	123
Divulgação do PFF, convite e seleção das famílias .....	125
Barreiras na divulgação do PFF.....	127
Facilitadores na divulgação do PFF.....	128
Organização das sessões.....	130
Barreiras na organização das sessões .....	132



Facilitadores na organização das sessões .....	134
Execução do PFF.....	135
Barreiras na execução do PFF .....	139
Facilitadores na execução do PFF .....	140
Dados totais de barreiras e facilitadores ao longo do programa .....	142
Contexto Político .....	143
Estratégias de implementação .....	144
Agentes de implementação.....	144
Contexto Geográfico.....	144
Contexto Sociocultural .....	145
Contexto Socioeconômico .....	145
Processo de implementação.....	145
Discussão .....	147
Considerações finais .....	155
Referências.....	159
Conclusões .....	167
ANEXOS .....	170
Anexo A - Roteiro de Entrevista/Grupo Focal para Gestores, Multiplicadores e Articuladores .....	171
Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Tirinha Mafalda .....	iv
<i>Figura 2.</i> Principais funções da avaliação de processo e o fluxo entre elas. (Fonte: Moore, Audrey, Barker, Bond, Bonell, Hardeman, Baird, 2015). .....	46
<i>Figura 3.</i> Conteúdo do Programa Famílias Fortes (Fonte: Stolle, Stappenbeck, Wendell, & Thomasius, 2011).....	83
<i>Figura 4.</i> Modelo lógico utilizado na avaliação do Programa Famílias Fortes (Fonte: Murta et al., manuscrito não publicado).....	83
<i>Figura 5.</i> Dimensões CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (Adaptado de Pfadenhauer, Gerhardus, Mozygemba, Lysdahl, Booth, Hofmann & Rehfuess, 2017). ....	90
<i>Figura 6.</i> Organograma do Programa Famílias Fortes .....	93
<i>Figura 7.</i> Fluxograma da Teoria da Ação.....	95
<i>Figura 8.</i> Fluxograma da análise de dados .....	97
<i>Figura 9.</i> Barreiras na fase de negociação entre governo federal e municipal.....	106
<i>Figura 10.</i> Facilitadores na fase de negociação entre governo federal e municipal.....	109
<i>Figura 11.</i> Barreiras na fase de articulação local .....	112
<i>Figura 12.</i> Facilitadores na fase articulação local .....	113
<i>Figura 13.</i> Barreiras na fase de mobilização dos serviços.....	118
<i>Figura 14.</i> Facilitadores na fase de mobilização dos serviços.....	120
<i>Figura 15.</i> Barreiras na fase de formação da equipe .....	123
<i>Figura 16.</i> Facilitadores na fase de formação da equipe .....	124
<i>Figura 17.</i> Barreiras na fase de divulgação do PFF, convite e seleção das famílias .....	128
<i>Figura 18.</i> Facilitadores na fase divulgação do PFF, convite e seleção das famílias.....	130
<i>Figura 19.</i> Barreiras na fase de organização do espaço físico, horário dos grupos e material .....	134

<i>Figura 20.</i> Facilitadores na fase organização do espaço físico, horário dos grupos e material .....	135
<i>Figura 21.</i> Barreiras na fase de execução do PFF .....	140
<i>Figura 22.</i> Facilitadores na fase execução do PFF .....	142
<i>Figura 23.</i> Dados totais de barreiras e facilitadores ao longo do programa – CICI .....	143
<i>Figura 24.</i> Barreiras e facilitadores ao longo do programa – Temas .....	146

**Lista de Tabelas**

Tabela 1. <i>Componentes da Teoria do Processo da Normalização</i> .....	59
Tabela 2. <i>Definições das dimensões CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas</i> .....	90
Tabela 3. <i>Definições de temas</i> .....	98
Tabela 4. <i>Distribuição de temas de acordo com as dimensões CICI</i> .....	99
Tabela 5. <i>Desfechos esperados por elo da Teoria da Ação</i> .....	100
Tabela 6. <i>Distribuição de barreiras e facilitadores por elo da teoria da ação do PFF</i> .....	103
Tabela 7. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de negociação entre governo federal e municipal</i> ...	104
Tabela 8. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de articulação local</i> .....	110
Tabela 9. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de mobilização dos serviços</i> .....	114
Tabela 10. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de formação da equipe</i> .....	120
Tabela 11. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de divulgação do PFF, convite e seleção das famílias</i> .....	125
Tabela 12. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de organização do espaço físico, horário dos grupos e material</i> .....	131
Tabela 13. <i>Barreiras e facilitadores na etapa de execução do Programa Famílias Fortes</i> .	136
Tabela 14. <i>Desfechos ocorridos na implementação do PFF no Brasil</i> .....	147

## Lista de Siglas

AP – Avaliação de Processo

CATCH - *The Coordinated Approach to Child Health* ou Abordagem Coordenada para a Saúde da Criança

DVC – Doença Cardiovascular

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

IP - Intervenção Precoce

MRC - *Medical Research Council* ou Conselho Médico em Pesquisa

TPN – *Normalization Process Theory* ou Teoria do Processo da Normalização

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNB – Produto Nacional Bruto

PFF – Programa Famílias Fortes

PFF (UK 10-14) – Programa Famílias Fortes, versão Reino Unido, para jovens de 10 a 14 anos

PHSRN – *Population Health Sciences Research Network* ou Rede de Pesquisa em Ciências da Saúde da População

RE-AIM – Abreviação para: *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance* ou Alcance, Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção

TR – *Realistic Theory* ou Teoria Realística

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime* ou Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

## **Lista de Anexos**

Anexo A - Roteiro de Entrevista ou grupo focal para Gestores, Multiplicadores e Articuladores

Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

## Resumo

O uso indevido de substâncias por adolescentes representa um fenômeno preocupante em diversos países. Nas últimas décadas, tem sido desenvolvidos programas preventivos com a finalidade de abordar os problemas decorrentes do seu uso indevido a partir da redução dos fatores de risco e da promoção dos fatores de proteção. O Programa Famílias Fortes (PFF) foi desenvolvido no Reino Unido e adaptado para o Brasil como uma das estratégias para a evitação, redução ou adiamento no uso de substâncias entre jovens e para redução de outros comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes por meio do fortalecimento de vínculos familiares. A implementação do PFF pode ser considerada complexa, pois exige articulação ao nível municipal, estadual e federal para sua entrega. A abordagem da avaliação de processo tem sido qualificada como adequada para avaliar programas classificados como complexos, por reconhecer os entraves para uma avaliação robusta e buscar albergar elementos tanto da implementação, como dos mecanismos de mudança quanto do contexto. Esta dissertação, composta por dois manuscritos, almeja abordar aspectos conceituais sobre a avaliação de processo de intervenções complexas em saúde e examinar como o contexto facilitou ou dificultou a pré-implementação e implementação do PFF no Nordeste do Brasil. O primeiro manuscrito apresenta uma revisão narrativa da avaliação de processo na área da saúde. Evidencia-se seu desenvolvimento histórico, principais conceitos e abordagens frequentemente utilizadas na área, como a Teoria Realística e Teoria do Processo da Normalização. Conclui-se que ambas as teorias oferecem estruturas de avaliação consistentes, que podem ser utilizadas para descrever e avaliar implementações, além de auxiliar na customização de intervenções complexas a diferentes contextos. No segundo manuscrito, foi aplicada a avaliação de processo para analisar os fatores contextuais e processuais considerados barreiras e facilitadores em cada fase de pré-implementação e implementação do PFF no Nordeste do Brasil. O estudo foi realizado, por meio de entrevistas e grupos focais, com 26 profissionais responsáveis pela gestão, supervisão e implementação do Programa. Os relatos indicam a existência de mais empecilhos para a implementação do que elementos facilitadores. A análise de contexto identificou como principais barreiras: contexto político desfavorável (19%), agentes de implementação pouco engajados ou sensibilizados (12%) e estratégias de implementação ineficazes (10%), enquanto que os elementos mais facilitadores foram: elaboração e utilização de estratégias eficazes (16%), contexto político favorável (14%) e agentes de implementação envolvidos e sensibilizados com o Programa. Os relatos indicam que a implementação exitosa do PFF exige um bom funcionamento prévio das redes intersetoriais e eficácia no gerenciamento de pessoas, na distribuição de poder e na gestão dos recursos financeiros. Esses resultados ajudam a compreender os desafios em implementar em larga escala programas de prevenção para o país. Sugere-se a construção de um manual de implementação do PFF e a comparação dos dados encontrados com estudos de avaliação de efetividade. Concluiu-se que seria essencial para o aprimoramento da qualidade da implementação a promoção de uma cultura de prevenção em territórios de alta vulnerabilidade, como no caso do Nordeste brasileiro, onde geralmente é dada prioridade à urgência.

**Palavras-chave:** avaliação de processo, contexto, implementação de intervenções complexas, prevenção

### Abstract

Undue use of substances by adolescents is a worrying phenomenon in several countries. In the last decades, preventive programs are being developed with the purpose of approaching problems arising from substance misuse by reducing risk factors and promoting protection factors. The Strengthening Families Program (SFP) was developed in the United Kingdom and adapted to Brazil as one of the strategies for avoidance, reduction or postponement of substance use among youngsters and to reduce other health risk-related behaviors in children by strengthening family ties. The implementation of SFP can be considered complex, since it requires articulation at the municipal, state and federal levels for its delivery. The process evaluation approach has been described as efficient to evaluate programs classified as complex, recognizing the obstacles to a robust evaluation and seeking to accommodate elements of both implementation and change mechanisms as well as context. This dissertation, composed of two manuscripts, aims to address conceptual aspects about the process evaluation of complex interventions in health realm and to examine how context acts as a facilitator or as a barrier to pre-implementation and implementation of SFP in Northeast Brazil. The first manuscript of this dissertation aims to present a narrative review of process evaluation in health area, its historical development, main concepts and approaches frequently used in process evaluation, such as the Realistic Theory and Normalization Process Theory, are evidenced. It is concluded that both theories offer consistent evaluation frameworks, which can be used to describe and evaluate implementations, as well as assist in the customization of complex interventions to different contexts. At the second manuscript, process evaluation approach is applied to analyze the contextual and procedural factors considered barriers and facilitators in each phase of the pre-implementation and implementation of SFP in the Northeast region of Brazil. The study was conducted through interviews and focus groups with 26 professionals responsible for the management, supervision and implementation of the Program. Reports indicate that there are more obstacles to implementation than facilitating elements. Context analysis identified as main barriers: unfavorable political context (19%), poorly engaged implementation agents (12%) and ineffective implementation strategies (10%), while the most facilitating elements were: effective strategies (16%), favorable political context (14%) and implementation agents engaged and sensitized with the Program. Reports indicate that successful implementation of the Program requires good pre-existing intersectoral networks and effectiveness in people management, power distribution and financial resource management. These results help to understand the challenges in implementing large-scale prevention programs in Brazil. It is recommended to elaborate a SFP implementation manual and to compare data found in results-based studies. It was concluded that it would be essential for the improvement of the quality of implementation to promote a culture of prevention in territories of high vulnerability, as is the case of Northeastern Brazil, where priority is generally given to urgency.

**Keywords:** process evaluation, context, implementation of complex interventions, prevention



## Introdução geral

### **Desenvolvimento e Implementação de Programas Preventivos ao Uso de Álcool e Outras Drogas**

O uso indevido de substâncias por adolescentes representa um tema preocupante tanto em países de renda baixa e média (PNB entre US\$1.006-12.275 milhões, por critérios do Banco Mundial) como em países renda alta (PNB superior a 12.275 milhões) (*World Health Organization*, 2012), ainda mais, quando há evidências de que o início precoce do uso de álcool e outras drogas está relacionado a maiores chances de danos associados ao seu uso durante a vida adulta (Dawson, Goldstein, Chou, Ruan, & Grant, 2008). Por isso, nos últimos anos, a saúde pública e as organizações de direitos de crianças e adolescentes têm solicitado recorrentemente a disseminação em escala mundial de intervenções baseadas em evidências que visem prevenir danos associados às drogas com esse público (*World Health Organization & United Nations Children's Fund*, 2008).

Os programas considerados de qualidade no âmbito da intervenção precoce (IP), enquadram-se nas teorias do desenvolvimento, que são: as teorias transacionais, bioecológicas e sistêmicas (Bronfenbrenner, 1996; Sameroff, 1995; Turnbull & Turnbull, 1996; Wachs, 2000). Elas foram progressivamente se afirmando nesta área, chamando atenção para a importância de interações dinâmicas que se estabelecem entre a criança e o adolescente e o meio que os envolve e para o impacto direto e indireto que os diferentes contextos têm no seu desenvolvimento.

Os programas de prevenção considerados eficazes, ao cuidar do fenômeno das drogas, costumam afirmar que evitam o início do uso de álcool na adolescência, adiam este início e/ou reduzem o consumo de álcool e de suas consequências negativas por aqueles que já começaram a beber. Eles buscam estar direcionados a atender às necessidades da comunidade, envolvendo os diversos setores relevantes no tema e necessitam ser baseados em evidências científicas

(Cavalcante, & Barroso, 2008). Portanto, o monitoramento e avaliação são indispensáveis para a difusão de bons programas preventivos. Esses programas também necessitam ter um bom custo benefício. Uma proposta do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) afirma que, para cada dólar gasto, bons programas de prevenção no uso de drogas entre os jovens podem economizar até 10 dólares (UNODC, 2013).

O UNODC (2013) lançou na 56ª Sessão da Comissão de Narcóticos (CND) um conjunto de Normas Internacionais de Prevenção do Uso de Drogas, que foi apresentado a gestores brasileiros em um evento paralelo, o Simpósio Internacional sobre Drogas: da Coerção à Coesão, realizado em Brasília em setembro de 2013. Além disso, duas outras publicações do UNODC (2013) fornecem uma revisão dos programas de prevenção ao uso de drogas e suas metodologias: *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes* e o *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Os principais eixos de atuação dessas publicações são:

- (i) Famílias - Há dois projetos do programa global *Family Skills* em processo de implementação no Brasil. O primeiro é direcionado a famílias com crianças de até cinco anos e o segundo se destina a famílias com crianças e adolescentes de 10 a 14 anos (UNODC, 2013). Este último se chama Programa Famílias Fortes e será objeto de estudo do capítulo dois desta dissertação. Ambos os programas são desenvolvidos com toda a família e oferecem aos pais ferramentas para melhorar a comunicação e o monitoramento das atividades dos filhos, além de estabelecer limites adequados à idade (UNODC, 2013).
- (ii) Escolas - as escolas foram consideradas um cenário importante para o UNODC alcançar muitas crianças e adolescentes com atividades de prevenção. Uma das metodologias de prevenção no contexto escolar lançadas pelo órgão no Brasil consiste em promover discussões entre alunos de 10 a 14 anos de idade (UNODC,

2013). Há também outra metodologia direcionada a crianças de 6 a 10 anos de idade. Nesse programa, as crianças são divididas em grupos que podem ser reordenados pelos professores ao longo do ano letivo, e participam de um jogo em que o objetivo é melhorar a convivência na escola e evitar a evasão escolar (UNODC, 2013).

- (iii) Ambiente de trabalho – Considerando uma metodologia internacional de referência, o UNODC desenvolveu um projeto de prevenção ao uso indevido de drogas no ambiente de trabalho. O projeto tem como objetivo a adaptação, a implementação e a avaliação do impacto de atividades que visem reduzir a demanda por álcool e outras drogas no ambiente do trabalho e na família, seguindo diretrizes elaboradas pelo próprio órgão, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Os resultados relacionados à prevenção dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre os trabalhadores e suas famílias têm sido positivos (UNODC, 2013).

Em 2004, uma meta-análise revisitou pesquisas que avaliaram a efetividade de um programa de prevenção universal chamado D.A.R.E (*Drug Abuse Resistance Education*). O Programa possuía uma abordagem informativa e táticas de intimidação com finalidade de prevenir o uso de álcool e outras drogas com jovens em idade escolar (Kelly-Weeder, Phillips, & Rounseville, 2011). Supunha-se que, se os jovens compreendessem os riscos do uso do álcool, eles escolheriam não beber. A meta-análise comprovou que este estilo de programa seria ineficaz (West & O’Neal, 2004). Pesquisas sugerem que, na melhor das hipóteses, programas baseados na informação e mudança de atitude apenas do indivíduo, como o D.A.R.E, possuem um efeito baixo no comportamento do uso de substâncias por adolescentes, e, na pior das hipóteses, incentivam a experimentação (Dejong, Larimer, Wood, & Hartman, 2009; Kelly-Weeder et al., 2011; Skager, 2007).

Programas mais modernos, tanto os baseados na escola, na comunidade, na família e no trabalho, estão buscando intervir em habilidades para a vida, habilidades de resistência a pressões sociais dos pares, role-playing e fortalecimento das relações positivas entre pares, (Farrington, Gaffney, Lösel, & Ttofi, 2017; Oesterle et al., 2018; Spoth et al., 2013). Além disso, muitos dos atuais programas disponíveis oferecem componentes que são interativos, incluem seções lideradas por jovens e fornecem treinamento específico para facilitadores. Estas intervenções têm sido eficazes na redução significativa do início precoce e da progressão do uso de álcool em adolescentes (*World Health Organization*, 2015).

Intervenções para prevenção no uso de álcool e outras drogas baseadas na família, na escola, na comunidade ou no trabalho, podem ser implementadas sob uma ampla variedade de configurações, desde (i) prevenção universal, que são programas destinados à população em geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco, como no caso do Programa Famílias Fortes; (ii) prevenção seletiva, na qual as ações são voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias; e (iii) prevenção indicada, quando as intervenções são voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos de risco relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

### **Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas no Brasil – Adoção, Implementação e Avaliação de Programas**

No Brasil, o governo federal lançou um Plano de Ação de Enfrentamento ao Crack em 2011, diante da repercussão midiática das Cracolândias, que relacionava os problemas decorrentes do uso de drogas à violência e à criminalidade (Volcov & Vasconcellos, 2013). O Programa foi denominado “Crack: é Possível Vencer” e possuía três eixos: (i) promover a repressão ao tráfico, (ii) oferecer atenção integral ao usuário, e (iii) prevenir o abuso de drogas. Este último, focava em ações que visavam à promoção de fatores protetivos e redução de

fatores de risco relacionados ao uso indevido de drogas, por meio da articulação e fortalecimento das redes locais e capacitação de profissionais de saúde, educação, assistência social, justiça, segurança pública, conselhos e lideranças comunitárias, entre outras ações (Brasil, 2011).

Em 2014, pesquisadores da Fiocruz demonstraram por meio de um levantamento de dados, que o problema do crack era multideterminado e estava intrinsecamente relacionado à vulnerabilidade social (Bastos & Bertoni, 2014). Além disso, verificou-se que a motivação ao consumo estaria relacionada à curiosidade sobre os efeitos da droga; à facilidade ao acesso; às perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual; à pressão por pares; e à falta de perspectivas de futuro. Os achados foram coerentes com a literatura internacional na área, ao frisar a importância do uso de medidas multidimensionais preventivas e de promoção de saúde (Spath, Greenberg, & Turrisi, 2008). Diante deste cenário, houve grande incentivo e fomento ao desenvolvimento programas focados na redução das iniquidades em saúde, melhoria do ambiente familiar e facilitação de projetos de vida (Miranda, 2016).

Em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), por meio da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), e o Ministério da Justiça e Cidadania (MJ), por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), adotaram três programas de prevenção ao uso de drogas e os implementou em diversos municípios do país. Os três programas foram: Programa Jogo Elos (Barrish, Saunders, & Wolf, 1969), o #Tamojunto (Faggiano et al., 2008) e Fortalecendo Famílias (Kumpfer, DeMarsh, & Child, 1989), que posteriormente passou a ser chamado de Programa Famílias Fortes.

O programa Jogo Elos trabalha com atividade lúdicas realizada para crianças de 6 a 10 anos. Desenvolve noções de socialização e de respeito a si e aos outros. O programa contribui para a produção de um ambiente harmônico, que estimula a troca e a cooperação entre alunos

de professores, favorecendo o aprendizado e o desenvolvimento das habilidades sociais. O #Tamojunto, foi desenhado para adolescentes de 13 e 14 anos, com finalidade treinar habilidades e recursos específicos para que os estudantes pudessem lidar com influências sociais, adquirindo conhecimentos sobre drogas e suas consequências para a saúde. O programa se propõe a redução do consumo regular ou abusivo de álcool e outras drogas e o fortalecimento dos vínculos entre alunos e professores (Assunção, 2016).

Já o Programa Famílias Fortes (PFF), objeto de estudo do segundo manuscrito, foi desenvolvido na década de 80, na Universidade de Utah, Estados Unidos e disseminado para outros países após comprovada sua eficácia localmente (Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015). A versão utilizada no Brasil é uma adaptação do *Strengthening Families Programme* do Reino Unido, destinada a famílias com filhos entre 10 e 14 anos (SFP UK 10-14). No Brasil, sua implementação foi financiada pelo Ministério da Saúde e pela foi implementado primordialmente nos serviços de proteção social básica da Política Nacional de Assistência Social e, por conseguinte, teve como público-alvo famílias em situação de vulnerabilidade econômica (Miranda, 2016). Seu objetivo distal seria redução do abuso de substâncias e de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes, por meio do fortalecimento da coesão, organização e comunicação na família, estilos parentais autoritativos, habilidades de vida e perspectiva de tempo futuro nos adolescentes (Allen, Coombes, & Foxcroft, 2007; Kumpfer, Scheier, & Hansen, 2014).

Desde sua adoção, o PFF vem passando por sucessivas adaptações (Menezes, 2017), sendo que a primeira delas ocorreu após uma aplicação piloto no Distrito Federal para levantamento de necessidades de adaptação cultural (Murta et al., 2018). Entre os anos de 2015 e 2016 o programa passou por uma expansão e estava sendo implementado em diversos estados do país, contudo, no final de 2016 e em 2017, houve oscilações quanto a sua expansão, coincidindo com o período de substituição de Dilma Rousseff por Michel Temer na Presidência

da República (Miranda, 2016). Maiores detalhes sobre os objetivos, fundamentação teórica e metodológica do PFF, poderão ser encontradas no manuscrito dois desta dissertação.

Atualmente os três programas estão em fase de monitoramento e avaliação no Brasil, de modo que os estudos estão sendo publicados de acordo com a fase de avaliação na qual se encontram. Alguns desses estudos podem ser encontrados em Medeiros, Cruz, Schneider, Sanudo e Sanchez (2016) e em Murta et al. (2018). Sanchez et al. (2017) e em Schneider et al. (2016). O estudo aqui desenvolvido refere-se à implementação financiada exclusivamente pela SENAD nos estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe e representa apenas uma parcela da “Pesquisa de Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes”. Esta dissertação possui como foco o aprofundamento no quesito “qualidade da implementação”, uma vez que se trata de um estudo de avaliação de processo de contexto. Contudo, vale ressaltar que qualidade da implementação também um componente dos estudos de efetividade, e, portanto, esta pesquisa se propõe a auxiliar na compreensão dos resultados de efetividade do PFF.

### **Uso da Avaliação de Processo para Avaliação de Intervenções Complexas**

Os três programas supracitados trabalham diferentes esferas da vida dos jovens e, por conseguinte, podem ser considerados programas complexos. A "complexidade" se relaciona com a implementação da intervenção e sua interação com seu contexto. As principais dimensões de complexidade identificadas pela estrutura do *Medical Research Council* (MRC) foram: (i) o grau de dificuldade dos comportamentos exigidos por aqueles que entregam a intervenção; (ii) o número de pessoas ou níveis organizacionais almejados pela intervenção; (iii) o grau de variabilidade nos resultados; (iv) o grau de flexibilidade ou adaptação permitido pela intervenção (Craig et al., 2008).

Diante da multifatorialidade e complexidade das intervenções, é comum que as organizações que recebem a intervenção respondam de maneiras diversas (Moore et al., 2015).

Por isso, cresce cada vez mais o reconhecimento de que: as avaliações de uma intervenção necessitam considerar e entender essa complexidade na entrega para fornecer informações aos desenvolvedores das intervenções ou para auxiliar na aplicação destas em diferentes ambientes ou populações (Linnan & Steckler, 2002). As avaliações devem fornecer informações sobre planejamento, adoção, entrega da intervenção, os caminhos pelo qual se espera que uma intervenção deva caminhar, os fatores contextuais que afetam a implementação e os resultados da intervenção, em outras palavras devem considerar o processo pelo qual ela ocorre, combinando avaliações de resultados com avaliações de processos (Craig et al., 2008).

A avaliação de processo não é um conceito novo. Na década de 60, uma explicação de avaliação do processo apareceu em um livro amplamente utilizado sobre avaliação de programas (Suchman, 1967), embora Suchman não a classifique como “avaliação de processo” em si. Suchman escreve:

No curso da avaliação de sucesso ou fracasso de um programa, muito pode ser aprendido sobre como e por que o programa funciona ou não. (...) essa análise do processo pelo qual um programa produz seus resultados, não é parte inerente da pesquisa avaliativa. Um estudo de avaliação pode limitar a sua análise de dados para determinar se um programa é ou não bem-sucedido. No entanto, uma análise do processo pode ter significado organizacional e científico, principalmente quando a avaliação indica que um programa não está funcionando como esperado. Localizar a causa da falha pode resultar na modificação do programa para que ele funcione, em vez de ser descartado como uma falha completa (Suchman, 1967, p. 66).

Essa definição inicial de avaliação de processo inclui conceitos básicos utilizados ainda hoje. Contudo, como será discutido no primeiro manuscrito desta dissertação, a teoria da avaliação de processo está sendo desenvolvidas e refinadas nos últimos anos e, portanto, adquiriu algumas variações.



Atualmente, os estudiosos da avaliação de políticas públicas reconhecem as avaliações de processos como uma das cinco possíveis propostas de avaliação de programas, sendo elas: (i) Avaliação de Demandas, (ii) Avaliação da Teoria do Programa, (iii) Avaliação de Processo do Programa, (iv) Avaliação de Impacto ou Avaliação de Resultados e (v) Avaliação de Eficiência ou Avaliação de Custos (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2003). Nenhuma delas se propõem superior a outra, apenas se propõem a responder perguntas de naturezas diferentes (Jannuzzi, 2016). Ainda segundo o autor, também é reconhecida certa urgência no aprimoramento de uma estruturação de indicadores de monitoramento, ratificando a importância da disseminação de pesquisas mais robustas, pois somente assim será possível o aprimoramento técnico das práticas de gestão. Vale ressaltar que, para este aprimoramento, a avaliação de processo tem desempenhado papel de extrema relevância na medida em que se utiliza de uma série de métodos de pesquisa para contribuir com a investigação sistemática da efetividade das intervenções políticas, implementação e processos, e determinar seu mérito ou valor em termos de melhoria das condições sociais e econômicas (HM Treasury, 2011).

### **Apresentação da dissertação**

Para fins explicativos, no momento em que foi tomada a decisão de realizar este trabalho, durante uma disciplina sobre avaliação de processo em intervenções psicossociais ministrada pela orientadora desta dissertação, ficaram claras as similaridades e distinções entre os caminhos percorridos na literatura internacional e nacional nesta temática. Ambas as literaturas caminhavam para a compreensão de que estudos de eficácia e impacto não seriam suficientes para descrever com precisão a efetividade de um programa. Seria, portanto, necessário investir em estudos quantitativos e qualitativos que se propusessem a estudar aspectos da qualidade da implementação e do contexto da intervenção.

A decisão de aprofundar especificamente nos estudos de avaliação de processo de contexto se deu diante da possibilidade de aplicar um instrumento de avaliação de contexto,

recém-desenvolvido por Pfadenhauer et al. (2017), que possui como finalidade instrumentalizar estudos que visem realizar análise de contexto. O instrumento será melhor descrito no manuscrito dois. O contexto é um elemento essencial da avaliação de processo e se enquadra no estudo de qualidade da implementação no caso da pesquisa de avaliação do Programa Famílias Fortes.

No primeiro manuscrito, abordaremos o campo teórico da avaliação de processo, seu contexto histórico e seus conceitos atuais. Também serão apresentadas duas teorias frequentemente utilizadas na avaliação de processo e exemplos de estudos que utilizaram essa abordagem para avaliar intervenções complexas. O objetivo desse capítulo é fornecer conhecimento sobre área de avaliações de processos e facilitar a compreensão de como essa perspectiva pode ser utilizada para avaliação de intervenções psicossociais atualmente.

No segundo capítulo, será apresentado um estudo empírico de avaliação de contexto do Programa Famílias Fortes no Brasil. A partir da utilização das definições de contexto fornecidas por Pfadenhauer et al. (2017), espera-se que seja alcançado um aprimoramento metodológico na avaliação de processo de contexto em programas voltados às demandas públicas. Ainda, almeja-se contribuir com o diagnóstico de desafios contextuais enfrentados na implementação de programas preventivos ao uso de drogas no Brasil segundo a gestão implementadora. Por fim, aspira-se auxiliar na interpretação dos estudos de efetividade do PFF e na produção de um manual de implementação para o Programa.

### Referências

- Allen, D., Coombes, L., & Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. *Health Education Research, 22*(4), 547–560. <https://doi.org/10.1093/her/cyl122>
- Assunção, R. (2016, setembro 19). MJC coordena programas de prevenção ao uso de drogas no Ceará [Artigo]. Recuperado 2 de julho de 2018, de <http://www.justica.gov.br/news/mjc-coordena-programas-de-prevencao-ao-uso-de-drogas-no-ceara>
- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*(2), 119–124. <https://doi.org/10.1901/jaba.1969.2-119>
- Bastos, F. I. P. M., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* ICICT/FIOCRUZ. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas.
- Cavalcante, M. B. de P. T., Maria Dalva Santos, A., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery, 12*(3), 555–559. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1655.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2008). Age at First Drink and the First Incidence of Adult-Onset DSM-IV Alcohol Use Disorders.

*Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149–2160.

<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x>

Dejong, W., Larimer, M. E., Wood, M. D., & Hartman, R. (2009). NIAAA's rapid response to college drinking problems initiative: reinforcing the use of evidence-based approaches in college alcohol prevention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Supplement*, (16), 5–11.

Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhardt, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., ... Wiborg, G. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537–543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>

Farrington, D. P., Gaffney, H., Lösel, F., & Ttofi, M. M. (2017). Systematic reviews of the effectiveness of developmental prevention programs in reducing delinquency, aggression, and bullying. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 91–106. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.11.003>

HM Treasury. (2011). *The Magenta Book: Guidance for evaluation*. London.

Jannuzzi, P. D. M. (2016). *Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais. Uma Introdução aos Conceitos e Técnicas*. Campinas, SP: Alínea.

Kelly-Weeder, S., Phillips, K., & Rounseville, S. (2011). Effectiveness of public health programs for decreasing alcohol consumption. *Patient intelligence*, 2011(3), 29–38. <https://doi.org/10.2147/PL.S12431>

Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11–13), 1759–1787. <https://doi.org/10.1081/JA-120024240>

- Kumpfer, K. L., Scheier, L. M., & Hansen, W. B. (2014). *Parenting and Teen Drug Use: The Most Recent Findings from Research, Prevention, and Treatment* (1 edition). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research* (Vol. 40). San Francisco: Jossey Bass. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/d833/108331e1fd9762850819b872253a626efc4d.pdf>
- Medeiros, P. F. P., Cruz, J. I., R. Schneider, D., Sanudo, A., & Sanchez, Z. M. (2016). Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11, 2. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0047-9>
- Menezes, J. C. L. de. (2017). Adaptação Cultural do Strengthening Families Program (10-14) UK para o Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/24729>
- Miranda, A. A. V. (2016). Prevenindo o uso abusivo de drogas : uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21363>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D., & Coombes, L. (2018). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psychology: Research and Review*. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0105-0>
- 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>
- Pedroso, R. T., Abreu, S., & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *TEXTURA - ULBRA*, 17(33). Recuperado de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., ... Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12, 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A Systematic Approach* (7th edition). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods* (p. 659–695). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Sanudo, A., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Schneider, D., & Andreoni, S. (2017). The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 18(7), 772–782. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0770-8>
- Schneider, D. R., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Strelow, M., Chan, G., Kurki, A., & Sanchez, Z. M. (2016). Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 508–519. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000592016>

- Skager, R. (2007). Replacing ineffective early alcohol/drug education in the United States with age-appropriate adolescent programmes and assistance to problematic users. *Drug and Alcohol Review*, 26(6), 577–584. <https://doi.org/10.1080/09595230701613569>
- Spoth, R., Greenberg, M., & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121 Suppl 4, S311-336. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243E>
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Feinberg, M., & Schainker, L. (2013). PROSPER community–university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2 years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial. *Preventive Medicine*, 56(3), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.013>
- Suchman, E. A. (1967). *Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. Russell Sage Foundation. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610445177>
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R., III. (1996). *Families, Professionals and Exceptionality: A Special Partnership* (3 edition). Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall College Div.
- UNODC, U. N. O. on D. and C. (2013). *World Drug Report* (p. 151). New York, NY: UNODC. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics\\_drugs/WDR/2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
- Volcov, K., & Vasconcellos, M. da P. (2013). “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal [“Crack, it can be beaten” or it must understand: observations from advertising campaigns from the federal government]. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, 4(2), 99–105.

- Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10344-000>
- West, S. L., & O'Neal, K. K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health, 94*(6), 1027–1029.
- World Health Organization. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged (HBSC) children: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO, Regional Office for Europe. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Geneva, Switzerland. Recuperado de [http://www.who.int/entity/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/index.html)
- World Health Organization, W. (2015). *The global strategy for women's, children's and adolescents' health*. Geneva, Switzerland: Every Woman Every Child.



**MANUSCRITO 1****Avaliação de Processo: Aspectos Históricos, Conceitos e Abordagens Contemporâneas<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Nota de agradecimento: agradeço a Nádia Pinheiro e José Marcelo Luz pelas contribuições na discussão dos tópicos: Teoria Realística e Teoria do Processo da Normalização.

## Resumo

A avaliação de processo pode ser utilizada para avaliar a qualidade da implementação, esclarecer mecanismos causais e identificar fatores contextuais associados à variação nos resultados. Este documento busca, por meio de uma revisão narrativa da literatura, fornecer uma revisão histórica da avaliação de processo aplicado às intervenções complexas em saúde, apresentar o cenário contemporâneo da literatura na área, descrevendo seus principais conceitos e expor duas teorias, Teoria Realística (TR) e Teoria do Processo da Normalização (TPN). Foi possível aprofundar o conhecimento na área de avaliação de processo e identificar que ambas as teorias oferecem estruturas de avaliação consistentes, que podem ser utilizadas para descrever e avaliar a implementação, mas também customizar intervenções complexas. Também ressaltam a importância do envolvimento de diversos atores na fase de desenvolvimento da intervenção como modo de elevar o potencial de sustentabilidade da intervenção. O estudo contribui com o desenvolvimento da avaliação de processo no Brasil na medida em que propõe a produção de estudos empíricos a partir da utilização da TR e TPN, que apresentam inovações quanto a avaliação de intervenções complexas de saúde pública.

**Palavras-chave:** avaliação de processo, intervenções complexas; intervenções psicossociais, teoria realística, teoria do processo da normalização

### **Abstract**

Process evaluation can be used to assess the quality of implementation, clarify causal mechanisms, and identify contextual factors associated with variation in outcomes. This document seeks, through a narrative review of the literature, to provide a historical review of the process evaluation considering complex interventions in health, to present the contemporary scenario of literature in the area, describing its main concepts and discussing two theories: Realistic Theory (RT) and Normalization Process Theory (NPT). It was possible to deepen the knowledge in process evaluation and to identify that both theories offer consistent evaluation structures, which can be used to describe and evaluate implementation, but also to customize complex interventions. They also emphasize the importance of involvement of several actors in the development phase of an intervention as a way to raise the sustainability potential of the intervention. The study contributes to the development of process evaluation in Brazil insofar as it proposes the production of empirical studies from the adoption of RT and NPT, which brings innovations regarding the evaluation of complex interventions in public health system.

**Keywords:** process evaluation, complex interventions; psychosocial interventions, realistic theory, normalization process theory

## Introdução

### **Problemática: A Importância da Avaliação de Processo**

A busca pelo desenvolvimento de intervenções no Brasil e no mundo representa uma tentativa de pôr em prática estratégias e ações para solucionar um problema. Assim, a avaliação de intervenções está inevitavelmente preocupada com causa e efeito e possui como um de seus alvos centrais a identificação de impactos decorrentes dos problemas aos quais elas se destinam a resolver. Entretanto, para estabelecer a relação de causa e efeito em intervenções complexas, que frequentemente são definidas pela sinergia entre seus múltiplos componentes, seria necessária a utilização de pelo menos um tipo de avaliação ou o desenvolvimento de uma abordagem para compreender suas especificidades.

Ensaio Clínicos Randomizados (ECRs) têm sido apontados pela literatura, ainda que de modo não consensual, como uma das possibilidades de avaliação de programas para os estudos que pretendem avaliar o efeito de uma intervenção, como nos estudos de mediação, oferecendo alta credibilidade e sofrendo baixa influência de fatores de confusão e vieses (Gelman & Geurts, 2017; Stang, 2011; Teele, 2014). Contudo, estes estudos também apresentam algumas desvantagens, como dificuldades quanto a generalização de dados e um alto custo para coloca-los em prática (Louis & Shapiro, 1983). Além disso, não foram desenvolvidos com o objetivo de fornecer informações sobre os mecanismos pelos quais uma intervenção produz benefícios ou prejuízos (Teele, 2014).

É importante distinguir intervenções “simples” de intervenções “complexas”. As primeiras são vistas como tendo caminhos lineares, que ligam a intervenção ao seu resultado. (Keshavarz, Nutbeam, Rowling, & Khavarpour, 2010). Já a segunda, ainda de acordo com estes autores, enfatiza a existência de múltiplos componentes interagindo de modo não linear e, portanto, os percursos causa-efeito (que podem ser vários) são não-lineares. Tais definições são importantes, porque têm implicações diretas para os tipos de pesquisa avaliativa que serão

escolhidas para analisar a intervenção. Se a intervenção é compreendida como “simples”, pesquisadores poderiam argumentar que ensaios clínicos randomizados (em oposição a outros tipos de pesquisa) seriam viáveis e apropriados. No entanto, se a intervenção é percebida como “complexa”, outros tipos de pesquisa poderiam ser necessários para evidenciar esses processos complexos. Vale salientar que a escolha do pesquisador entre estudos experimentais ou quase-experimentais devem ser baseadas nos objetivos do que se busca investigar, pois não se trata de uma metodologia melhor que a outra (Jannuzzi, 2011).

Embora as intervenções complexas sejam mais comumente consideradas como aquelas que contêm vários componentes interativos, a "complexidade" também pode se relacionar com a implementação da intervenção e sua interação com seu contexto (Moore et al., 2015). As principais dimensões de complexidade identificadas pelo Medical Research Council foram: (i) o grau de dificuldade dos comportamentos exigidos por aqueles que entregam a intervenção; (ii) o número de pessoas ou níveis organizacionais almejados pela intervenção; (iii) o grau de variabilidade dos resultados; (iv) o grau de flexibilidade ou adaptação permitido pela intervenção (Moore et al., 2015).

Há uma vasta produção na área de monitoramento e avaliação de programas tanto na literatura brasileira (Costa, Silva, Samico, & Cesse, 2015; Jannuzzi, 2016; Oliveira, 2016; Pazzim & Marin, 2016) quanto internacional (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2003; Worthen, Fitzpatrick, & Sanders, 2004), e cresce cada vez mais o reconhecimento de que as avaliações de intervenções complexas necessitam ser conduzidas dentro de um quadro realista mais crítico (Bonell, Fletcher, Morton, Lorenc, & Moore, 2012; Craig et al., 2008; Shepperd et al., 2009), no qual, as realidades sociais são vistas como objetos válidos de estudo científico, e os métodos são aplicados e interpretados criticamente. Pesquisas adicionais dirigidas a outros aspectos para além dos resultados de intervenções podem ser, ainda que em parte, relativas a avaliações de processo. Este tipo de avaliação compreende (i) a conceitualização teórica do programa, (ii) os

aspectos da implementação, (iii) os mecanismos de impacto do programa avaliado (iv) e o contexto no qual o programa é operacionalizado. Estes aspectos influenciam nos resultados do programa e, portanto, necessitam ser considerados na avaliação deste.

Enquanto uma avaliação de resultados e impactos se propõe a identificar que uma intervenção foi eficaz no tempo e no local em que foi entregue, uma avaliação de processo se dirige a interpretar as descobertas e entender como elas podem ser aplicadas em outro contexto (Mercado & Bosi, 2006). Portanto, a combinação de análises de processo com avaliação de resultados, pode tanto permitir que os avaliadores reduzam vieses na estimativa dos efeitos de uma intervenção complexa, como auxiliar no desenvolvimento de compreensões mais detalhadas de causalidade. Em conjunto, podem apoiar o formulador de políticas e os pesquisadores que realizam revisões sistemáticas na interpretação dos dados de efetividade (Moore et al., 2015).

Uma vez comprovada a eficácia da intervenção, também seria possível se beneficiar de estudos que diferenciam: (i) como foi a entrega da intervenção, permitindo a replicação de seus componentes principais (ii) se a entrega da intervenção em outro espaço (ou realizada por outros profissionais) seria da mesma maneira, (iii) e, caso ocorresse da mesma maneira, produziria os mesmos resultados que no contexto inicial? (Moore et al., 2015). Contudo, se uma intervenção for ineficaz em um determinado contexto, seria necessário conhecer: (i) se o fracasso deveria ser atribuído à intervenção em si, ou a má implementação, (ii) se ninguém da população alvo foi beneficiado pela intervenção, (iii) e, caso fosse entregue em um contexto diferente, seria igualmente ineficaz? (Moore et al., 2015).

Para responder a estas perguntas, destacam-se dois atores: os formuladores de políticas, que fomentam as pesquisas, e os pesquisadores, responsáveis por investigá-las. Estes últimos devem estar atentos se: (i) estão comparando intervenções que foram entregues da mesma maneira, (ii) se a mesma intervenção tem diferentes efeitos em diferentes contextos (Linnan &

Steckler, 2002). Ambos os atores, podem se beneficiar com o desenvolvimento de estruturas de análise sólidas que visem tanto avaliar as especificidades do local onde foi realizada a implementação, como produzir dados que permitam sua disseminação.

Diante desse cenário, este artigo propõe uma revisão conceitual da literatura em avaliação de processo, reunindo teorias, conceitos e abordagens que podem orientar na avaliação de processo de intervenções complexas. Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, apropriada para discutir o estado da arte de um determinado assunto, portanto, não será realizada uma revisão exaustiva e sistemática da literatura, como explicitam (Vosgerau & Romanowski, 2014) ao descrever esta proposta metodológica. No entanto, ela é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (Vosgerau & Romanowski, 2014).

O texto está organizado em quatro seções. A primeira discute aspectos históricos do desenvolvimento da avaliação de processo na área da saúde, a segunda aborda três conceitos essenciais para a literatura contemporânea em avaliação de processo: implementação, mecanismos de impacto e contexto. A terceira consiste na apresentação de duas teorias frequentemente utilizadas na área de AP: Teoria Realística e Teoria do Processo da Normalização. Por fim, na quarta sessão serão apresentadas as contribuições deste estudo, limitações e agenda de pesquisa.

### **Revisão de Literatura: Contextualização Histórica**

A avaliação de processo ou implementação não é um conceito novo, no entanto, apenas recentemente, no campo da experimentação social, esse conceito da avaliação de programas recebeu um reconhecimento mais formal. A partir de meados da década de 1980, foi possível encontrar publicações sobre as teorias e os métodos de avaliação de processo e sua aplicação às intervenções em saúde pública (Linnan & Steckler, 2002).

Nessa década, havia uma ênfase na prática profissional como o foco da avaliação do processos (Lawrence, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1980), ou seja, preocupava-se primordialmente com a atuação dos facilitadores nos resultados do programa. Entretanto, esse direcionamento cessou quando a atenção voltou à ideia de avaliação da implementação do programa como um todo, e passou a considerar como evidência da avaliação de processo os relatos de facilitadores, participantes ou avaliadores externos sobre a qualidade da entrega da implementação em comparação com seu desenho original, ou seja, conforme sua adequação aos conteúdo, métodos, materiais, mídia e instrumentos. (Windsor, Baranowski, Clark, & Cutter, 1984).

Segundo estes mesmos autores, e ainda na década de 80, o propósito da avaliação de processo seria: (i) informar todo o processo pelo qual um programa passa e confirmar a existência e disponibilidade de elementos físicos e estruturais para o acontecimento do programa; (ii) avaliar se esses elementos específicos, tais como: instalações, pessoal, ambiente e serviços estão sendo fornecidos de acordo com o planejamento do programa; (iii) descrever atividades específicas do programa - o quanto da entrega, para quem, quando e por quem; (iv) monitorar a frequência de participação da população-alvo e se utilizar essa informação para confirmar a frequência e o alcance da implementação do programa selecionado (Windsor et al., 1984).

Ainda na década de 80, foi lançado um dos principais artigos na área de avaliação de processo: “Evitando erros Tipo III em Avaliações do Programa de Educação em Saúde: Um Estudo de Caso” (Basch, Sliepcevich, Gold, Duncan, & Kolbe, 1985). Erro tipo III resulta da “avaliação de um programa que não foi implementado adequadamente” (p. 316). Linnan e Steckler (2002) afirmam que essa foi a primeira vez que a ideia da avaliação de processo apareceu na literatura de saúde pública.

O artigo de Basch e colaboradores (1985) argumenta que mensurar a implementação



de um programa seria fundamental para evitar a presunção de conclusões incorretas sobre a eficácia de uma dada intervenção. Ou seja, além de responder se o programa funciona, os pesquisadores devem buscar responder se o programa foi realmente executado conforme o planejado, e, se não, compreender como o programa variou do planejamento original.

Três programas de prevenção baseados na comunidade para doenças cardiovasculares (DCV) foram investigados por pesquisadores do Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue. Os estudos ocorreram nos anos 80 até a década seguinte e representam um passo importante no planejamento, implementação e avaliação de intervenções na saúde pública baseadas na comunidade.

Os pesquisadores dos três programas tiveram a ideia de se reunirem periodicamente a fim de verificar maneiras de colaborar com o desenvolvimento de perguntas de pesquisa, coleta de dados, intervenções e avaliação de programas. Conforme os estudos evoluíram, os pesquisadores começaram a perceber a importância de desenvolver uma abordagem consistente para avaliar a dose de intervenção fornecida pela equipe do programa em cada um dos estudos baseados na comunidade, ou seja, avaliar o quanto os participantes receberam da intervenção.

Esses estudos estão entre os primeiros de avaliação de processo a conceituar e medir a dose recebida pelos participantes de um programa. Eles foram especialmente importantes para consolidar a necessidade da realização de *feedbacks* corretivos com os facilitadores dos programas quanto às suas ações. Anteriormente a esses estudos, os avaliadores de programa estavam satisfeitos em medir até que ponto a intervenção foi entregue conforme o planejado (Linnan & Steckler, 2002).

É importante questionar que, até então, muitas intervenções estariam sendo consideradas entregues mesmo quando os participantes não as recebiam. Por exemplo, quando os programas era agendados e oferecidos, mas ninguém os assistia. Neste caso, o recebimento de *feedbacks* corretivos foi importante para orientar os envolvidos quanto as melhoras na

divulgação desses programas.

O início da década de 1990 representou um período importante de crescimento no número e na complexidade de estudos de intervenção baseados na comunidade e na escola. Podemos citar como exemplo, o programa CATCH (Abordagem Coordenada para a Saúde da Criança), que foi uma intervenção implementada em 56 escolas em quatro estados americanos para verificar a saúde cardiovascular de crianças e adolescentes. A análise de processo possuía quatro objetivos principais: (i) verificar a participação dos professores, da equipe de serviço de alimentação e dos especialistas em educação física nas sessões de treinamento (2) Verificar a dose na qual os componentes prescritos do programa CATCH foram entregues (3) Verificar a fidelidade que os componentes de intervenção foram implementados conforme o seu desenho original e (4) verificar a compatibilidade dos programas CATCH na realidade e no contexto das escolas, bem como as necessidades, expectativas e valores dos funcionários e professores (Linnan & Steckler, 2002).

Devido a sua extensa análise de processo, o estudo CATCH fez contribuições importantes para o desenvolvimento da teoria e dos métodos de avaliação nessa área (Perry et al., 1997). Os dados de avaliação de processo CATCH foram usados para descrever a implementação do programa, controle de qualidade e monitoramento e efeitos do programa. Também foram utilizados para avaliar o contexto no qual as intervenções ocorreram (Elder et al., 1994).

No início dos anos 2000, o conceito e a implementação de estudos em avaliações de processos tornaram-se bastante complexos, refletindo, em parte, a complexidade das intervenções as quais eles procuravam monitorar (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2001). O trabalho conceitual sobre avaliação de processo tem sido a marca dos recentes relatórios publicados nessa temática. No início deste século, Baranowski e Stables (2000) elencaram onze componentes da avaliação de processo que foram úteis para organizar o

pensamento conceitual sobre o tema e para desenvolver definições consistentes a serem utilizadas na mensuração desses componentes. São eles: recrutamento, manutenção, contexto, recursos, implementação, alcance, barreiras, exposição, uso inicial, uso continuado e contaminação.

Uma estrutura semelhante, publicada logo depois por Steckler e Linnan (2002), e mais próximo do que será utilizada neste estudo, identificou seis áreas prioritárias: contexto (fatores locais que influenciam a implementação), fidelidade (o nível no qual a intervenção é entregue conforme concebida), dose fornecida (a quantidade de intervenção oferecida aos participantes), dose recebida (o grau de envolvimento dos participantes na intervenção), alcance (o quanto a intervenção alcança a população alvo) e recrutamento (divulgação e convite e seleção do público-alvo). O livro produzido por Linnan e Steckler (2002) é um recurso bastante útil na área, porque fornece uma revisão histórica da avaliação de processo na área promoção de saúde e de comportamentos saudáveis.

Mais recentemente, *The Population Health Sciences Research Network* (PHSRN), estabelecida pelo *Medical Research Council* (MRC) do Reino Unido, tem desenvolvido um trabalho de produção de guias, em nome do MRC, para a condução de avaliações de processos em estudos sobre saúde da população, incluindo, em 2008, a produção de um guia sobre a avaliação de intervenções complexas e, em 2011, orientações sobre a avaliação em estudos experimentais (Moore et al., 2015).

Por fim, já nesta década, após uma revisão de Ensaios Clínicos Randomizados, Grant e colegas (2013) propuseram que a área de avaliação de processo deveria considerar os critérios elencados por Linnan e Steckler (2002) (e de outros autores), mas também a influência dos “mecanismos de impacto” nos resultados. Os autores consideraram mecanismos de impacto os estudos da revisão sistemática que abordaram (i) a interação dos participantes com a intervenção, (ii) os elementos da intervenção que eram responsáveis pela mudança de

comportamento e (iii) caminhos percorridos pela intervenção que trouxeram consequências inesperadas ou não propostas no desenho original.

Neste estudo, os autores sugeriram métodos considerados adequados para atingir os objetivos pretendidos com as intervenções, indicando a necessidade de ponderar (i) os diferentes momentos de um monitoramento (pré, durante, após e acompanhamento) e (ii) as diferentes metodologias ao executar uma avaliação de processo (quantitativa e qualitativa). Por exemplo, para investigar os impactos de um programa, foi considerado melhor investir em uma metodologia qualitativa durante e após a intervenção. Já para uma análise do contexto referiram como mais adequada uma investigação qualitativa antes e durante. Quanto à avaliação de efeitos iatrogênicos, indicaram monitorá-la de modo quantitativo e qualitativo antes e durante a intervenção (Grant et al., 2013).

### **Avaliação de Processo: Caminhos Contemporâneos**

Um dos principais objetivos da avaliação de processo (AP) é monitorar se as intervenções estão sendo implementadas conforme pretendido, a fim de determinar até que ponto a avaliação dos resultados representa uma avaliação válida da teoria da intervenção (Moore et al., 2015). À medida que vem sendo reconhecida a necessidade de AP, juntamente a avaliação de resultados, a produção na área tem aumentado e novas ferramentas conceituais emergiram, focando sua atenção de acordo com as prioridades desejadas, sejam na implementação, nos mecanismos de mudança e/ou no contexto (Chris Bonell et al., 2012; Craig et al., 2008; Gaglio, Shoup, & Glasgow, 2013; C. R. May et al., 2009; Pawson & Tilley, 2004; Shepperd et al., 2009).

As intervenções em saúde pública, comumente consideradas complexas e avaliadas a partir de abordagens da avaliação de processo (Bartholomew et al., 2001; Chris Bonell et al., 2012; Ebenso et al., 2017; Grant et al., 2013; Linnan & Steckler, 2002; Stoutenberg et al., 2018), visam melhorar a saúde da população em geral e de grupos considerados em risco

(Hartz & Silva, 2005). Alguns problemas sociais costumam ser alvo das intervenções, como por exemplo, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas e alimentação inadequada. Todos esses casos envolvem uma etiologia multifatorial complexa e, portanto, muitas vezes, as intervenções para estas temáticas procuram abordar mais de uma causa simultaneamente. Elas podem aprofundar fatores em múltiplos níveis (por exemplo, individual, interpessoal, organizacional), e buscam compreender a interação entre os vários componentes que afetam os resultados (Linnan & Steckler, 2002).

Diante da multifatorialidade e complexidade das intervenções, é comum que os serviços ou organizações que as recebem respondam de maneiras diversas (Moore et al., 2015). Isso ocorre, pois existem diversos fatores, teóricos e práticos, que influenciam a reprodutibilidade operacional de uma intervenção de saúde do âmbito nacional para o municipal. Por isso, cresce, cada vez mais, o reconhecimento de que a avaliação de uma intervenção necessita considerar e entender a complexidade da implementação para fornecer informações aos desenvolvedores das intervenções ou para auxiliar na aplicação destas em diferentes ambientes ou populações (Grant et al., 2013; Linnan & Steckler, 2002; Liu et al., 2016) Estes autores acreditam que as avaliações de processo devam fornecer estas informações, pois outras propostas avaliativas não as possuem como objetivo. As avaliações de processo focam especialmente no planejamento, entrega e adoção da intervenção, nos caminhos pelo qual se espera que a intervenção deva caminhar, nos fatores contextuais que afetam a implementação e nos resultados da intervenção (Bonell et al., 2013).

Desse modo, a avaliação da implementação deve ter como foco a relação entre as intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e o contexto no qual se insere na produção de efeitos (Hartz & Silva, 2005). Essa interação pode ganhar ainda maior importância no caso de intervenções complexas. Complementando a análise da implementação. Vale ressaltar que o objetivo da avaliação varia de acordo com o que se busca analisar, podendo verificar mais de

um desses elementos. É possível afirmar, portanto, que não existe uma avaliação de processo típica, que pode variar desde estudos que visam avaliar dados quantitativos simples sobre satisfação com a intervenção, até a aplicação de metodologias quanti-quali que buscam explorar o processo da implementação ou a influência do contexto nos seus resultados (Linnan & Steckler, 2002).

Uma literatura ainda mais recente, de 2015, indica que as avaliações de processo seriam estratégias que visam fornecer uma compreensão mais detalhada para informar e orientar as políticas e as ações cotidianas (Moore et al., 2015). Conforme indicado na Figura 2, estas informações podem ser obtidas por meio da investigação dos seguintes elementos: (i) implementação: a quantidade e qualidade do que é entregue, as estruturas, recursos e processos por meio dos quais a entrega é alcançada; (ii) mecanismos de impacto: como as atividades da intervenção e as interações dos participantes com as atividades propostas na intervenção provocam mudanças; e (iii) contexto: como os fatores externos influenciam a entrega e o funcionamento das intervenções (Moore et al., 2015). A seguir serão detalhados cada um desses três elementos.

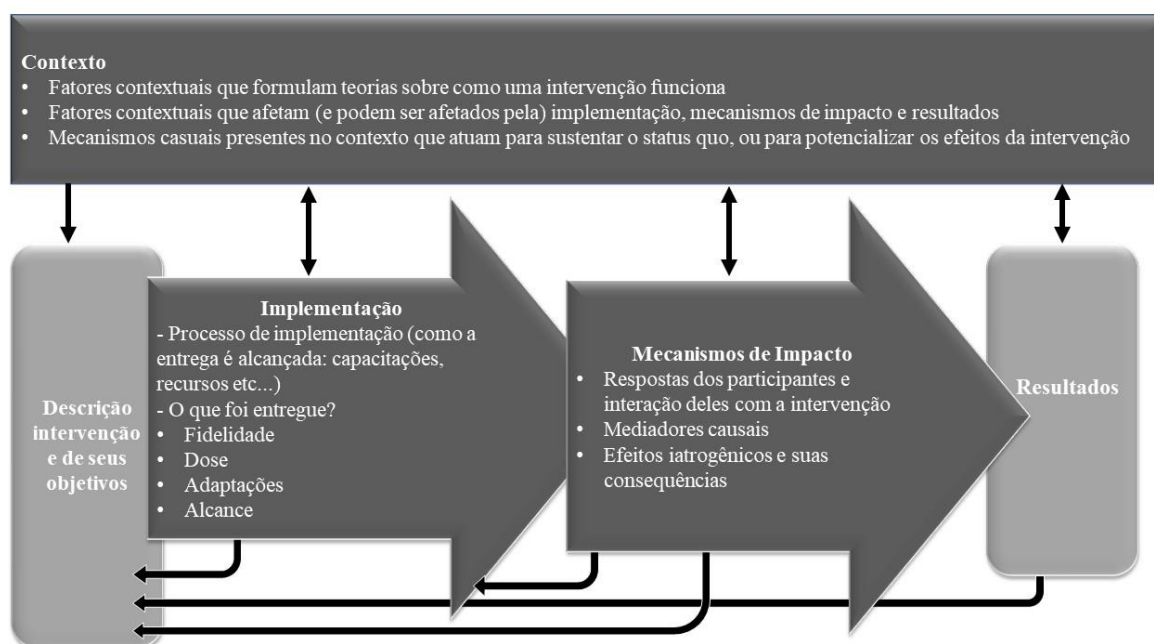


Figura 2. Principais funções da avaliação de processo e o fluxo entre elas. (Fonte: Moore,

Audrey, Barker, Bond, Bonell, Hardeman, Baird, 2015).

Nota: As caixas cinzas escuro representam componentes da avaliação do processo, que são informados pelas presunções causais da intervenção e informam a interpretação dos resultados.

Nota: Embora o diagrama acima apresente uma progressão um tanto linear, os loops de realimentação entre os componentes da estrutura podem ocorrer em todos os estágios, conforme indicado pelas setas pretas.

## **Principais Conceitos da Avaliação de Processo**

### **Implementação**

A implementação geralmente pode ser examinada em termos de fidelidade (a qualidade do que é entregue) e dose fornecida (a quantidade do que é entregue). Algumas definições de implementação incorporam 'alcance' (a extensão em que o público-alvo entra em contato com a intervenção) (Carroll et al., 2007; Linnan & Steckler, 2002), enquanto outras o veem como uma dimensão separada da implementação (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Examinar a qualidade (fidelidade) e a quantidade (dose) do que foi implementado e verificar até que ponto a intervenção alcançou o público alvo pretendido, seria vital para estabelecer o grau de validade dos resultados (Linnan & Steckler, 2002). Na Figura 2 é possível confirmar que os elementos da implementação impactam os resultados da intervenção.

Um frequente questionamento apresentado na área diz respeito ao equilíbrio adequado, durante as intervenções, entre a manutenção da fidelidade estritamente como prevista em seu desenho *versus* a adaptação da intervenção por agentes locais (Hawe, Shiell, & Riley, 2004). No caso de intervenções complexas, a fidelidade não deve ser julgada com base na entrega fiel do que foi pretendido, mas sim com base na “função da fidelidade”: o que é entregue deve permitir a realização dos mecanismos de causalidade descritos na teoria do programa (Hawe et al., 2004).

Outros autores corroboram com essa ideia ao discutir a importância da manutenção da fidelidade na implementação para preservar os mecanismos de mudança de comportamento, que tornam as intervenções efetivas (Mihalic, Fertman, Snyder, & Jensen, 2004). Por isso, pesquisadores que trabalham com avaliação de processo devem considerar teorias e estruturas de análise compatíveis com as teorias propostas pelos desenvolvedores das intervenções. Uma

publicação, de 2008, examina 500 estudos para avaliar o grau em que a qualidade da implementação afeta os resultados obtidos em programas de promoção e prevenção (Durlak & DuPre, 2008). Eles concluem que a coleta de dados durante a implementação é essencial para avaliação de programas complexos – não apenas opcional – ressaltando a necessidade de maiores informações sobre quais fatores influenciam a implementação e como eles a influenciam nos mais diversos ambientes.

Após registrada a importância dos elementos da implementação na compreensão dos resultados, fica evidente a necessidade de informações complementares para uma atuação consciente por parte dos atores envolvidos na adoção e implementação da intervenção. Contudo vale ressaltar que formuladores de políticas, profissionais e pesquisadores necessitam pensar em como operacionalizar os resultados encontrados a partir da avaliação das intervenções (Moore et al., 2015). Por exemplo, como alcançar efeitos similares em práticas cotidianas que podem ser oferecidas nos serviços. A resposta a essa pergunta envolve a compreensão de como a intervenção interage com seu contexto e molda o que é entregue.

### **Mecanismos de Impacto**

É importante distinguir implementação de mecanismos de impacto. O primeiro é a parte que antecede a entrega da intervenção, contemplando apenas aspectos iniciais da entrega, o segundo foca em como a mudança ocorre depois de já iniciada a intervenção (Moore et al., 2015). Estudos de mecanismos de impacto incluem respostas dos participantes à intervenção, buscando compreender como a mudança está ocorrendo e visando capturar as consequências não previstas percebidas nos resultados da intervenção.

Desse modo, se uma intervenção funciona ou não, dependerá de como o público-alvo responde a ela e isto pode ser verificado a partir do grau de aceitabilidade e dose recebida da intervenção (Craig et al., 2008). Na estrutura de Steckler e Linnan (2002), as respostas dos participantes a uma intervenção são amplamente discutidas em termos de dose recebida.



Algumas abordagens, como a Avaliação Realística, rejeitam o tom passivo desse termo: os participantes não recebem passivamente intervenções, mas exercem ação na interação com eles (Pawson & Tilley, 2004). O termo "dose" também implica uma maior ênfase em medidas quantitativas, o que pode ser problemático se relatado isoladamente.

Comumente, avaliações de processo examinam as respostas dos participantes com medidas quantitativas sobre "aceitabilidade" ou "satisfação" (Liu et al., 2016). No entanto, a satisfação não deve ser avaliada de modo acrítico, pois é necessário considerar sua relação com os mecanismos pelos quais a intervenção funciona (Craig et al., 2008). Segundo o autor, a utilização de métodos qualitativos podem auxiliar na compreensão de experiências negativas, ou fornecer entendimentos profundos sobre como as interações dos participantes com as intervenções produzem mudanças. Em Grant e colegas (2013) fica evidente a importância de explorar as respostas dos participantes de modo qualitativo durante e após a intervenção para entender como a mudança é produzida a curto e longo prazo.

A mesclagem de avaliações quantitativas com a investigação qualitativa das respostas dos participantes pode permitir a identificação de efeitos iatrogênicos e a exploração em profundidade de vias que são complexas demais para serem capturadas apenas quantitativamente (Moore et al., 2015). Segundo o guia produzido por este autor e colaboradores, as principais abordagens que enfatizam uma melhor compreensão dos mecanismos pelos quais as intervenções funcionam incluem: Avaliação Baseada em Teoria e Avaliação Realística. Ainda segundo o autor, nenhuma delas prescreve sobre o uso de métodos quantitativos ou qualitativos, pois os principais pressupostos causais podem ser testados quantitativamente, enquanto que os dados qualitativos podem levar ao refinamento do modelo lógico. Isso significa que alguns mecanismos causais adicionais podem ser identificados quando são muito complexos para serem capturados via métodos quantitativos ou quando simplesmente não foram previstos no desenho da intervenção (Moore et al., 2015).

Em concordância com este assunto, Grant et al. (2013), em uma publicação que buscou identificar dimensões da avaliação de processo em ECRs, reconheceram a necessidade da AP para capturar consequências não intencionais. Em testes com medicamentos, drogas, é comum mensurar potenciais efeitos colaterais. Na avaliação de intervenções complexas, algumas possíveis consequências não intencionais podem ser antecipadas e mensuradas quantitativamente.

As orientações do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas argumentam que somente por meio do exame minucioso de mecanismos causais é possível desenvolver intervenções mais efetivas e compreender como as descobertas podem ser transferidas entre cenários e populações (Craig et al., 2008). Em vez de receber intervenções passivamente, os participantes interagem com elas, com os resultados produzidos por essas interações em seus contextos (Pawson & Tilley, 1997).

### **Contexto**

Contexto pode incluir qualquer elemento externo à intervenção que impeça ou fortaleça seus efeitos. Os pesquisadores podem, por exemplo, precisar compreender o quanto a prontidão ou capacidade de mudança dos implementadores é influenciada por circunstâncias, habilidades, normas organizacionais, recursos e atitudes prévias. (Berwick, 2008; Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003; Pawson & Tilley, 1997).

A implementação de uma nova intervenção provavelmente envolverá processos de adaptação mútua, pois o contexto pode mudar em resposta à intervenção (Jansen, Foets, & de Bont, 2010), assim como fatores que já existiam no local da implementação podem influenciar como a população-alvo responde a uma intervenção. Os caminhos causais subjacentes aos problemas visados pelas intervenções divergem de um contexto para outro (Bonell, Oakley, Hargreaves, Strange, & Rees, 2006), significando que a mesma intervenção pode ter consequências diferentes se implementada em cenários ou subgrupos distintos.

Em abordagens como Steckler e Linnan (2002), o contexto é definido como elementos pré-existentes que podem facilitar ou dificultar a fidelidade da implementação. Assim, o conceito contexto abrange aspectos (i) da implementação: a quantidade e qualidade do que foi entregue e como a intervenção foi entregue (por exemplo, o treinamento e os recursos necessários para alcançar a implementação completa); (ii) e dos mecanismos de impacto, que conectam as atividades da intervenção aos resultados (Linnan & Steckler, 2002). Desse modo, as condições contextuais impactam na implementação e nos efeitos. Ainda segundo os autores, mesmo quando uma intervenção é, em teoria, relativamente simples, sua interação com seu contexto pode ser considerada altamente complexa.

O contexto também auxilia a compreender os processos pelos quais uma intervenção passa a ser integrada no cotidiano dos serviços (Moore et al., 2015). Segundo os autores, as literaturas sobre Pensamento Sistêmico, Difusão de Inovações e Processo da Normalização são as que possuem maior profundidade nessa discussão. A Avaliação Realística (Pawson & Tilley, 1997) vai além da visão dos fatores contextuais apenas como moderadores da implementação, para também serem vistos como moderadores dos resultados, significando que a mesma intervenção pode produzir diferentes resultados em diferentes contextos (Byng, Norman, & Redfern, 2005). Nesta perspectiva os participantes são vistos como agentes cujas circunstâncias, atitudes e crenças pré-existentes podem moldar como eles interagem com a intervenção. Portanto, o objetivo da avaliação de contexto seria identificar as configurações de funcionamento do contexto para auxiliar na explicação da variabilidade dos resultados da intervenção.

### **Abordagens teóricas na avaliação de processo**

#### **Importância das teorias**

Embora nem sempre baseadas em teoria acadêmicas, todas as intervenções são "baseadas em teorias" na medida em que refletem hipóteses sobre as causas do problema e

sobre como as ações produzirão mudanças (Pawson & Tilley, 1997). Uma intervenção simples como a entrega de folhetos com informações sobre saúde, por exemplo, pode estar refletindo a hipótese de que a falta de conhecimento sobre as consequências para a saúde é uma causa chave para modificar comportamentos. Identificar e expor essas hipóteses, ou "teorias do programa", é essencial para que a avaliação de processo se concentre nas perguntas mais importantes que precisam ser respondidas, auxiliando na compreensão da implementação antes mesmo da intervenção. Além disso, compreender essas hipóteses se tornou fundamental para avaliar como as intervenções funcionam na prática e até que ponto é coerente com seu desenho (Pawson & Tilley, 1997).

Seria importante que os pesquisadores, ao avaliar uma intervenção explicita qual teoria das ciências sociais estão tendo como base, de modo que as descobertas possam contribuir para o desenvolvimento dessa teoria. No entanto, os pesquisadores deveriam evitar a seleção de teorias descontextualizadas ao cenário no qual a intervenção é entregue (Moore et al., 2015). Diante desse cenário, ganha espaço a construção de Modelos Lógicos, que é uma representação diagramática das relações entre os recursos, atividades e resultados pretendidos na intervenção, buscando tornar os pressupostos de uma intervenção mais claros (Rogers, 2008). Há uma ampla gama de abordagens que propõem a modelagem lógica (por exemplo, (Hayes, Parchman, & Howard, 2011; Kirby, 2004; Renger & Titcomb, 2002)), que variam em sua linguagem e na quantidade de ênfase que atribuem ao processo de implementação ou à teoria da intervenção.

Os modelos lógicos podem descrever os componentes centrais pretendidos da intervenção, como eles interagem para produzir mudanças, resultados esperados a curto, médio e longo prazo, e recursos e estruturas para garantir a execução da implementação. O desenvolvimento de um modelo lógico pode expor elos fracos ou potenciais conflitos e contradições na cadeia causal hipotética ou ainda identificar onde os atores têm diferentes entendimentos da intervenção pretendida (Craig et al., 2008). Eles também podem permitir que

os avaliadores pensem criticamente sobre possíveis efeitos iatrogênicos ou nulos.

A Abordagem de Modelagem Causal (*Causal Modelling Approach*) de Hardeman e colegas (2005) representa um aprofundamento no desenvolvimento de um modelo lógico. A abordagem possui um foco explícito na modelagem estatística, identifica métodos para desenvolver um modelo causal e mapeia o conteúdo da intervenção e as medidas necessárias para alcançar as mudanças causais. Outro aspecto importante da construção desses instrumentos é que ele deve buscar estar adaptado ao contexto e à população alvo e preocupado em estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis comportamentais e resultados determinantes em saúde (Craig et al., 2008).

Atualmente, existe um conjunto de abordagens que utilizam os conceitos da avaliação de processo e estruturam uma metodologia de planejamento, implementação e/ou avaliação de intervenções de programas. Algumas delas, não fazem referência especificamente à AP como embasamento teórico, mas possuem em sua fundamentação elementos da AP. Para citar as mais comumente encontradas na literatura temos: Teoria Realística (Pawson & Tilley, 1997), Teoria do Processo da Normalização (May et al., 2009), Dimensões RE-AIM (Glasgow et al., 1999), Modelo Donabedian de estrutura-processo-resultado (Donabedian, 1985), Dimensões conceituais de Carroll e colegas (Carroll et al., 2007) e o Índice de Implementação de Oxford (Montgomery, Underhill, Gardner, Operario, & Mayo-Wilson, 2013). As duas primeiras são abordagens que buscam contemplar explicitamente elementos da avaliação de processo em sua construção teórica e são frequentemente utilizadas na área de AP. Portanto, a seguir, serão descritos aspectos históricos, pressupostos teóricos, conceitos principais, método de avaliação e exemplos da Teoria realística, e da Teoria do Processo da Normalização.

### **Teoria Realística**

A Teoria Realista ou Teoria Realística (TR) é uma influente abordagem teórico-prática para avaliação de processo de programas complexos (Moore et al. 2013). Ela nasce da crítica

à ciência moderna em sua tentativa de utilizar o positivismo e seu nexos de causalidade para entender as questões de natureza social, tais como os programas de intervenção. Isso porque, do ponto de vista metodológico, os delineamentos de pesquisa experimental – padrão ouro da ciência moderna – produzem descrições de resultados alcançados, mas falham em explicar por que tais programas funcionam. Esse problema é denominado de *black box problem* ou, em tradução livre, problema da caixa preta (Pawson & Tilley, 1997).

Para atuar nesse problema, a avaliação realista (AR) adota uma visão distinta da natureza dos programas, de como eles funcionam, como devem ser explicados e compreendidos e do método de pesquisa que deve ser utilizado para entendê-los. Assim, as perguntas de pesquisa que seguem esse modelo eliminam perguntas do tipo "O que funciona?" ou "Esse programa funciona?"; e a pergunta passa a ser "O que funciona, como, para quem e em que circunstâncias?" (Pawson & Tilley, 2004).

A pedra angular da TR centra-se na máxima de que programas são teorias encarnadas, são embutidos em um sistema, são ativos e abertos. Ser teoria encarnada implica que sempre que são pensados, desenhados, planejados e implementados, os programas adotam uma teoria explicativa para um evento, comportamento ou condição (Pawson & Tilley, 2004). Por exemplo, o Programa Começar de Novo, ao propor a ressocialização das pessoas com restrição de liberdade por meio da inserção dos mesmos pelo trabalho, compreende que o trabalhar, ocupar um posto de trabalho, se relaciona com o comportamento de cometer delitos ou crimes e com o exercício de cidadania típico da vida em sociedade. Esse é, portanto, o pressuposto teórico que toma forma no programa.

Ao mesmo tempo, a TR tem uma visão sociológica da mudança. Entende que os programas estão embutidos em um sistema social e é o funcionamento desse sistema e das relações entre os entes que o compõem que condiciona a ocorrência das mudanças. Dessa forma, os programas são estímulos para as mudanças, mas elas somente ocorrem e se mantêm

se o contexto social favorecer (Pawson & Tilley, 2004). Por exemplo, tomemos o mesmo Programa Começar de Novo. Se o sistema no qual o programa está inserido não oferecer os postos de trabalho, a mudança esperada – ressocialização – não ocorrerá.

Por outro lado, se tais indivíduos não têm intenção, vontade e interesse na busca e exercício do trabalho tampouco a mudança será promovida. Isso porque os programas são ativos, entregues para indivíduos ativos e seus efeitos exigem e só serão produzidos se houver engajamento. Além disso, programas não estão isolados, nem são fechados ou inalteráveis; ao contrário, por estarem inseridos em um sistema, sofrem influência das variações desse sistema, sendo, portanto, abertos, plásticos, flexíveis e maleáveis. Em consequência, nunca são entregues da mesma forma (Pawson & Tilley, 2004).

Por terem tais características, a TR entende que os programas são complexos, envolvem realidades e interações sociais flutuantes; e que por isso exigem modelos ou delineamentos de pesquisa que sejam capazes de destrinchá-los em seus componentes e processos (Pawson & Tilley, 2004). Inauguram, então, um modelo de análise baseado em quatro conceitos-chave: contexto (C), mecanismos (M), resultados (R) e configuração contexto-mecanismos-resultado (CMR)

Os mecanismos são invisíveis, são “despertados” pelo programa, e são eles que proporcionam os efeitos do programa. Nesse sentido, não é o programa que funciona ou não funciona, mas sim, os mecanismos que o programa dispara que conduzem ou não conduzem os sujeitos a mudarem. “Mecanismo refere-se às maneiras pelas quais qualquer um dos componentes ou qualquer conjunto deles, ou qualquer passo ou série de etapas, provoca mudanças. (...) explicam a lógica de uma intervenção; eles traçam o destino de uma teoria do programa, eles apontam as maneiras pelas quais os recursos oferecidos podem permear no raciocínio dos sujeitos” (Pawson & Tilley, 2004, p. 7, *tradução nossa*). O contexto se refere aos recursos, às circunstâncias, às condições que são necessárias para ativar os mecanismos e

aquelas que, se existentes, impedem a ativação dos mesmos. Ambas, as que favorecem e que dificultam a ativação dos mecanismos, são úteis na avaliação do programa. E os resultados são os desfechos esperados ou intencionais do programa, aqueles aos quais se busca quando da entrega do mesmo; assim como os resultados inesperados ou não intencionais, considerados como “efeitos colaterais”, uma vez que não estavam previstos no modelo lógico do programa (Pawson & Tilley, 1997, 2004).

A combinação desses três elementos dá origem à configuração CMO, que indica que em presença do contexto X, é despertado o mecanismo Y e obtém-se o resultado Z. Posto isso, não se fala que determinado programa cura determinado problema; mas sim que se o sujeito participante de determinado programa, está exposto a determinado contexto, determinado mecanismo é disparado e seu problema é curado (Pawson & Tilley, 1997, 2004). Desse modo, a AR explica como o contexto no qual os programas são implementados influenciam nos mecanismos para produzir resultados intencionais ou não intencionais (Ebenso et al., 2017). Por se tratar de testar e refinar teorias (Pawson & Tilley, 2004), tal avaliação se dá em ciclo, onde a primeira fase consiste em formular teorias do programa a partir de teorias existentes, estudos anteriores, análises documentais, entrevistas com profissionais e designers de programas; formular configurações CMO e hipóteses baseadas nelas. A segunda fase é a coleta de dados, que preferencialmente, deve adotar métodos mistos (Salter & Kothari, 2014). Essa sugestão decorre do fato de que a investigação de cada componente da configuração CMO pode ser melhor acessado por diferentes métodos. Por exemplo, o contexto pode ser pesquisado por dados históricos, comparativos, documentais; enquanto que o mecanismo pode ser beneficiado por coletas qualitativas, como entrevistas, grupos focais, observação participante ou não participante e por coletas quantitativas, como escala, inventário e outras medidas de autorrelato (Pawson & Manzano-Santaella, 2012). Na terceira fase, tais dados são analisados a fim de examinar as hipóteses previamente formuladas. Na quarta fase, as análises dos dados são



confrontadas com a proposição teórica e configurações CMO iniciais, para que estas sejam refinadas (Salter & Kothari, 2014)

Para ilustrar, são trazidos dois estudos que utilizaram a TR para compreender programas. Byng, Norman e Redfern (2005) utilizaram a AR para avaliar uma intervenção para melhorar, em longo prazo, os cuidados de saúde primários para pacientes com doença mental. Para o *R* de integração, descrito como maior desenvolvimento da confiança e da comunicação informal entre os trabalhadores, o programa deveria ser implementado num *C* onde haja crença suficiente no trabalho conjunto e na necessidade de melhorar os cuidados de saúde mental. Desse modo, seriam ativados os *M*'s em discussão compartilhada de casos específicos e resolução de problemas. Pommier, Guével & Jourdan (2010), em um estudo de protocolo, formularam configurações de CMO para serem testadas em investigação sobre a inserção de programas de promoção da saúde na escola. Hipotetizaram que o programa deveria ser implementado em presença de: vontade institucional a nível nacional, apoio institucional local, meios e recursos para treinamento disponíveis, disponibilidade de recursos e envolvimento da comunidade (*C*); pois eles permitem que sejam ativados: desenvolvimento de habilidades coletivas de trabalho, integração da promoção saúde no projeto da escola, percepção comum de promoção da saúde e presença de um líder (*M*); para que seja obtido o desenvolvimento de uma abordagem de promoção da saúde à nível de escola (*R*).

### **Teoria do Processo da Normalização (TPN)**

A Teoria do Processo da Normalização (TPN) é uma ferramenta sociológica que pode ser utilizada para compreender a dinâmica de implementação de uma intervenção complexa, desde as etapas inicial de adoção, passando por sua integração até sua entrega. A TPN, busca, principalmente, compreender como e por que certas práticas se tornam, ou não, incorporadas a rotina dos serviços e das organizações que as adotam.

A Teoria do Processo de Normalização foi desenvolvida por um conjunto de pessoas,

incluindo Carl R. May, Tracy Finch, Elizabeth Murray, Anne Rogers, Catherine Pope e Anne Kennedy, e possui três elementos-chave: (i) implementação, que envolve a organização social do trabalho, (ii) incorporação, que busca apreender elementos da intervenção que possam ser praticados no cotidiano dos serviços, e (iii) integração, que procura sustentar essas práticas incorporadas nos serviços aos contextos sociais. Estas são questões relevantes na pesquisa sociológica, que se concentram na etapa de implementação da avaliação de processo, e fornecem elementos para compreender a pesquisa social aplicada na medida em que buscam explicar como intervenções complexas se tornam viáveis e integradas de maneira dependente do contexto.

Em sua primeira proposta, a teoria foi limitada em escopo e não explicou como as intervenções complexas se sustentavam, como os atores foram recrutados ou como foram avaliadas (May et al., 2009). Porém em seguida, buscou contribuir com essas lacunas e estendeu seu modelo teórico explicativo (May, 2013). Nessa segunda proposta, May procurou explicar a operacionalização de intervenções complexas em ambientes de saúde após revisar múltiplos estudos qualitativos em ambientes de cuidados em saúde. Dados empíricos, (Wilkes, 2007), qualitativos (Gask et al., 2008; Mair et al. (2008) e decorrentes de uma revisão de literatura (Elwyn et al., 2008) confirmam que o modelo teve utilidade em explicar fatores que promoviam e inibiam a operacionalização das atividades propostas no programa para o cotidiano das organizações.

A teoria elenca como componentes principais para análise de uma intervenção a coerência, (o que é a intervenção) a participação cognitiva (quem faz a intervenção), ação coletiva (como a intervenção é feita) e o monitoramento reflexivo (como a intervenção é compreendida). Todos estes componentes da teoria estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1. *Componentes da Teoria do Processo da Normalização*

	Coerência - O que é a intervenção?	Participação Cognitiva - Quem faz a intervenção?	Ação Coletiva - Como a intervenção é realizada?	Monitoramento Reflexivo - Como a intervenção é compreendida?
Explicação sistemática dos mecanismos e componentes da intervenção	Fatores que promovem ou inibem a mobilização para a intervenção	Fatores que promovem ou inibem a participação na intervenção	Fatores que promovem ou inibem a prática da intervenção em seu contexto	Fatores que promovem ou inibem a avaliação da intervenção
Informação sobre investimentos, recursos, e operacionalização da intervenção	Crenças e comportamentos que define e organizam uma prática	Crenças e comportamentos que definem e organizam os atores envolvidos	Crenças e comportamentos que definem e organizam o trabalho a ser realizado	Crenças e comportamentos que definem e organizam a avaliação de resultados
Investigação sobre os elementos essenciais da intervenção	Como a intervenção é percebida pelos atores envolvidos? Como a prática é recebida no cotidiano?	Como os atores envolvidos se engajam com a intervenção? Como eles decidem se engajar e por quais motivos?	Como os atores envolvidos põem em prática a intervenção? Como as atividades deles estão organizadas e restritas?	Como os atores envolvidos avaliam a intervenção? Quais são os efeitos da avaliação? Como a avaliação é mediada?

Nota. Adaptado de May, Mair, Finch, MacFarlane, Dowrick, Treweek e Montori (2009).

Seguindo estes critérios, uma vez que comprovada a eficácia de uma intervenção, a TPN propõe que o próximo passo seja garantir a implementação em larga escala. Uma tarefa que geralmente envolve outros atores além dos já engajados na avaliação. A TPN sugere que a primeira pergunta a ser respondida seja se a intervenção é adequada para esse novo público. Propõe também considerar as diferenças contextuais entre o local em que a intervenção foi planejada e o novo espaço. Para tanto, prioriza-se compreender aspectos estruturais do local, como disponibilidade e estabilidade no cargo profissional, padrões de relacionamentos entre profissionais e entre as redes locais antes da chegada da intervenção e aspectos do próprio cenário da implementação, como infraestrutura, recursos, número de pessoas disponíveis. Todos esses elementos interagem entre si exemplificam os conceitos de coerência, participação cognitiva e ação coletiva (Roland, 2004). O monitoramento reflexivo pode ser aprimorado pelo *feedback* regular sobre os resultados encontrados aos envolvidos. Isso auxilia a promover a ideia de que o estudo é importante, reforçando a participação cognitiva e fortalecendo a ação coletiva (Hooker, Small, Humphreys, Hegarty, & Taft, 2015).

Tendo considerado o contexto, definido a intervenção e pensado sobre todos os diferentes grupos de pessoas prováveis de serem afetados pela implementação, os

pesquisadores poderão realizar uma análise segundo a TPN. Para fins explicativos de como essa abordagem pode ser aplicada no campo da avaliação de intervenção, destaca-se um estudo realizado na Itália, antes da implementação da cirurgia urológica robótica (Ficarra et al., 2009). Neste exemplo, a intervenção foi fácil de descrever e distinguir da prática atual, uma vez que exigia novas tecnologias, equipamentos e habilidades. O estudo indicou que pacientes e profissionais de centros que iam oferecer a nova técnica cirúrgica se sentiram beneficiados, enquanto que os profissionais que trabalhavam em centros que não iriam oferecer esse serviço se sentiram em desvantagem pela potencial perda de pacientes.

A análise segundo a TPN, permitiu que o Conselho de Saúde, responsável por introduzir a cirurgia robótica nos equipamentos locais, permitiu a identificação do problema antes de iniciar o programa de implementação pelo país e propôs estratégias para lidar com a problemática (Ficarra et al., 2009). Da mesma forma, a análise com a TPN identificou a necessidade de treinamento extensivo de pessoal em unidades selecionadas, considerando o impacto da nova tecnologia nos padrões de encaminhamento de pacientes (e como isso poderia desestabilizar algumas unidades provedoras) e a necessidade de monitoramento contínuo e feedback às unidades para lhes permitir refletir sobre o serviço oferecido.

A partir do exemplo descrito, algumas explicações podem ser fornecidas para auxiliar a compreensão. A TPN propõe que as intervenções complexas sejam incorporadas à rotina em seus contextos de implementação como um resultado de pessoas trabalhando, individual e coletivamente, para implementá-las. Isto, por si só, é demasiado complexo, pois a incorporação rotineira de uma intervenção complexa ao seu meio é um produto da ação (de coisas que as pessoas fazem), não necessariamente de atitudes das pessoas (como elas se sentem sobre o que fazem) ou suas intenções (o que elas dizem que vão fazer) (May, 2013).

O trabalho de incorporação de uma intervenção complexa em diferentes contextos requer investimento contínuo de ações de pessoas em conjuntos que se estendem no tempo e

no espaço. Isso significa que não basta adotar e difundir uma intervenção complexa, é necessário que haja investimento contínuo na intervenção. Investir continuamente em construção de significado, compromisso, esforço e avaliação faz parte da sustentabilidade de uma intervenção complexa (May, 2013). Quando finalmente uma intervenção é acomodada no cotidiano da comunidade, ela deixa de ser uma intervenção complexa e passa a fazer parte das atividades de rotina das pessoas.

A Teoria do Processo da Normalização pode ser utilizada para auxiliar a pensar a implementação e resolver problemas de sua integração ao sistema de saúde antes mesmo de sua implementação em larga escala. Pode ser utilizada a qualquer momento, desde a etapa inicial de elaboração da intervenção até a compreensão de seus resultados. A ferramenta auxilia a pensar criticamente a intervenção ou a reorganização de alguma prática que esteja sendo implementadas no sistema de saúde (May, 2013). Em resumo, a TPN propõe um conjunto de proposições analíticas que podem informar a investigação empírica. Isso significa que ela não apenas contabiliza os resultados dos processos de implementação, mas também pode explicar as diferenças entre os resultados esperados e observados das intervenções complexas em contextos reais de atendimento à saúde. Assim, é possível fazer previsões sobre o potencial de normalização dessas intervenções.

### **Considerações Finais**

Esta revisão narrativa apresentou brevemente a história da avaliação de processo e seu cenário contemporâneo aplicado à análise de intervenções complexas em saúde. Descreveu seus principais componentes e a interação entre eles e apresentou duas teorias utilizadas por acadêmicos na área de avaliação de processo. Considera-se que os esclarecimentos trazidos pelas experiências dos estudos que utilizaram estas abordagens para avaliação de intervenções somam-se a outras já produzidas nacionalmente (Hartz & Silva, 2005; Jannuzzi, 2011; Mercado & Bosi, 2006; Minayo, Assis, & Souza, 2005), contribuindo para discussão sobre a

importância da realização de avaliações de processo no campo da saúde no Brasil.

Embora tradicionalmente seja colocada ênfase nas avaliações de impacto e de resultados, diante da sua importância nos fluxos de financiamento de agências de desenvolvimento e outras organizações (Stang, 2011), é possível identificar benefícios significativos na condução de uma avaliação do processo. Com base na literatura apresentada e nas abordagens expostas, esclarecimentos sobre avaliação de processo podem ser fornecidos. As abordagens da Teoria Realística e Teoria do Processo da Normalização, possuem como foco elementar o processo de implementação da intervenção e buscam determinar o quanto ela seguiu a estratégia apresentada em seu modelo lógico, mas também preocupam-se em compreender a interação dos elementos da implementação com seu contexto e seus mecanismos de impacto, estando condizentes com o conceito de avaliação de processo contemporâneo proposto por Moore et al. (2015).

Pesquisas de revisão sobre a utilização da TPN e da TR indicam que elas possuem diferenciais se comparadas a outras teorias na área de avaliação de processo. Além de serem baseadas em teoria e apresentarem elevada consistência, elas podem ser utilizadas não apenas para descrever e avaliar o potencial de implementação, mas também para customizar e aprimorar intervenções complexas (Lacouture, Breton, Guichard, & Ridde, 2015; McEvoy et al., 2014). Outro diferencial importante diz respeito a compreensão dessas teorias sobre como construir uma sólida base de evidências. Compreendem a necessidade de diferentes perspectivas de diversos grupos de atores interessados ainda na fase de desenho da intervenção. Esse apontamento tem como base os fundamentos das teorias baseadas na comunidade, que ressaltam importância desse envolvimento para elevar o potencial de sustentabilidade da intervenção (Adams, Sedalia, McNab, & Sarker, 2016; Hooker et al., 2015).

Além disso, um estudo de revisão sistemática sobre o uso da avaliação de processo para análise de intervenções complexas no campo da saúde básica (Liu et al., 2016), reforça o

modelo lógico como uma ferramenta útil para estabelecer consensos entre as expectativas dos diversos atores envolvidos. À medida que pontos prioritários e parâmetros de julgamento são pactuados anteriormente à avaliação propriamente dita, minimiza-se o risco de divergências quanto ao desenho da avaliação, à interpretação dos resultados e às recomendações de mudanças no programa avaliado, coerente com as proposições da TR e TPN.

Desse modo, a avaliação do processo revela em que medida o programa foi entregue de acordo com o design. Se quaisquer padrões não forem cumpridos, os resultados nesta fase da avaliação podem economizar tempo e financiamentos subsequentes (Saunders, Evans, & Joshi, 2005). Além disso, a TR e a TPN propõem a criação de um ciclo de feedback com os atores interessados (May et al., 2009; Pawson & Manzano-Santaella, 2012). Como essas atividades são feitas rotineiramente ao longo do cronograma do projeto de avaliação, a coleta e a análise de dados podem revelar os desafios iniciais do programa. Isso permite que os implementadores alterem as atividades do programa e possam aumentar as chances de resultados positivos (Segrott et al., 2017). A literatura também enfatiza a importância de uma avaliação contínua das práticas utilizadas nas comunidades, uma vez que mudanças contextuais podem afetar os resultados da intervenção (Liu et al., 2016).

A utilização de abordagens de avaliação de processo, assim como a TR e a TPN, permite que os pesquisadores façam distinção entre falha na implementação e falha na teoria (Weiss, 1997). Segundo esta autora, a falha na implementação seria a ausência de resultados esperados, previstos no modelo lógico, devido a práticas de implementação precárias, tais como, por exemplo, metas não atingidas devido a um número insuficiente de profissionais de saúde treinados ou falhas no transporte de material necessário à implementação. Já a falha na teoria ocorria quando as atividades do programa fossem implementadas segundo os parâmetros previstos no *design* do programa, mas os resultados esperados não foram encontrados, o que significaria que a teoria que vinculou as atividades aos resultados almejados está incorreta

(Weiss, 1997).

Por último, a avaliação do processo permite que os acadêmicos, desenvolvedores do programa, identifiquem pontos fortes e fracos no desenho do programa e o aprimorem para uma implementação em larga escala (Issel, 2013). Caso um programa seja implementado em larga escala antes de sua avaliação, sua mensuração de efetividade pode ser inviável e os resultados encontrados podem ser incompatíveis com o proposto em seu desenho (Issel, 2013).

Esta revisão narrativa apresentou abordagens ainda pouco utilizadas no cenário brasileiro, como a TR e a TPN, compreendendo como relevantes os esclarecimentos aqui apresentados. Considera-se que este trabalho contribuiu especialmente com o aprimoramento no conhecimento sobre avaliação de processo e sobre abordagens utilizadas na literatura internacional para análise de intervenções complexas em saúde. O Brasil pode beneficiar-se dessa proposta avaliativa na medida que gestores e formuladores de política compreendam a importância de realizar avaliação de intervenções ainda no início de sua implementação, preferencialmente em um estudo piloto. Considerando o avanço na área internacional da AP, buscou-se contribuir para a literatura nacional apresentando duas abordagens baseadas na AP, incentivando pesquisadores na escolha de abordagens teóricas ao elaborarem propostas de avaliação de programas.

Os dados da avaliação do processo podem ser usados para responder questões importantes que promovem a compreensão de como e por que as intervenções de saúde pública funcionam, o que tem implicações positivas tanto para a pesquisa acadêmica quanto para a prática no cotidiano dos serviços. Algumas terminologias utilizadas foram traduzidas pela primeira vez por não terem sido encontrados outros artigos na língua portuguesa sobre o assunto, como por exemplo *Teoria do Processo da Normalização*. Desse modo, sugere-se que, à medida que sejam realizadas novas produções no contexto nacional, estes termos sejam revisados e melhor adaptados.



Por fim, compreende-se como urgente o fomento à utilização de avaliações de processo de intervenções antes de sua difusão em larga escala, por órgãos governamentais e agências de desenvolvimento, pois esta prática poderia corrigir potenciais problemas na implementação. Ademais, diante do diferencial apresentado por estas duas propostas teóricas de avaliação, considera-se benéfica a construção de estudos empíricos para verificar a viabilidade de utilização destas abordagens no contexto brasileiro, onde as reais condições dos serviços e das redes assistenciais em saúde trazem inúmero desafios. Poderiam se beneficiar dessa prática tanto os pesquisadores que desejam customizar uma intervenção para diferentes contextos, elaborando desde seus fundamentos teóricos até as ferramentas necessárias para a entrega, quanto aqueles que trabalham com avaliações de intervenções complexas ou realização de ensaios clínicos.

## Referências

- Adams, A., Sedalia, S., McNab, S., & Sarker, M. (2016). Lessons learned in using realist evaluation to assess maternal and newborn health programming in rural Bangladesh. *Health Policy and Planning, 31*(2), 267–275. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv053>
- Baranowski, T., & Stables, G. (2000). Process Evaluations of the 5-a-Day Projects. *Health Education & Behavior, 27*(2), 157–166. <https://doi.org/10.1177/109019810002700202>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2001). Intervention Mapping: Designing Theory-and Evidence-based Health Promotion Programs.
- Basch, C. E., Sliepecevic, E. M., Gold, R. S., Duncan, D. F., & Kolbe, L. J. (1985). Avoiding type III errors in health education program evaluations: a case study. *Health Education Quarterly, 12*(4), 315–331.
- Berwick, D. M. (2008). The science of improvement. *JAMA, 299*(10), 1182–1184. <https://doi.org/10.1001/jama.299.10.1182>
- Bonell, C., Oakley, A., Hargreaves, J., Strange, V., & Rees, R. (2006). Assessment of generalisability in trials of health interventions: suggested framework and systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.), 333*(7563), 346–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.333.7563.346>
- Bonell, Chris, Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2012). Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine (1982), 75*(12), 2299–2306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>
- Bonell, Chris, Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2013). Methods don't make assumptions, researchers do: a response to Marchal et al. *Social Science & Medicine (1982), 94*, 81–82. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.026>

- Byng, R., Norman, I., & Redfern, S. (2005). Using Realistic Evaluation to Evaluate a Practice-level Intervention to Improve Primary Healthcare for Patients with Long-term Mental Illness. *Evaluation*, *11*(1), 69–93. <https://doi.org/10.1177/1356389005053198>
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, *2*, 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Cavalcanti, F. ([s.d.]). Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. Recuperado 20 de julho de 2018, de <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=435>
- Costa, J. M. B. da S., Silva, V. de L., Samico, I. C., & Cesse, E. Â. P. (2015). Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, *39*, 307–319. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005307>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *337*, a1655.
- Donabedian, A. (1985). *Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Pr.
- 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*(3–4), 327. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Ebenso, B., Huque, R., Azdi, Z., Elsey, H., Nasreen, S., & Mirzoev, T. (2017). Protocol for a mixed-methods realist evaluation of a health service user feedback system in Bangladesh. *BMJ Open*, *7*(6), e017743. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017743>

- Elder, J. P., McGraw, S. A., Stone, E. J., Reed, D. B., Harsha, D. W., Greene, T., & Wambsgans, K. C. (1994). CATCH: process evaluation of environmental factors and programs. *Health Education Quarterly, Suppl 2*, S107-127.
- Ficarra, V., Novara, G., Artibani, W., Cestari, A., Galfano, A., Graefen, M., ... Van Poppel, H. (2009). Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *European Urology, 55*(5), 1037–1063. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.01.036>
- Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM Framework: A Systematic Review of Use Over Time. *American Journal of Public Health, 103*(6), e38–e46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>
- Gelman, A., & Geurts, H. M. (2017). The statistical crisis in science: how is it relevant to clinical neuropsychology? *The Clinical Neuropsychologist, 31*(6–7), 1000–1014. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1277557>
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health, 93*(8), 1261–1267.
- 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.
- Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R., & Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials, 14*, 15. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-15>
- Hardeman, W., Sutton, S., Griffin, S., Johnston, M., White, A., Wareham, N. J., & Kinmonth, A. L. (2005). A causal modelling approach to the development of theory-based

- behaviour change programmes for trial evaluation. *Health Education Research*, 20(6), 676–687. <https://doi.org/10.1093/her/cyh022>
- Hartz, Z. M. A., & Silva, L. M. V. (Orgs.). (2005). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (1ª edição). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado de <https://www.amazon.com.br/Avalia%C3%A7%C3%A3o-sa%C3%BAde-te%C3%B3ricos-avalia%C3%A7%C3%A3o-programas-ebook/dp/B079ZZJDYJ>
- Hartz, Z. M. de A., & Silva, L. M. V. da. (2005). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (1ª Edição). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ: British Medical Journal*, 328(7455), 1561–1563.
- Hayes, H., Parchman, M. L., & Howard, R. (2011). A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(5), 576–582. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.05.110043>
- Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. (2015). Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implementation Science*, 10, 39. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0230-4>
- Issel, L. M. (2013). *Health Program Planning and Evaluation: A Practical, Systematic Approach for Community Health* (3 edition). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Jannuzzi, P. D. M. (2016). *Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais. Uma Introdução aos Conceitos e Técnicas*. Campinas, SP: Alínea.
- Jannuzzi, P. de M. (2011). Avaliação de Programas Sociais no Brasil: Repensando Práticas e Metodologias das Pesquisas Avaliativas. *Planejamento e Políticas Públicas*, 0(36). Recuperado de <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228>
- Jansen, Y. J. F. M., Foets, M. M. E., & de Bont, A. A. (2010). The contribution of qualitative research to the development of tailor-made community-based interventions in primary care: a review. *European Journal of Public Health*, 20(2), 220–226. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp085>
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social Science & Medicine (1982)*, 70(10), 1467–1474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>
- Kirby, D. (2004). BDI Logic Models: A Useful Tool for Designing, Strengthening and Evaluating Programs to Reduce Adolescent Sexual Risk-Taking, Pregnancy, HIV and other STDs. Recuperado de <https://rhyclearinghouse.acf.hhs.gov/library/2004/bdi-logic-models-useful-tool-designing-strengthening-and-evaluating-programs-reduce>
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A., & Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science: IS*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0345-7>
- Lawrence, G. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach* (1st edition). Palo Alto, California: Mayfield Publishing Co. Recuperado de <https://www.amazon.com/Health-Education-Planning-Diagnostic-Approach/dp/0874844711>

- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research* (Vol. 40). San Francisco: Jossey Bass. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/d833/108331e1fd9762850819b872253a626efc4d.pdf>
- Liu, H., Muhunthan, J., Hayek, A., Hackett, M., Laba, T.-L., Peiris, D., & Jan, S. (2016). Examining the use of process evaluations of randomised controlled trials of complex interventions addressing chronic disease in primary health care: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0314-5>
- Louis, T. A., & Shapiro, S. H. (1983). Critical Issues in the Conduct and Interpretation of Clinical Trials. *Annual Review of Public Health*, 4(1), 25–46. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.04.050183.000325>
- May, C. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science: IS*, 8, 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>
- May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., ... Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science: IS*, 4, 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S., & MacFarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation Science: IS*, 9, 2. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-2>
- Mercado, F. J., & Bosi, M. L. M. (2006). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Vozes.
- Mihalic, S., Fertman, C. I., Snyder, S. M., & Jensen, P. S. (2004). The Importance of Implementation Fidelity. *Emotional & Behavioral Disorders in Youth*, 4(4), 12.

- Minayo, M. C. de S., Assis, S. G. de, & Souza, E. R. de. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Montgomery, P., Underhill, K., Gardner, F., Operario, D., & Mayo-Wilson, E. (2013). The Oxford Implementation Index: a new tool for incorporating implementation data into systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(8), 874–882. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.03.006>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Oliveira, N. F. de. (2016). AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Saúde.com*, 6(1). <https://doi.org/10.22481/rsc.v6i1.130>
- Pawson, R., & Manzano-Santaella, A. (2012). A realist diagnostic workshop. *Evaluation*, 18(2), 176–191. <https://doi.org/10.1177/1356389012440912>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. SAGE.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). Realist Evaluation. *British Cabinet Office*, 36.
- Pazzim, T. A., & Marin, A. (2016). Programas de Preparação para Aposentadoria: Revisão sistemática da literatura nacional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 17(1), 91–101.
- Perry, C. L., Sellers, D. E., Johnson, C., Pedersen, S., Bachman, K. J., Parcel, G. S., ... Cook, K. (1997). The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH): intervention, implementation, and feasibility for elementary schools in the United States. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 24(6), 716–735. <https://doi.org/10.1177/109019819702400607>



- Pommier, J., Guével, M.-R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, *10*, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>
- Renger, R., & Titcomb, A. (2002). A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, *23*(4), 493–503. <https://doi.org/10.1177/109821400202300409>
- Rogers, P. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, *14*, 29–48. <https://doi.org/10.1177/1356389007084674>
- Roland, M. (2004). Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, *351*(14), 1448–1454. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr041294>
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2003). *Evaluation: A Systematic Approach* (7th edition). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Salter, K. L., & Kothari, A. (2014). Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science: IS*, *9*, 115. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0115-y>
- Saunders, R. P., Evans, M. H., & Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion Practice*, *6*(2), 134–147. <https://doi.org/10.1177/1524839904273387>
- Segrott, J., Murphy, S., Rothwell, H., Scourfield, J., Foxcroft, D., Gillespie, D., ... Moore, L. (2017). An application of Extended Normalisation Process Theory in a randomised controlled trial of a complex social intervention: Process evaluation of the Strengthening Families Programme (10–14) in Wales, UK. *SSM - Population Health*, *3*, 255–265. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.002>

- Shepperd, S., Lewin, S., Straus, S., Clarke, M., Eccles, M. P., Fitzpatrick, R., ... Sheikh, A. (2009). Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medicine*, 6(8), e1000086. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000086>
- Stang, A. (2011). Randomized Controlled Trials—an Indispensable Part of Clinical Research. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(39), 661–662. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0661>
- Stoutenberg, M., Galaviz, K. I., Lobelo, F., Joy, E., Heath, G. W., Hutber, A., & Estabrooks, P. (2018). A Pragmatic Application of the RE-AIM Framework for Evaluating the Implementation of Physical Activity as a Standard of Care in Health Systems. *Preventing Chronic Disease*, 15, E54. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170344>
- Teele, D. L. (Org.). (2014). *Field Experiments and Their Critics: Essays on the Uses and Abuses of Experimentation in the Social Sciences*. New Haven: Yale University Press.
- Vosgerau, D. S. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, 14(41), 165–189. <https://doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08>
- Weiss, C. H. (1997). Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, (76), 41–55. <https://doi.org/10.1002/ev.1086>
- Windsor, R. A., Baranowski, T., Clark, N., & Cutter, G. (1984). *Evaluation of Health Promotion and Education Programs*. Mountain View, California: Mayfield. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1746-1561.1984.tb08946.x>
- Worthen, B. R., Fitzpatrick, J. L., & Sanders, J. R. (2004). *Avaliação de Programas: Concepções e Práticas*. EDUSP.

## **MANUSCRITO 2**

### **Barreiras e Facilitadores no Processo de Implementação do Programa Famílias Fortes (PFF 10-14) no Nordeste do Brasil<sup>2</sup>.**

---

<sup>2</sup> Nota de agradecimento: Agradeço a Jordana Menezes pelo auxílio na categorização dos dados desta pesquisa.

## Resumo

Compreender quais fatores externos impactam na entrega e no funcionamento de uma intervenção permite refiná-la, promovendo sua eficácia e sua sustentabilidade. Neste sentido, avaliou-se o Programa Famílias Fortes (PPF 10-14), versão brasileira adaptada do Strengthening Families Programme (10-14 UK), que visa prevenir o uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas, e outros comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes por meio do fortalecimento de vínculos familiares. A entrega da PPF deriva de um conjunto de atividades de pré-implementação, que estão encadeadas em forma estágios, originando a teoria da ação do programa, que são: negociação entre governo federal e municipal; articulação local; mobilização dos serviços; formação da equipe; divulgação às famílias; e organização das sessões. Este estudo analisou os fatores contextuais e processuais considerados barreiras e facilitadores em cada fase de pré-implementação e implementação. Um estudo qualitativo, com deduções priorísticas e apriorísticas de análise, foi realizado a partir de 16 entrevistas e 2 grupos focais com profissionais responsáveis pela gestão, supervisão e implementação do PPF. A análise dos dados se fundamentou na Teoria da Ação do PPF e na estratégia de avaliação de processo Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI). Os relatos indicam que existiram mais empecilhos para a implementação do que elementos facilitadores. As barreiras mais recorrentes nas falas das gestoras foram: as condições de trabalho dos agentes de implementação (13,7%), fragilidades na gestão municipal (13,2%), precariedades na infraestrutura (9,4%), uso de metodologias inadequadas na formação do facilitador (7,3), baixa adesão de gestores e profissionais com o Programa (5,6%) e escassez de recursos financeiros (5,6%). Em contrapartida, aspectos do contexto que impactaram positivamente foram: articulação intersetorial adequada (10,7%), engajamento dos envolvidos (8,9%), agentes da gestão sensibilizados (7,5%), eficácia na gestão municipal (6,5%) e estratégias eficientes na abordagem das famílias (6,5%). Quando equiparados ao instrumento

baseado em teoria CICI, é possível concluir que há repercussão substancial do contexto político (32,4%), das estratégias de implementação (25,7%) e dos agentes de implementação (25%). Despontam com menor influência o contexto geográfico (6,5%), contexto sociocultural (5,1%), contexto socioeconômico (3,1%) e aspectos do processo de implementação (2,2%). Os relatos indicam que o Programa exige que o território escolhido para implementação já possua bom funcionamento das redes intersetoriais e eficácia no gerenciamento de pessoas, na distribuição de poder e na gestão dos recursos financeiros. Esses resultados ajudam a compreender os desafios em importar programas de prevenção baseados na família de países de alta renda para países de baixa e média renda, como o Brasil. O estudo conclui que é essencial a promoção de uma cultura de prevenção em territórios de alta vulnerabilidade, como no caso do Brasil, onde geralmente é dada prioridade à urgência, como forma de aprimorar a qualidade da implementação do Programa.

**Palavras-chave:** avaliação de processo, contexto e implementação de intervenções complexas, CICI, prevenção

## Abstract

Understanding external factors impacting preventive interventions allows refining them, fostering their effectiveness and their sustainability. *Programa Famílias Fortes* (PFF), a Brazilian adaptation from the Strengthening Families Program (SFP) 10-14 UK, aims to boost national alcohol and drug abuse prevention policies and has been implemented to reduce risk behaviors for adolescent health by strengthening family ties. Delivery of PFF is preceded by pre-implementation tasks in a set of chained stages, considered the program's action theory: federal-municipal government negotiations; local coalitions; services mobilization; staff training; PFF dissemination to target families, and meeting organization. This study analyzes the contextual and procedural factors considered as barriers and facilitators in each pre-implementation and implementation stage. A qualitative study was carried out through 16 interviews and 2 focus groups with professionals responsible for PFF management, supervision, and implementation. Content analysis was based on PFF's action theory and the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. Most recurrent barriers indicated by the managers were: working conditions of implementing agents (13.7%), municipal management weaknesses (13.2%), poor infrastructure (9.4%), inadequate use of methodologies in staff trainings (7.3%), poor adherence of managers and professionals to the Program (5.6%), and lack of financial resources (5.6%). Conversely, the following context aspects were facilitators: adequate intersectorial coalitions (10.7%), stakeholder engagement (8.9%), management agents' awareness (7.5%), effective municipal management (6.5%), and efficient family approach strategies (6.5%). When compared to CICI theory-based instrument, these results show substantial repercussions on: the political context (32.4%), implementation strategies (25.7%), and implementation agents (25%). A less significant influence is observed regarding different contexts: geographical (6.5%), sociocultural (5.1%), socioeconomic (3.1%), and implementation process (2.2%). Interviewee accounts indicate that PFF requires

pre-existing and functioning intersectoral coalitions, effective management structure, distribution of power, and proper financial expenditure. These results help to understand the challenges of importing family-based prevention programs from high-income countries to low-and-middle-income countries, like Brazil. The study concludes that improving PFF requires advocacy for a culture of prevention, particularly in areas of high vulnerability, for they often prioritize urgency rather than prevention.

**Keywords:** process evaluation, context and implementation of complex interventions, CICI, prevention

## Introdução

O uso de álcool e outras drogas entre adolescentes é um fenômeno complexo e multifatorial, uma vez que comportamento destes sujeitos podem sofrer influências tanto de componentes individuais, como sociais, políticos e institucionais (Ayres, França Junior, Calazans, & Saletti Filho, 2009). No Brasil, o contexto de vulnerabilidade no qual os adolescentes estão inseridos pode ser um agravante e, portanto, necessita ser levado em consideração. Por vulnerabilidade compreende-se não apenas aspectos de desigualdade social ou falta de recursos materiais, mas também diversas modalidades de desvantagens enfrentadas por alguns grupos, como fragilização dos vínculos de pertencimento, violência, perda dos direitos fundamentais, alto índice de reprovação escolar, falta de perspectivas profissionais e de projetos para o futuro, inserção precoce no mercado de trabalho, entre outros elementos (Schenker & Cavalcante, 2015).

Considerando estes elementos de vulnerabilidade, a família pode oferecer risco e proteção aos seus membros no que se refere ao abuso de álcool e outras drogas (Schenker & Minayo, 2005). Quando exerce seu papel protetivo, há a possibilidade de acompanhamento no processo de crescimento, proteção, desenvolvimento, transmissão de valores e normas culturais entre seus membros (Paiva, 2009). Contudo, alguns elementos da vida familiar podem ser considerados fatores de risco para problemas de saúde mental e abuso de substâncias, são eles: (i) falta de ligação com um pai ou adulto significativo, (ii) ambiente doméstico caótico, (iii) pais com habilidades parentais ineficazes, (iv) outros membros da família que abusam de substâncias, (v) isolamento social e (vi) disciplina inconsistente (Stormshak et al., 2011). Por outro lado, a promoção do desenvolvimento positivo dos jovens pode ser alcançada a partir do fomento de habilidades parentais e familiares adequadas, como: (i) apego seguro dos filhos em relação aos seus pais/responsáveis, (ii) desenvolvimento de habilidades eficazes de



monitoramento e disciplina e (iii) comunicação eficaz (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

Diante da possibilidade de intervir com os núcleos familiares visando à prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas, foram desenvolvidas intervenções de prevenção baseadas na família. Estes programas se concentram principalmente na educação e no desenvolvimento de habilidades que propulcionam resultados positivos na fase da juventude, seja reduzindo os fatores de risco e/ou promovendo os fatores de proteção e resiliência (Kumpfer & Alvarado, 2003). Estudos longitudinais sobre eficácia de programas preventivos baseados na família, com pelo menos dois anos de follow-up, mostraram que as intervenções familiares foram eficazes na prevenção de diversos desfechos negativos principalmente em relação à prevenção e ao tratamento ao abuso de álcool e outras drogas por adolescentes. (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe, & Breen, 2003; Foxcroft & Tsertsvadze, 2012).

Além da eficácia, o custo-efetividade também se apresenta como elemento positivo dos programas preventivos baseados da família. Miller e Hendrie (2012), demonstraram que o elevado custo-efetividade desses programas pode estar associados ao fato destes programas não trabalharem apenas com um comportamento problemático específico e por não serem destinados apenas às crianças e aos adolescentes matriculados nas escolas, mas a família como um todo, pais, irmãos, membros da família que vivem em casa. A longo prazo, isso pode significar aprendizagem de novas habilidades por todos os membros da família, melhorando suas interações e alcançando um impacto positivo sustentável no desenvolvimento da juventude (Kumpfer et al., 2003).

Dentre as inúmeras intervenções preventivas baseadas na família que vêm sendo desenvolvidas, o Programa Famílias Fortes (PFF) ganhou propulsão por mostrar-se efetivo a longo prazo (Spath et al., 2013; Spoth, Redmond, Trudeau, & Shin, 2002) e por contar com diversos estudos de avaliação que indicam sua efetividade (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012).

Diante deste cenário, o Programa foi selecionado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) como alternativa de intervenção em prevenção baseada em evidências devido não apenas sua efetividade, mas também por sua possibilidade de replicabilidade a diferentes contextos (Gardner, Montgomery, & Knerr, 2016). A versão original do PFF se chama *Strengthening Families Program (SFP)* e foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Universidade de Utah, Estados Unidos, em 1983 (Kumpfer, DeMarsh, & Child, 1989). O Programa pode ser considerado uma intervenção complexa já que propõe a promoção de múltiplos componentes simultaneamente e exige articulação a nível municipal, estadual e federal.

O PFF compreende sete sessões semanais com duração aproximada de duas horas de intervenções direcionadas para crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e mães, pais e responsáveis vinculados a eles. Na primeira hora, jovens e pais vivenciam atividades voltadas para suas idades em salas separadas. Os módulos para jovens visam melhorar a autoeficácia destes e sua capacidade de lidar com o estresse e a pressão por pares. Os módulos dos pais e responsáveis estimulam os cuidadores a refletir sobre seu estilo de parentalidade, visando o desenvolvimento de um estilo parental autoritativo. Este propõe combinar níveis adequados de exigência (limites) com expressão de afeto positivo (limites e amor), visando fortalecer o desenvolvimento saudável e seguro dos jovens. Na segunda hora, as famílias se reúnem e as atividades buscam abordar os padrões de comunicação disfuncional dentro da família e o fortalecimento da coesão familiar (Kumpfer & Alvarado, 2003). A Figura 3 descreve os temas abordados nas sete sessões do PFF para pais/responsáveis, adolescentes e famílias.



Figura 3. Conteúdo do Programa Famílias Fortes (Fonte: Stolle, Stappenbeck, Wendell, & Thomasius, 2011).

Após as sete sessões, são realizados quatro encontros *booster*, que são sessões de acompanhamento das famílias iniciadas três meses após a última sessão. Em todas as sessões é oferecido lanche para os participantes e é proporcionado um(a) cuidador(a) para as famílias que possuem filhos/irmãos abaixo de 10 anos. O Programa possui um manual de aplicação e utiliza material audiovisual com cenas familiares criadas particularmente para o Programa com o intuito de estimular interações entre crianças e adolescentes e seus responsáveis. A Figura 4 apresenta o modelo lógico usado como guia neste estudo.

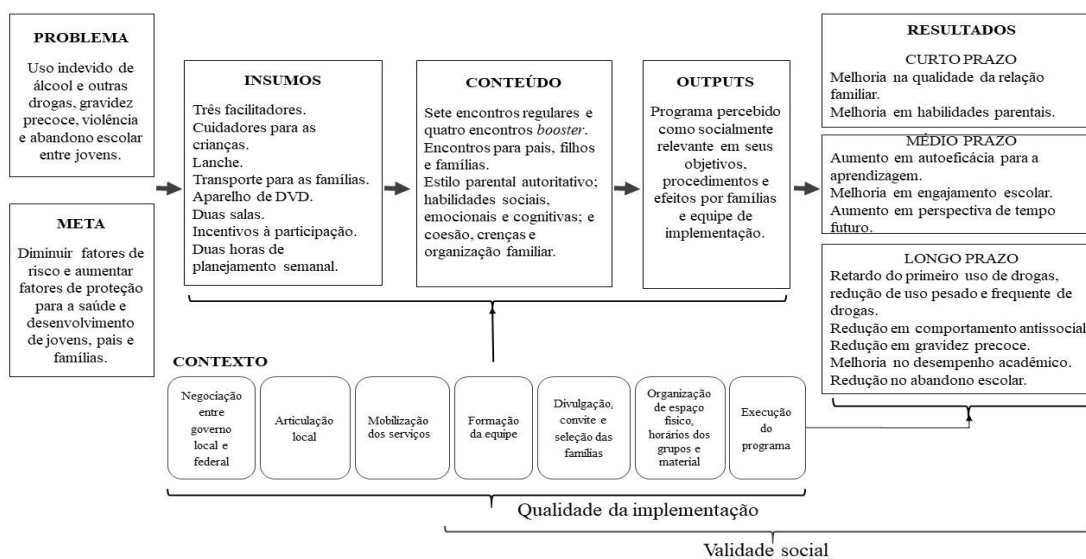


Figura 4. Modelo lógico utilizado na avaliação do Programa Famílias Fortes (Fonte: Murta et al., manuscrito não publicado).

Segundo Kumpfer, desenvolvedora do programa, o aporte teórico do PFF advém majoritariamente de três teorias: (i) Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen (Bowen, 1993), que considera que a principal razão da eficácia das intervenções com famílias é a mudança, em paralelo, de todo o sistema familiar; (ii) o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986), no qual o autor elenca variados contextos/ambientes em que os indivíduos se desenvolvem, sendo que a família pertence ao microssistema e, portanto, possui papel fundamental na construção da identidade dos sujeitos e (iii) a Teoria do Apego Bowlby (Bowlby, 2012) que elenca o estabelecimento de padrões de apego e identifica que a manifestação desses padrões ao longo do ciclo de vida dos sujeitos é essencial para compreender seus comportamentos (Kumpfer et al., 2003).

O PFF brasileiro é uma versão adaptada *Strengthening Families Programme* do Reino Unido (SFP 10-14) UK, tendo sido adotado pelo Ministério da Saúde (MS), no início desta década, como parte do Programa “Crack: é possível vencer”, inserido no Plano de Enfrentamento ao Crack do governo federal. Posteriormente, sua implementação deu-se juntamente com o Ministério da Justiça (MJ), este último em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atualmente, sua implementação está sendo avaliada em quatro estados do nordeste do país: Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Sergipe, possuindo o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como seu principal equipamento governamental de implementação, que como público-alvo famílias em situação de vulnerabilidade econômica (Miranda, 2016). Vale ressaltar que a proposta original de implementação do Programa preconiza que os profissionais da ponta pertençam a diferentes disciplinas do conhecimento (interdisciplinaridade) e atuem em diferentes serviços públicos nos municípios, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Escolas públicas (intersectorialidade). Além do PFF, também foram adaptados: o Programa Jogo Elos

(do original Good Behavior Game) (Barrish, Saunders, & Wolf, 1969) e o #Tamojunto (do original *Unplugged*) (Faggiano et al., 2008).

A adaptação cultural do SFP (10-14) UK para o Brasil ocorreu de modo sistemático e em ondas de feedback. Inicialmente foi realizado levantamento de necessidade para adaptação cultural e implementação piloto e, posteriormente, realizada uma oficina de adaptação com os atores envolvidos (Menezes, 2017). Compreende-se que o envolvimento contínuo da comunidade na adaptação cultural contribui para a adesão dos participantes (Kumpfer et al., 2008) podendo afetar positivamente a efetividade do Programa no país. Neste sentido, a equipe responsável pela adaptação cultural do programa construiu um grupo de trabalho que durou três meses para analisar a viabilidade de modificações solicitadas. Esse processo diminuiu a possibilidade de a adaptação alterar os componentes centrais da intervenção que estão relacionados à sua efetividade (Ferrer-Wreder et al., 2012).

O PFF se estrutura com o seguinte fluxo organizacional: (i) Ministério da Saúde e Ministério da Justiça: órgãos máximos que respondem pela adoção inicial do programa e por sua adaptação para o Brasil; (ii) Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): responsáveis pela coordenação e implementação do programa nos territórios; (iii) Supervisores Federais: exercem papel fundamental na promoção da política de prevenção e na sensibilização de gestores locais para a adoção do PFF e também são responsáveis pela supervisão do trabalho do Formador Federal; (iv) Formadores Federais: funcionários que realizam o estudo e a seleção dos equipamentos governamentais, juntamente com gestores locais, que implementarão o programa. Também são responsáveis pela formação dos multiplicadores municipais e dos facilitadores e por realizar o monitoramento destes profissionais, esclarecendo dúvidas quando necessário; (v) Articuladores locais: profissionais escolhidos pelo município que recebem o Programa e ajuda os demais atores envolvidos a

conhecer as especificidades do território, a construir o suporte organizacional e comunitário para a execução do PFF, auxiliando na pactuação entre serviços e gestores; (vi) Multiplicadores municipais: responsáveis por intermediar a relação entre o Articulador local do município, a gestão federal (Formador Federal) e os facilitadores dos grupos do PFF. Também atuam em atividades de monitoramento supervisão e orientação dos facilitadores locais e, muitas vezes, além da função de multiplicador, exercem a função de facilitador dos grupos; (vii) Facilitadores: facilitam as sessões do programa, sendo, pelo menos, dois facilitadores para o grupo de pais e dois para o grupo de adolescentes; (viii) Cuidadores: realizam atividades lúdicas com crianças menores de 10 anos, que não estão contemplados pelo versão aplicada no Brasil, que se destina a crianças de 10 a 14 anos.

Diferentes revisões sistemáticas que avaliam a implementação de programas de prevenção baseados na família e/ou programas de prevenção às drogas, indicam a eficácia do PFF em diferentes países (Bröning et al., 2012; Foxcroft et al., 2003; Foxcroft & Tsertsvadze, 2012; Gates, McCambridge, Smith, & Foxcroft, 2006). Desse modo, compreende-se a importância de buscar esforços para implementação de um programa potencialmente benéfico para o contexto brasileiro, especialmente no Nordeste do país, onde a população vive em comunidades caracterizadas por extrema pobreza e alta violência, e no qual o acesso a recursos e serviços profissionais é limitado.

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de acordo com a pesquisa Síntese de Indicadores Sociais de 2017 – SIS 2017, o maior índice de pobreza se dá na Região Nordeste do país, onde 43,5% da população se enquadra nessa situação e, a menor, no Sul, com 12,3%. Atentando para os dados que envolvem crianças de 0 a 14 anos de idade, percebe-se que 42% delas se enquadram nestas condições de pobreza e sobrevivem com apenas US\$ 5,5 por dia. Além disso, a pesquisa também destaca que o Brasil é um país desigual em diversos aspectos, seja por gênero, pois as mulheres ganham, em geral,

menos que os homens, mesmo exercendo as mesmas funções; ou por raça e cor, pois os trabalhadores negros ou pardos representam o maior número de desempregados, têm a menor escolaridade, ganham menos, moram em piores condições e começam a trabalhar mais cedo, exatamente por ter menor nível de escolaridade (IBGE, 2017). Complementares a estas informações, pode-se citar os dados apontados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE – promovida pelo IBGE, que avaliou o contexto socioeconômico de adolescentes do 9º ano escolar e indicou que a proporção de mães que possuem o nível superior completo é de 13,3%. Esse número é 4,4% maior se comparado aos dados de 2012 (8,9%) (IBGE, 2016).

Ainda segundo o levantamento do SIS 2017, no Nordeste, o percentual de jovens que não trabalham nem estudam aumentou de 2014 para 2016 em 4,5 pontos percentuais, passando de 27,7% para 32,2%. Para os analistas, a idade em que o trabalhador começa a desempenhar atividades laborais é um fator que está estreitamente relacionado à sua inserção no mercado de trabalho, pois influencia tanto na sua trajetória educacional, já que a entrada precoce no mercado pode inibir a formação escolar, quanto na obtenção de salário mais elevados. Os dados do estudo indicam que, quanto menos escolaridade, mais cedo o jovem ingressa no mercado de trabalho e revela ainda que 39,6% dos trabalhadores ingressaram no mercado de trabalho com até 14 anos (IBGE, 2017).

Considerando a discrepância entre o cenário descrito acima, comum no Nordeste do Brasil, com o cenário dos países que costumam produzir em maior quantidade pesquisas de efetividade de programas preventivos, em especial do Programa Famílias Fortes (Pinheiro-Carozzo & Murta, manuscrito não publicado) compreende-se o porquê da necessidade de verificar a efetividade e as barreiras na implementação do PFF em contextos de vulnerabilidade. Isso ocorre porque a transposição do conhecimento proposto pela teoria do programa para a prática do processo de implementação é demasiadamente complexa,

especialmente no âmbito das políticas públicas implementadas intersetorialmente, como no caso brasileiro.

Dados apresentados pelo IBGE (PeNSE-2016) indicam que a passagem da infância para a vida adulta ocorre sob a influência de uma complexa rede de determinantes sociais, que compreende desde o ambiente familiar, a vizinhança, a escola, a relação com os pares e aspectos culturais que afetam a saúde presente e futura (IBGE, 2016). Ainda segundo o Instituto, a maior autonomia e ampliação das redes sociais possuem papel relevante nesse processo e devem ser consideradas na investigação das desigualdades sociais em saúde na adolescência.

Uma metanálise publicada recentemente mostrou que programas parentais baseados em evidências transportados para novos países podem ser tão eficazes quanto em seu país de origem (Gardner et al., 2016). No entanto, essa revisão identificou apenas um estudo de avaliação de eficácia no qual um programa desenvolvido por um país de renda alta foi transportado para um país de renda baixa e média. Desse modo, ainda há evidências limitadas sobre a efetividade e sobre as barreiras enfrentadas na implementação de programas baseados na família em países em contexto de vulnerabilidade (Gardner et al., 2016), o que demonstra necessidade da produção de pesquisas que verifiquem a efetividade destas intervenções nestes locais.

Um estudo realizado por Gottfredson (2015) afirma que as pesquisas que estão sendo produzidas sobre programas preventivos necessitam considerar os padrões elencados por Flay et al. (2005) para oferecer evidências de efetividade mais sólidas. Esses padrões foram revisados e atualizados pelo Conselho Diretor da Sociedade americana de Pesquisa em Prevenção (SPR) e eles contemplam as contribuições que a avaliação de processo possui para os estudos de efetividade, mostrando que a produção de conhecimento em fatores contextuais fundamentam os resultados encontrados nas avaliações de efetividade.



A avaliação de processo pode ser utilizada para (i) avaliar a fidelidade e a qualidade da implementação, (ii) esclarecer mecanismos causais e (iii) identificar fatores contextuais associados a variações nos resultados (Moore et al., 2015). Essa abordagem pode ser particularmente importante para examinar efeitos nulos de intervenções, que podem ser resultado da ineficácia do programa ou significar que o programa foi não entregue como pretendido diante das barreiras contextuais em seu processo de implementação (Borrelli, 2011). Assim, um dos principais propósitos de avaliação de processo seria avaliar em que medida as intervenções complexas são viáveis considerando os recursos e do contexto em que são implementadas (Moore et al., 2015).

O contexto se refere a um conjunto de características e circunstâncias de fatores dinâmicos e singulares nos quais a implementação está inserida (Pfadenhauer et al., 2017). Segundo Pfadenhauer et al. (2017), o contexto não é um plano de fundo para a implementação, mas sim um fator que interage, influencia, modifica, facilita ou dificulta a intervenção e a implementação. Desse modo, o contexto engloba não apenas aspectos do espaço físico, mas também abrange papéis, interações e relações em diferentes níveis. Estes mesmos autores, especializados em avaliação de processo de contexto, desenvolveram um instrumento de categorização de contexto, implementação, intervenção. Definem como possíveis elementos de contexto, (i) o contexto geográfico, (ii) o contexto epidemiológico, (iii) o contexto sociocultural, (iv) o contexto socioeconômico, (v) o contexto ético, (vi) o contexto legal e (vii) o contexto político. Como elementos de implementação elenca: (i) teoria da implementação do programa, (ii) processo de implementação da intervenção, (iii) estratégias de implementação e (iv) envolvimento dos agentes de implementação, tanto daqueles que implementam a intervenção como dos sujeitos que adotam o programa (Pfadenhauer et al., 2017). Os aspectos da intervenção e do cenário da intervenção não serão abordados especificamente neste estudo

por não responderem as perguntas de pesquisa. A Figura 5 apresenta, didaticamente, a interação destas dimensões e a Tabela 2 suas definições.

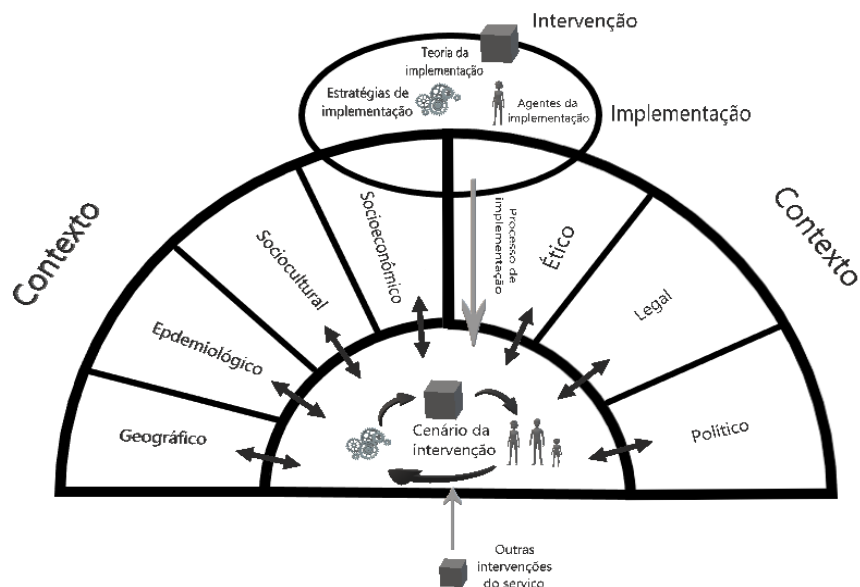


Figura 5. Dimensões CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (Adaptado de Pfadenhauer, Gerhardus, Mozygema, Lysdahl, Booth, Hofmann & Rehfuess, 2017).

Tabela 2. Definições das dimensões CICI – Contexto e Implementação de Intervenções Complexas

Elementos	Definições
Contexto Geográfico	Refere-se aos aspectos físicos e recursos do ambiente, tanto naturais como os transformados por humanos (por exemplo, infraestrutura), que se encontra disponível em um determinado espaço.
Contexto Epidemiológico	Refere-se a rede de distribuição de doenças, bem como os determinantes das necessidades da população, incluindo a demografia.
Contexto Sociocultural	O contexto sociocultural compreende padrões de comportamento explícitos e implícitos, incluindo sua incorporação em forma de símbolos. O núcleo essencial da cultura consiste em ideias e valores historicamente derivados e selecionados que são compartilhados entre os membros de um grupo. Não se refere apenas às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham ou suas idades, mas também considera os papéis sociais que um ser humano assume como membro de uma família, de uma comunidade ou como cidadão e as relações inerentes a esses papéis. Constructos como conhecimento, crenças, concepções, costumes, instituições e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos por um grupo estão incluídos neste domínio.
Contexto Socioeconômico	Refere-se aos recursos sociais e econômicos de uma comunidade e o acesso dessa população a esses recursos.
Contexto Ético	O contexto ético compreende reflexões da moral que abrangem normas, regras, padrões de conduta e princípios que orientam as decisões e o comportamento de indivíduos e instituições. Os aspectos éticos, socioculturais e legais estão fortemente interrelacionados.

Contexto Legal	O contexto legal está preocupado com as regras e regulamentos que foram estabelecidos para proteger os direitos da população e os interesses da sociedade. Formalmente, estes devem ser aprovados por um órgão legislativo competente, como no congresso. As normas legais podem ser aplicadas sobretudo por meio de ordem e coação, o que as distingue das normas éticas e sociais.
Contexto Político	É definido como a distribuição de poder, recursos e interesses entre a população como um todo, bem como entre as organizações de acordo com regras formais ou informações nas interações entre eles. Também compreende a acessibilidade ao equipamento que oferece o serviço, como por exemplo, a entrega do serviço, liderança e governança, informação sobre saúde, recursos humanos e financiamento. Relaciona-se fortemente aos elementos socioeconômicos e socioculturais da população em questão.
Teoria da implementação	A teoria da implementação de um programa procura explicar os mecanismos causais da implementação; é, portanto, análogo a uma teoria do programa, que tenta explicar os mecanismos causais que ligam uma intervenção aos seus resultados. Uma teoria da implementação formaliza como a mudança precisa ser executada para que o esforço de implementação seja bem-sucedido. Além disso, serve de base para o processo de implementação e as estratégias de implementação.
Processo de implementação	Refere-se a todo o processo social pelo qual a implementação é operacionalizada. Conta com as táticas e métodos utilizados pelas lideranças promotoras de mudanças. Trata-se de um processo com diversas etapas que não ocorrem necessariamente de maneira linear. Em alguns momentos, espera-se que sejam feitas correções, refinamentos, ou expansões que são capitaneadas pelos agentes de implementação. As etapas passam desde avaliação de necessidades e de recursos da comunidade, prolongam-se pelas etapas de sensibilização dos agentes, adoção do programa, preparação e mudanças necessárias à implementação. A equipe deve estar bem informada sobre o programa e a informação deve estar sendo disseminada. Segue de uma etapa de implementação inicial ou piloto na qual a intervenção pode ser readaptada até se acomodar como prática do cotidiano da comunidade, tornando-se sustentável.
Estratégia de implementação	Conjunto de atividades que são escolhidas e personalizadas para encaixar a teoria do programa no contexto no qual o mesmo será executado sendo que essas estratégias podem mudar com o tempo e são elas que garantem a adoção e a futura sustentabilidade do programa. Diz respeito a uma etapa prévia a implementação de fato, referindo-se as estratégias de planejamento e sensibilização do processo de implementação.
Agentes de implementação	São indivíduos que possuem algo de particular em forma de atributos, conhecimentos, habilidades, crenças, cargos ou atitudes que exercem grande influência na implementação. Podem ser agentes de implementação tanto os gestores locais como os profissionais da ponta sensibilizados e capacitados para a implementação. Também podem ser agentes os recebedores da implementação ou instituições quando exercem papel primordial na implementação.

Estudos que se debruçam sobre os impactos das variáveis contextuais podem ajudar a elucidar os resultados obtidos em estudos de efetividade (Moore et al., 2015), pois o modo como o programa vivencia as variáveis externas do contexto, desde o processo de negociação da chegada do programa até sua execução de fato, interfere na sua eficácia, na viabilidade e em sua sustentabilidade (Castro, Barrera, & Martinez, 2004; Eldredge et al., 2016). Portanto, dar

destaque aos estudos que analisam o contexto de implementação de um programa é relevante, especialmente no Brasil, onde esse contexto difere imensamente do encontrado nos países desenvolvidos.

Este manuscrito foi delimitado pelas seguintes perguntas de pesquisa: quais aspectos contextuais e processuais influenciam na entrega do Programa Famílias Forte no Brasil? Quais são as barreiras e facilitadores na implementação do Programa em um contexto compreendido como de renda baixa e média? Como os Gestores, tanto os que adotam o programa como os que supervisionam a atuação dos facilitadores, compreendem o processo de implementação do Programa Famílias Fortes nesses contextos?

Este estudo integra uma pesquisa maior cujo objetivo é avaliar a efetividade, a qualidade da implementação e a validade social do Programa Famílias Fortes em quatro estados brasileiros, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe (Murta et al., manuscrito não publicado). O presente artigo, centrado na análise do contexto, visa responder aos seguintes objetivos de pesquisa: (i) examinar fatores contextuais que atuaram como barreiras ou facilitadores nas etapas de: adoção da política de prevenção no território; articulação local; formação da equipe; mobilização dos serviços; divulgação do programa, convite e seleção das famílias; organização das sessões e na execução do Programa Famílias Fortes; e (ii) descrever os desfechos ocorridos em cada uma dessas etapas.

## **Método**

### **Delineamento e participantes**

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo. A escolha da amostra foi selecionada de forma não-aleatória por conveniência. Foram entrevistadas vinte e seis gestoras municipais e federais envolvidas diretamente na implementação do programa nos quatro estados: Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. Dezesesseis delas participaram de entrevista em

profundidade por telefone e as outras dez em dois grupos focais, um realizado no Ceará e outro em Pernambuco.

As vinte e seis pessoas entrevistadas representam o número em que as evidências obtidas começaram a se repetir, demonstrando saturação de dados. A busca por este público ocorreu pois algumas das etapas de pré-implementação acontecem muito antes da execução, o que exige uma compreensão prévia sobre a entrada do programa no território, informação que só poderia ser fornecida pelos gestores. Desse modo, os critérios de inclusão neste estudo foram: (i) participação em pelo menos um ciclo de implementação do PFF (ii) ter função gestora na implementação do Programa.

A Figura 6 apresenta o organograma dos profissionais que atuam diretamente com a implementação PFF. Exercem função gestora tanto os supervisores e formadores federais, como articuladores e multiplicadores. Já os facilitadores e cuidadores não possuem este papel e, por isso, não fazem parte da amostra deste estudo. A amostra contém duas Supervisoras Federais, quatro Formadoras Federais, sete Articuladoras Gerais e treze Multiplicadoras do programa, distribuídas de modo quase que equivalente entre os quatro estados. Considerando que as experiências das gestoras entrevistadas variam de acordo com o início de suas atividades funcionais destinadas ao programa e com as funções que exercem dentro do PFF, buscou-se trabalhar com diferentes públicos gestores a fim de obter uma amostra mais ampla e heterogênea sobre o processo de implementação e os contextos que circundam os estados participantes da pesquisa.

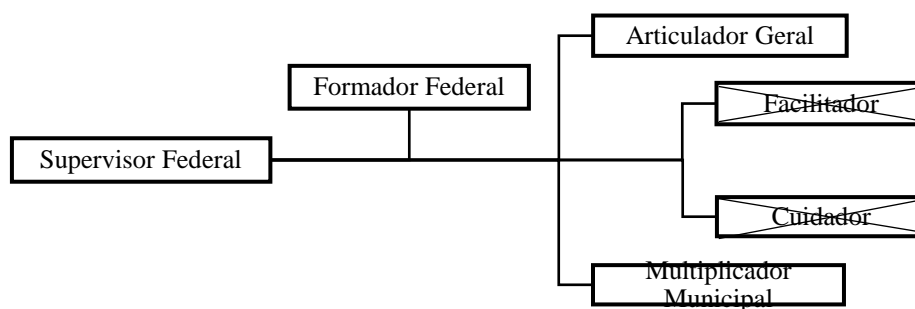


Figura 6. Organograma do Programa Famílias Fortes

As supervisoras e formadoras federais, representam 23.1% desta amostra, sendo que 66.7% delas possuem vínculo institucional de bolsista e outras 33.3% são servidoras terceirizadas. As articuladoras gerais e municipais representam 26.9% do total, sendo que 28.6% delas possuem vínculo por cargo comissionado, 42.8% por concurso público, 14.3% por serviço público terceirizado e 14.3% não respondeu. Por fim, as multiplicadoras do programa representam 50% desta amostra. Tanto as Articuladoras como as Multiplicadora exercem atividades laborais para além da implementação do programa, como, por exemplo, atuação como psicóloga nos CRAS, enfermeira nas UBS ou professora nas escolas. A idade média das participantes é de 36 anos. Há cinco assistentes sociais, doze psicólogas, duas enfermeiras, duas pedagogas, uma cientista social e pedagoga, uma profissional de educação física, uma historiadora, uma terapeuta ocupacional e uma licenciada em ciências biológicas. A maioria das participantes tiveram oportunidade de vivenciar o primeiro e o segundo ciclo de implementação do programa em seus respectivos estados.

### **Instrumentos**

Foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado que tem como base a Teoria da Ação do Programa Famílias Fortes e possui como objetivo apreender elementos de contexto ocorridos no processo de implementação do Programa (Anexo A). A Teoria da Ação de um programa, inclusive do PFF, é construída com base na teoria de mudança do programa e busca explicar os mecanismos causais da implementação e formalizar como a mudança necessita ocorrer para que o esforço na implementação tenha sucesso (Weiss, 1997).

O roteiro contém uma introdução sobre os objetivos de aplicação da entrevista, considerações éticas referentes a participação na pesquisa e um conteúdo de três perguntas. A primeira pergunta busca compreender, segundo a experiência do respondente, aspectos do contexto que possam ser considerados barreiras e facilitadores no processo de implementação do programa, ponderando os elos da Teoria da Ação, por exemplo: “*Com relação a*

‘(i) negociação entre governo local e federal para a vinda dos programas preventivos’ ao território de (cidade), o que facilitou o processo e quais foram as barreiras?’ Esta pergunta possui sete subitens correspondendo aos elos seguintes da teoria da ação, ou seja, o item “b” dessa questão procura investigar: “E com relação a ‘(ii) articulação local’ de (cidade), o que facilitou o processo e quais foram as barreiras?”, seguido de (iii) mobilização dos serviços, (iv) formação da equipe, (v) divulgação do PFF, convite e seleção das famílias, (vi) organização de espaço físico, horários dos grupos e material e (vii) execução do PFF, como pode ser visto na Figura 7.

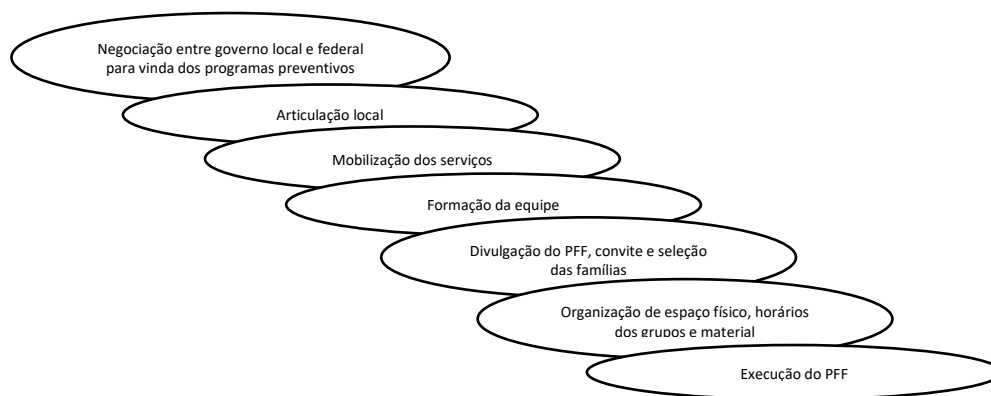


Figura 7. Fluxograma da Teoria da Ação

Após discorrer sobre estas barreiras e facilitadores, as pessoas entrevistadas foram questionadas sobre quais aspectos, dentre os citados, perceberam como determinantes para a continuidade do programa: “Considerando todos estes aspectos que acabou de citar, quais você compreende que são mais determinantes para a continuidade do programa” e, por último, foi perguntado sobre o que consideravam ser necessário para superação destas barreiras: “O que acha que precisa ser feito para superar as dificuldades que citou?”. Tanto as participantes da entrevista em profundidade como as dos grupos focais responderam ao mesmo roteiro. As duas últimas perguntas buscam investigar questões de sustentabilidade do programa no território e sugestões de adaptação, portanto, estas não foram foco deste estudo.

## Procedimento

Previamente a aplicação das perguntas na entrevista e no grupo focal, foram apresentados os objetivos da aplicação daquele instrumento e todas foram consultadas sobre seu interesse e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa.

Esta pesquisa contou com a participação de pesquisadores previamente treinados para aplicação deste instrumento. Nenhum deles possuía vínculos que envolvessem conflitos de interesse com as pessoas entrevistadas ou com a implementação do programa. Os pesquisadores entraram em contato via telefone com todas as participantes e, nesta ocasião, foi apresentado o tema da entrevista ou grupo focal, o tempo esperado de realização da atividade, o sigilo das informações e a liberdade de consentimento ou não de participação na pesquisa. Em seguida, foi enviada uma imagem em PDF via e-mail com os sete elos da Teoria da Ação do Programa Famílias Fortes (Figura 7) a fim de que houvesse um recurso visual durante a entrevista e isto pudesse facilitar a fluidez da mesma. As entrevistas duraram em média 40 minutos.

Para os grupos focais também foram realizados convites por telefone, porém os grupos ocorreram presencialmente em uma Universidade (Ceará) e em um CRAS (Pernambuco). Ambos foram conduzidos por pesquisadoras e tiveram duração média de uma hora. Na ocasião, foi projetada uma imagem em PDF da Teoria da Ação com o recurso do *datashow* para que todos pudessem acompanhar os elos da Teoria da Ação (Figura 7). Em cada território, um dos pesquisadores anotou os temas mais pertinentes comentados pelo grupo e os registrou na ferramenta de diário de campo do pesquisador local, que poderá ser utilizada em pesquisas posteriores. Tanto as entrevistas como os grupos focais foram transcritos pela equipe de pesquisadores. O uso de entrevistas permite o acesso as experiências dos indivíduos de modo detalhado a fim de que seja possível adquirir uma perspectiva mais ampla e profunda dos aspectos que influenciam a implementação do programa, alvo deste estudo.



## Análise de dados

A análise primordial dos dados consiste em descrever quais aspectos do contexto e do processo de implementação possuem impacto na entrega do Programa Famílias Fortes no panorama de quatro estados do Nordeste.

A primeira fase de análise se deu a partir da pré-exploração do material transcrito com leituras flutuantes do corpus das entrevistas. Esta etapa teve como objetivo apreender e organizar aspectos importantes para as próximas fases da análise (Thorne, Kirkham, & O'Flynn-Magee, 2008). Ainda nesta etapa, foi realizada a seleção das unidades de análise, que se deu a partir dos relatos das gestoras entrevistadas. Esses recortes necessitavam responder aos objetivos desta pesquisa. Para realizar este recorte, foram consideradas leituras prévias sobre múltiplas teorias oriundas de distintos campos do conhecimento e que são balizadoras deste estudo, tais como: Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (Pfadenhauer, 2017). Após selecionados os trechos que fariam parte da análise (unidades de análise), foram elaboradas pequenas frases que sintetizavam a ideia que estava sendo transmitida nas unidades de análise, ou seja, essência das falas das participantes, que foram posteriormente chamadas de “sínteses das unidades”. O objetivo das sínteses é o de facilitar a exposição dos dados. A Figura 8 demonstra essa etapa e todo o processo de análise posterior.

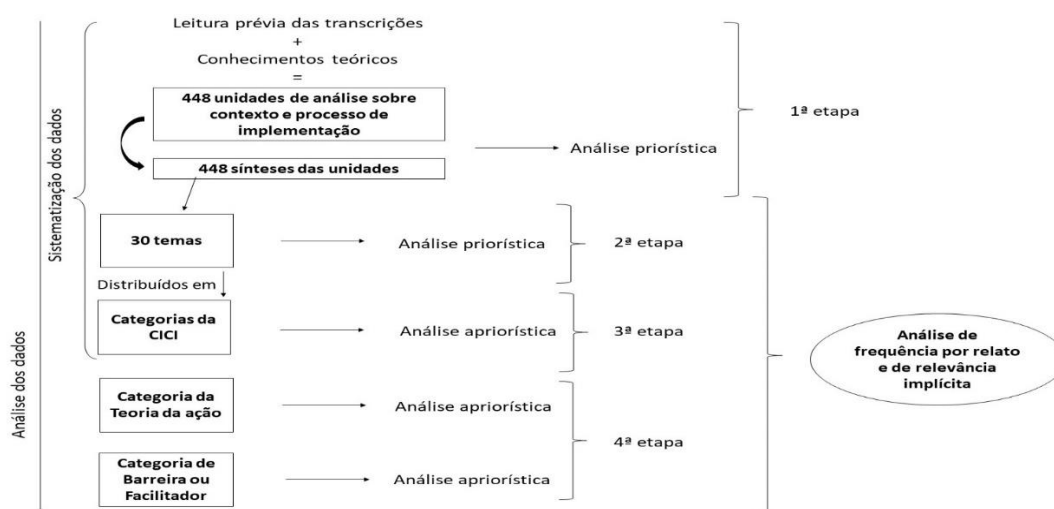


Figura 8. Fluxograma da análise de dados

Em seguida, na segunda etapa, foram elaborados “temas” referentes as falas das participantes e que elencavam aspectos sobre o contexto ou sobre o processo de implementação do Programa. Ao fim, emergiram 30 temas que auxiliam a compreender barreiras e facilitadores desse processo. A Tabela 3 apresenta estes temas e suas definições.

Tabela 3. *Definições de temas*

Temas	Definições
Infraestrutura	Material e recursos locais necessários para implementação.
Cultura de prevenção	Identificação por parte de gestores, profissionais ou instituições com os valores, os objetivos ou metodologias do Programa Famílias Fortes, podendo ser resultado da experiência com o PFF em ciclos anteriores ou com experiências em prevenção.
Recurso financeiro	O capital necessário para a implementação do PFF.
Gestão municipal	Ações da gestão em relação ao gerenciamento das pessoas em suas atividades, recursos financeiros e da política de intersetorialidade.
Condições de trabalho dos agentes de implementação	Aspectos relacionados à carga horária de trabalho, disponibilidade de tempo, número de pessoas disponíveis para desempenhar devida atividade, acúmulo de trabalho, sensação de instabilidade no cargo e precarização do trabalho.
Ruptura Institucional	Refere-se ao período de instabilidade política no ano de 2015 que culminou no <i>impeachment</i> .
Intersetorialidade	Articulação por meio de pactuação entre vários setores de diferentes políticas públicas sociais visando à implementação do programa.
Corrupção	Desvios de verba.
Eleições	Pactuações políticas e apoio em campanhas durante o período de eleições, que ocorre entre agosto e outubro a cada 2 anos nos municípios.
Fluxo hierárquico na sensibilização	Compreende a ideia de que a sensibilização ocorre de acordo com fluxos hierárquicos de poder, nos quais um gestor, que se encontra em um patamar mais elevado, possui a responsabilidade de sensibilizar os gestores logo abaixo.
Supervisão federal	Decisões sobre a logística de implementação do PFF no território juntamente com os gestores federais e municipais, incluindo o fornecimento de kits para implementação e contratação do Formadores Federais.
Valor agregado do PFF	Existência de benefícios adquiridos com a experiência de implementação do programa.
Peculiaridades locais	Greves e feriados durante a implementação.
Escolha do equipamento	Estratégias utilizadas pelos formadores federais na escolha do local de implementação do PFF.
Escolha das famílias	Relaciona-se aos critérios estabelecidos na escolha das famílias para participarem do programa.
Metodologia de formação de facilitador	Estratégias e metodologias utilizadas para formar os facilitadores.
Abordagem para convite das famílias	Estratégias de divulgação do programa e informações oferecidas às famílias no convite para participar do PFF.
Estratégias de manutenção das famílias	Estratégias utilizadas no encontro zero e nas sessões semanais para aumentar adesão das famílias.
Suporte e monitoramento federal na implementação	Suporte e apoio operacional por parte dos formadores federais aos facilitadores do Programa durante a implementação.
Planejamento	Realização de reuniões semanais de planejamento, durante o período de execução do PFF, nas quais são discutidas as atividades a serem realizadas com as famílias, organizados os materiais para a implementação e verificadas as melhores estratégias de manejo das sessões.

Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Conciliação dos horários das sessões entre profissionais e famílias conforme a disponibilidade de ambos.
Percepção de efeitos nas famílias	Refere-se à percepção de efeitos positivos nas famílias como elemento essencial para motivação dos facilitadores com o Programa.
Relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade	Existência de proximidade relacional entre o equipamento no qual é implementado o Programa com os indivíduos da comunidade que compõe o público alvo do PFF.
Sensibilização dos agentes da gestão	Informação dada pelos formadores federais para os agentes da gestão sobre o Programa e estratégias utilizadas pelos formadores para mobiliza-los de modo favorável à implementação do PFF.
Sensibilização dos agentes de implementação	Informação dada pelos formadores federais, gestores, articuladores ou multiplicadores do programa para os agentes de implementação com o objetivo de mobiliza-los de modo favorável à implementação do PFF.
Sensibilização para formação	Refere-se a compreensão de que profissionais necessitam receber informações sobre a real complexidade da implementação do PFF antes de passarem pela etapa de formação da equipe.
Adesão dos profissionais	Engajamento de gestores municipais e profissionais da assistência, educação e saúde com a implementação do PFF e a qualidade dessa participação na entrega do programa.
Adesão institucional	Engajamento pelas instituições como um todo, seja por parte da secretaria de educação, saúde ou assistência, ou ainda outros órgãos governamentais, e não apenas por indivíduos.
Habilidades dos profissionais	Profissionais com atitudes e ações que superam expectativas quanto ao exercício de sua função, favorecendo a implementação.
Relacionamento entre profissionais	Qualidade da relação e da comunicação entre os profissionais envolvidos na implementação do PFF.

Na terceira etapa buscou-se adaptar os 30 temas emergentes na etapa anterior às categorias já existentes da autora Pfadenhauer (2017), que discursa sobre Contexto e Implementação de Intervenções Complexas (CICI). Nesta etapa diferentemente da anterior, buscou-se uma análise apriorística dos dados, na qual os temas foram distribuídos de acordo com definições pré-existent na teoria CICI. Assim, propõe-se a seguinte distribuição apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. *Distribuição de temas de acordo com as dimensões CICI*

Elementos	Temas
Contexto Geográfico	Infraestrutura
Contexto Epidemiológico	N/A
Contexto Sociocultural	Cultura de prevenção
Contexto Socioeconômico	Recurso financeiro
Contexto Ético	N/A
Contexto Legal	N/A
Contexto Político	Gestão municipal Condições de trabalho dos agentes da implementação Ruptura Institucional Intersetorialidade Corrupção Eleições

	Intersetorialidade
	Fluxo hierárquico na sensibilização
	Relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade
	Supervisão federal
Teoria da implementação	N/A
Processo de implementação	Valor agregado do PFF
	Peculiaridades locais
Estratégia de implementação	Metodologia de formação de facilitador
	Abordagem para convite das famílias
	Estratégias de manutenção das famílias
	Suporte e monitoramento federal na implementação
	Planejamento
	Escolha do equipamento
	Escolha das famílias
	Percepção de efeitos nas famílias
	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros
Agentes de implementação	Sensibilização dos agentes da gestão
	Sensibilização dos agentes de implementação
	Habilidades dos profissionais
	Adesão dos profissionais
	Adesão institucional
	Sensibilização para formação
	Relacionamento entre profissionais

Na quarta e última etapa, cada síntese foi categorizada de acordo com: (i) o elo da Teoria da Ação: negociação entre governo local e federal para vinda dos programas preventivos; articulação local; mobilização dos serviços; formação da equipe; divulgação do PFF, convite e seleção das famílias; organização de espaço físico, horários dos grupos e material e execução do PFF (ii) e a categorização de barreira ou facilitador no processo de implementação. Quando as falas não faziam referência a estes rótulos, estavam descrevendo aspectos históricos da adoção do PFF, efeitos ou sugestões de adaptação do programa, contudo, estes três aspectos não foram foco deste artigo, pois não respondiam aos objetivos da pesquisa.

A Teoria da Ação do PFF consiste em sete elos inter-relacionados. Caso a execução não ocorra conforme planejado, o processo de implementação sofrerá mudanças dinâmicas que podem afetar o resultado do programa. Estes elos estão apresentados na Tabela 5.

*Tabela 5. Desfechos esperados por elo da Teoria da Ação*

Etapa da Teoria da Ação	Desfechos esperados
Negociação entre governo local e federal para vinda dos programas preventivos	Adoção teórica e política aos programas, pactuação técnica-operacional com indicação do articulador local e adoção intersetorial (consenso acerca de suas atribuições).
Articulação local	Contratação de Formador Federal e capacitação destes. Integração do formador com a equipe local. Operacionalização inicial da

Mobilização dos serviços	implementação com a elaboração de uma agenda de formação de facilitadores e multiplicadores do programa. Adoção do PFF por parte dos profissionais e serviços que efetivamente irão executar o programa e fortalecimento do suporte para implementação do PFF. Construção do suporte organizacional e comunitário por parte do articulador municipal.
Formação da equipe	Compreensão por parte dos gestores e profissionais locais sobre o paradigma que rege a política nacional sobre drogas e facilitadores e multiplicadores capacitados sobre a política, prevenção e o Programa Famílias Fortes.
Divulgação do PFF, convite e seleção das famílias	Surgimento de grupos formados com 7 a 10 famílias e adoção das famílias.
Organização do espaço físico, horário dos grupos e material	Organização da infraestrutura, material e procedimentos necessários para a implementação.
Execução do PFF	Implementação dos 7 encontros com os responsáveis, jovens e famílias, planejamento semanal das sessões e realização de monitoramentos para correção de problemas na implementação.

Desse modo, este estudo contou com análises priorísticas e apriorísticas de categorias. As priorísticas foram utilizadas na primeira e na segunda fase, quando não existiam categorias predefinidas. Tanto as ‘sínteses’ como os ‘temas’ emergiram de análise dedutivas. Já as apriorísticas, utilizadas na terceira e quarta fase, ocorreram quando já se possuía de antemão categorias pré-definidas, o que permitiu distribuir os temas de acordo com o quadro teórico da CICI e da Teoria da ação (Campos, 2004). Em ambos os casos, foi exigido um intenso movimento de ir e vir entre o material analisado e teorias que embasam este estudo.

Segundo Pfadenhauer (2017), a implementação de intervenções complexas ocorre simultaneamente dentro de diferentes configurações e em vários níveis. Isto ficou claro quando se verificou que determinada unidade de análise possui diferentes aspectos do contexto e/ou da implementação de modo concomitante, e, portanto, não excludentes. Por exemplo, um relato continha elementos de contexto político e socioeconômico e ainda se referia a alguma estratégia de implementação. Os ‘temas’, elaborados na etapa, dois buscam reduzir ambiguidades decorrentes dessa uma dupla classificação, pois categorizam essência dos relatos e são, portanto excludentes.

As porcentagens apresentadas nos resultados relatam a frequência de um tema perante os 448 relatos, e a recorrência entre os 26 respondentes. Por exemplo, o contexto geográfico,

para Pfadenhauer (2017), diz respeito a uma série de elementos, dentre eles, problemas de infraestrutura, (ver Tabela 2). Uma gestora pode considerar problema de infraestrutura tanto a falta de recursos tecnológicos no CRAS, como a insuficiência de salas para a implementação. Nesse caso, a gestora relata diferentes barreiras, portanto, ambos os tópicos foram contabilizados. Quando os mesmos problemas foram elencados por outras gestoras, estes foram contabilizados novamente. Ou seja, um mesmo tema, como a infraestrutura, pode ser contabilizado mais de uma vez em cada entrevista (se abordando problemas diferentes) ou uma vez por relato (se abordando temas iguais).

Por fim, no momento da apresentação destes resultados, foi considerado: i) frequência da ocorrência por relato, ou seja, a repetição de conteúdos comuns à maioria das respondentes e ii) a relevância implícita, que se caracteriza por ser uma temática importante que não se repete no relato de outros respondentes (ou de poucos), mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo (Campos, 2004).

Todas as categorias encontradas foram revisadas em dois momentos, um primeiro pela própria pesquisadora que as categorizou, sanando eventuais erros de síntese e categorização e, em seguida, por outra pesquisadora, visando uma segunda verificação de equívocos e vieses na interpretação dos dados. Todos os dados foram importados para o NVivo11.0, um software utilizado para manejo de dados qualitativos incluindo codificação, pesquisa e indexação.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa possui a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Ciência Humanas da Universidade de Brasília com número de Protocolo 53103516.1.0000.5540 (Anexo B). Todos os dados qualitativos desta pesquisa permanecerão confidenciais e resguardados pela equipe de pesquisa responsável pela condução da mesma. Além disso, qualquer dado contido nas falas dos participantes que possam vir a identificar os respondentes foram removidos ou transformados de modo a manter o sigilo destes. Para minimizar as

chances de “pensamento coletivo” nos grupos focais, no qual os participantes adequam suas respostas de acordo com os membros dominantes e hierarquicamente superiores (MacDougall & Baum, 1997), os entrevistados convidados ocupavam as mesmas funções na implementação do programa ou, se diferentes, sem grau elevado de hierarquização.

### Resultados

Após as análises das 18 transcrições (16 entrevistas e 2 grupos focais), obteve-se um total de 567 unidades de análise. Entretanto 79 unidades não respondiam aos objetivos desta pesquisa, pois não elencavam barreiras e facilitadores na implementação e sim aspectos históricos da chegada da política de prevenção (26), efeitos do programa nas famílias (25) e sugestões de adaptação para futuras implementações (28). Deste novo montante, foram excluídas 40 unidades que se dedicavam exclusivamente a questões sobre intervenção (entrega, teoria e design da intervenção), sem abordar elementos de contexto ou de processo. As 448 unidades restantes foram distribuídas seguindo as etapas descritas no método.

Como evidencia a Tabela 6, os dados indicam que as barreiras (52%) superaram os facilitadores (48%) no processo de implementação do Programa Famílias Fortes. A maior parte dos relatos analisados concentrou-se na execução do Programa Famílias Fortes (26%), seguido pela mobilização (21%) e negociação (14%), enquanto a menor parte dos relatos analisados foram os relativos à articulação (5%), formação (10,0%), divulgação (11%) e organização (13%).

Tabela 6. *Distribuição de barreiras e facilitadores por elo da teoria da ação do PFF*

Elo	Barreira	Facilitador	Total
Negociação	25	36	61
Articulação	13	10	23
Mobilização	56	39	95
Formação	24	20	44
Divulgação	13	38	51
Organização	34	23	57
Execução	69	48	117
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>214</b>	<b>448</b>

Uma análise das barreiras e facilitadores elencados pelas gestoras no processo de implementação do Programa Famílias Fortes, conforme cada elo da Teoria da Ação, será realizada a seguir.

### **Negociação para adoção local do Programa Famílias Fortes**

A negociação entre as instâncias federal e municipal para entrada do Programa nos estados, que envolve questões como a operacionalização inicial da implementação, a contratação de formador federal e a capacitação e integração destes ao território, enfrentou barreiras e facilitadores, segundo os relatos dos participantes. A Tabela 7 apresenta todas as barreiras e facilitadores identificados nesta etapa.

**Tabela 7. Barreiras e facilitadores na etapa de negociação entre governo federal e municipal**

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Questões políticas dificultando participação do REDES	Intersetorialidade	Fomento da política local de prevenção a partir de gestão engajada.	Sensibilização agentes da gestão
Desconhecimento dos gestores sobre a infraestrutura disponível nos serviços para execução do programa	Gestão municipal	Contratação de pessoas locais que já possuem conhecimento do território	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Momento político de eleição dificultando a sensibilização de gestores para adoção o programa	Eleições	Experiência prévia com a implementação do PFF mudando a forma de sensibilização dos gestores para o programa	Cultura de prevenção
Influência do cenário político federal no processo de negociação entre governo Federal e local	Ruptura institucional	Tempo de experiência da secretaria permitiu uma articulação local mais cuidadosa.	Cultura de prevenção
Implementação de uma política de modo intersetorial	Intersetorialidade	Adoção da política de prevenção por parte do prefeito	Cultura de prevenção
Pouco conhecimento das redes municipais sobre o PFF dificultando a adoção ao programa	Sensibilização agentes da gestão	Troca de informações sobre o PFF entre a gestão local e a SENAD	Intersetorialidade
Oposição dos gestores aos profissionais que dedicam tempo de sua carga horária de trabalho para as atividades do PFF	Gestão municipal	Pré-existência no território de um comitê relacionado à políticas sobre drogas	Cultura de prevenção
Falta de sensibilização prévia dos gestores do serviço provocando desconhecimento sobre o PFF e dificultando a adoção do PFF	Sensibilização agentes da gestão	Sensibilização da equipe bem realizada na oficina teórico vivencial	Sensibilização agentes da gestão
Instabilidade quanto a continuidade dos profissionais no serviço (mudança na gestão)	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Seguir fluxo hierárquico permitindo comunicação dos gestores	Fluxo hierárquico na sensibilização
PFF chegar no território de forma abrupta e imposta	Sensibilização dos agentes de implementação	Comprometimento dos gestores com a intersetorialidade que o PFF demanda empoderando a articulação local	Adesão dos profissionais
Baixo interesse dos gestores de envolver todas as secretarias dificultando a intersetorialidade	Adesão dos profissionais	Pactuação mais organizada garantindo a oferta dos lanches	Gestão municipal
Dificuldade em sensibilizar os Gestores	Sensibilização agentes da gestão	Resolução de problemas por parte do Ministério Público e da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social com intuito de facilitar o trabalho do articulador	Intersetorialidade
Suspensão da nomeação de concursados por questões financeiras do município reduzindo quadro de funcionários disponíveis para execução do programa	Recurso financeiro	Presença da equipe central (que são as supervisoras e a coordenação) logo no início para negociações sobre o programa	Sensibilização agentes da gestão

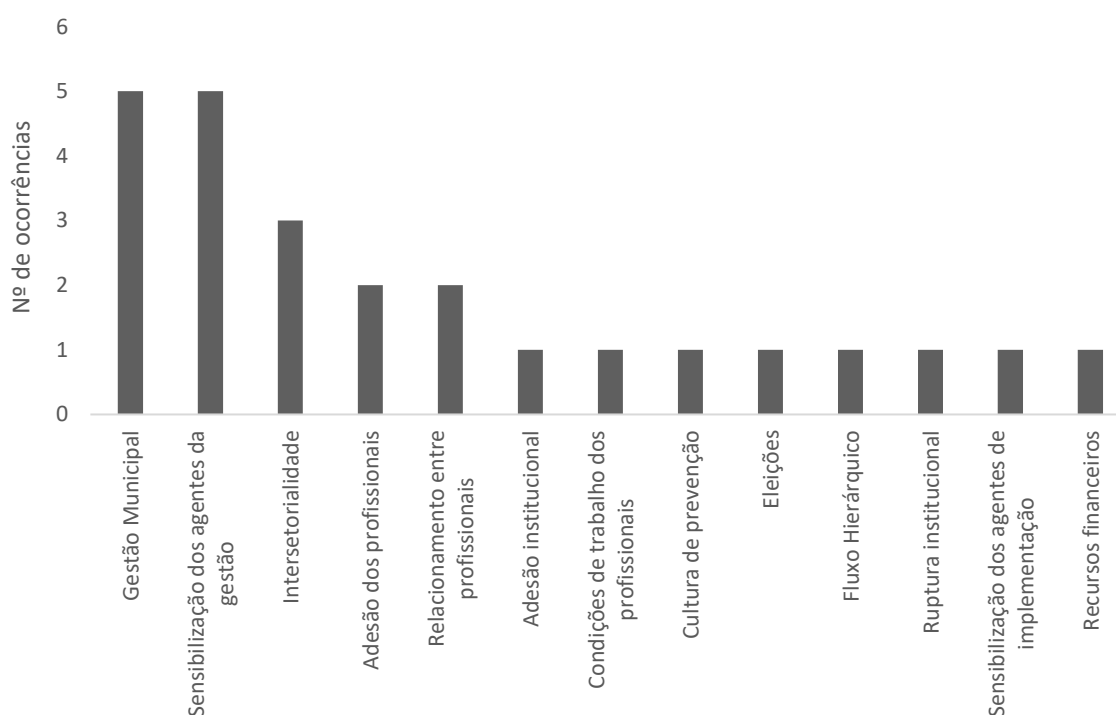


Dificuldade de disponibilizar o transporte para realização do monitoramento dos municípios	Gestão municipal	Entrada de governo com crença nos ideais preventivos.	Cultura de prevenção
Dificuldade de comunicação entre a articuladora e as secretarias	Relacionamento entre profissionais	Engajamento da gestão municipal na sensibilização dos gestores dos serviços	Adesão dos profissionais
Desinteresse dos gestores em solucionar questões relativas ao processo de implementação do programa	Sensibilização agentes da gestão	Município engajado mesmo perante dificuldades financeiras	Adesão institucional
Indecisão da gestão de aumentar ou não o quadro de funcionários por meio de concurso	Gestão municipal	Pactuação entre governo local e federal	Intersetorialidade
Processo de transição da gestão municipal dificultou início do PFF	Gestão municipal	Gestores municipais sensibilizados e engajados com o programa devido experiência anterior com o PFF	Cultura de prevenção
Dificuldades de liberação por parte dos gestores dos profissionais para formação e atuação no PFF	Sensibilização agentes da gestão	Adesão do programa pelos gestores do CRAS	Adesão dos profissionais
Desarticulação entre secretarias comprometendo a intersectorialidade	Intersetorialidade	Sensibilização da gestão com a implementação do programa	Sensibilização agentes da gestão
Município não se engajar para viabilizar o PFF	Adesão institucional	Existência do projeto redes no território	Cultura de prevenção
Não apoio da gestão na implementação	Adesão dos profissionais	Território com boa receptividade para políticas de prevenção	Cultura de prevenção
Complexidade das relações entre pessoas que trabalham na área política, dificultando a abrangência do programa e criando entraves iniciais	Relacionamento entre profissionais	Pactuações entre do governo municipal, estadual e federal como facilitadora da manutenção dos programas	Intersetorialidade
Inexistência de uma cultura de prevenção	Cultura de prevenção	Intersetorialidade entre secretarias	Intersetorialidade
Chegada do programa nos municípios de modo não institucionalizado e não seguindo o fluxo hierárquico: federal, estadual, municipal	Fluxo hierárquico na sensibilização	Acordar previamente quais são os responsáveis pelo material e pelo lanche.	Gestão municipal
		Suporte das redes locais ampliando o alcance do programa	Intersetorialidade
		Acompanhamento, pelo supervisor federal, de qual secretaria que irá executar o programa	Supervisão federal
		Apoio da gestão na implementação	Adesão dos profissionais
		Sensibilização as instâncias federais sobre a importância em investir no programa	Sensibilização agentes da gestão
		Sensibilização as instâncias federais sobre a importância da pesquisa para melhor adaptação cultural	Sensibilização agentes da gestão
		Sensibilização de gestores, secretários por meio da oficina teórico vivencial	Sensibilização agentes da gestão
		Ciclos de experiência prévia com a implementação do programa permitiu melhora na sensibilização dos gestores	Cultura de prevenção
		Pactuação política favorecendo a adoção do PFF pelos territórios	Intersetorialidade
		Sensibilização de gestores de nível hierárquico elevado facilitando sensibilização dos demais gestores	Fluxo hierárquico na sensibilização
		Sensibilização dos gestores e da equipe local antes formação da equipe	Sensibilização para formação
		Presença de atores da equipe federal nas etapas de sensibilização dos gestores	Sensibilização agentes da gestão

## Barreiras na negociação

Os maiores entraves relatados, com pelo menos três ocorrências, na negociação para a adoção do Programa Famílias Fortes pelos estados e municípios foram em relação à gestão municipal, sensibilização dos agentes da gestão e intersectorialidade (Figura 9). Entraves

referentes a gestão municipal (ver Tabela 7) relacionam-se às decisões e ações que a gestão não tomou, mas que se tomadas teriam facilitado o processo de implementação. Esta categoria compreende burocracias na liberação de profissionais para participação no programa; autorização de concurso público; concessão de transporte para monitoramento ou distribuição de lanche; desconhecimento do território pelos gestores; dificuldades em gerir as políticas intersetoriais mesmo antes da chegada do PFF; atrasos no pagamento de profissionais e dificuldades de operacionalização do PFF no serviço do CRAS. Estes dois últimos estão relacionados com a disponibilidade de recursos financeiros e gestão desse financiamento, contudo, optou-se por categorizá-los como gestão municipal, pois a essência das falas estava vinculada a esta temática.



*Figura 9.* Barreiras na fase de negociação entre governo federal e municipal

Agentes da gestão sensibilizados nunca foram considerados barreiras, apenas a não sensibilização destes que sim. Sua importância na etapa de negociação (Figura 9) está associada ao fomento da política de prevenção e do Programa Famílias Fortes. A intersetorialidade também foi compreendida como barreira sob dois aspectos: (i) quando não existiu e, portanto,

sua precariedade dificultou a implementação; e (ii) quando existiu, porém, os profissionais elencaram dificuldades em encontrar horários compatíveis entre facilitadores de diferentes serviços. Nesse caso, a implementação PFF, cuja implementação é intersetorial, exige a existência prévia de uma boa articulação entre as redes intersetoriais. O relato abaixo descreve dificuldades prévias de comunicação entre as redes intersetoriais.

*E o que é que acontecia antes e o que acontece de fato? Como acontece a comunicação entre assistência, educação e saúde? Como vinha acontecendo? Será que acontecia? Será que não acontecia? Então, se não existia essa comunicação entre esses setores, como é que vai cobrar que aquilo aconteça 100% naquele momento só porque chegou um programa que a gente mal conhecia. Então assim, tem que diagnosticar como era essa comunicação intersetorial também.*

Outras barreiras menos frequentemente relatadas (Figura 9) compreenderam a adesão deficitária dos profissionais na implementação, dificuldades relacionais entre os profissionais, baixa adesão de equipamentos públicos, condições precárias de trabalho dos profissionais, cultura de prevenção inexistente, impactos negativos do período eleitoral, dificuldade de criar um fluxo institucional para adesão do programa, influência negativa do cenário político federal, baixa sensibilização dos agentes de implementação e problemáticas decorrentes da baixa disponibilidade de recursos financeiros. Um detalhamento destas categorias está disponível na Tabela 7. Como exemplo, pode-se citar:

*Tinham outros gestores que nunca participaram do processo. "Ah concordo", mas concorda e só, não se implica. Talvez faltou de alguns gestores uma implicação. Como se fosse, "deixe que os técnicos vão se virar". E isso esbarra principalmente em necessidades que a gente tinha ... de um lanche uma coisa que dependia às vezes de uma autorização do gestor maior. E aí a dificuldade chega, de pedir autorização. "Ah, não tem. Não tem, está acabado e cada um que se vire".*

## **Facilitadores na negociação**

A cultura da prevenção, a sensibilização dos atores da gestão, a intersetorialidade e a adesão dos profissionais destacaram-se como facilitadores da negociação entre a instância federal e a municipal para a adoção pelo município do Programa Famílias Fortes. A existência prévia no território de gestores de alto escalão e instituições governamentais que compreendem políticas preventivas como prioridade facilitou a implementação do Programa, sendo mais frequente na fase inicial de adoção do programa. Quando houve receptividade do programa ainda na fase de negociação, as etapas seguintes foram facilitadas pela maior sensibilização dos gestores, acarretando em uma melhor comunicação entre gestores e profissionais e a redução de entraves quanto a liberação dos agentes de implementação. Além disso, a experiência prévia com o Programa Famílias Fortes em outros ciclos de implementação, ou outros programas que se fundamentam em lógicas preventivas, também facilitaram a adesão dos profissionais ao Programa.

A sensibilização dos agentes da gestão é um dos aspectos que mais se destacou como facilitador no quesito agentes de implementação. Sua maior recorrência foi nas fases de negociação e mobilização (ver Tabelas 7 e 9), entretanto, segundo o relato das gestoras, o impacto de gestores sensibilizados reverbera por todas as outras fases.

Se comparados todos os elementos elencados como facilitadores em todas etapas de implementação, a articulação intersetorial bem estruturada se destaca como o elemento mais facilitador. Ela foi especialmente relevante nas fases de adoção e organização do espaço físico, horário dos grupos e material. A partir do uso dessa rede, os equipamentos que receberam a implementação conseguiram oferecer materiais e tecnologia necessários à execução, além de oferta de lanche de qualidade.

Outros elementos menos citados como facilitadores foram (Figura 10) existência de um fluxo hierárquico, gestão municipal adequada, condições de trabalho apropriadas, intervenção

na negociação por parte da supervisão federal, repasse de informações aprofundadas sobre a implementação PFF para os profissionais ainda nesta etapa inicial e engajamento dos serviços públicos na implementação. Alguns destes elementos facilitadores podem ser constatados em:

*Tem o apoio bem de cima, de gestão bem de cima. De secretário, de prefeito, que eles estejam presentes, tanto na participação quanto na fala de quem vai conduzir o processo, porque, se eles não ficam a frente, eles endossam e designam pessoas para cuidar. Se tiverem esse aval dessa instância maior, acontece, se não tiver, não acontece. Então, secretarias em que o gestor era mais comprometido, a gente conseguia tudo com mais facilidade. No nosso caso foi tranquilo, porque o pessoal estava bem envolvido, tanto o gestor quanto o coordenador local que já tinha feito parte também do programa. Então, nesse sentido, não foi barreira, houve implicação do pessoal daqui com o pessoal do próprio serviço, do PAIF, do serviço de convivência que deu um apoio bem significativo.*

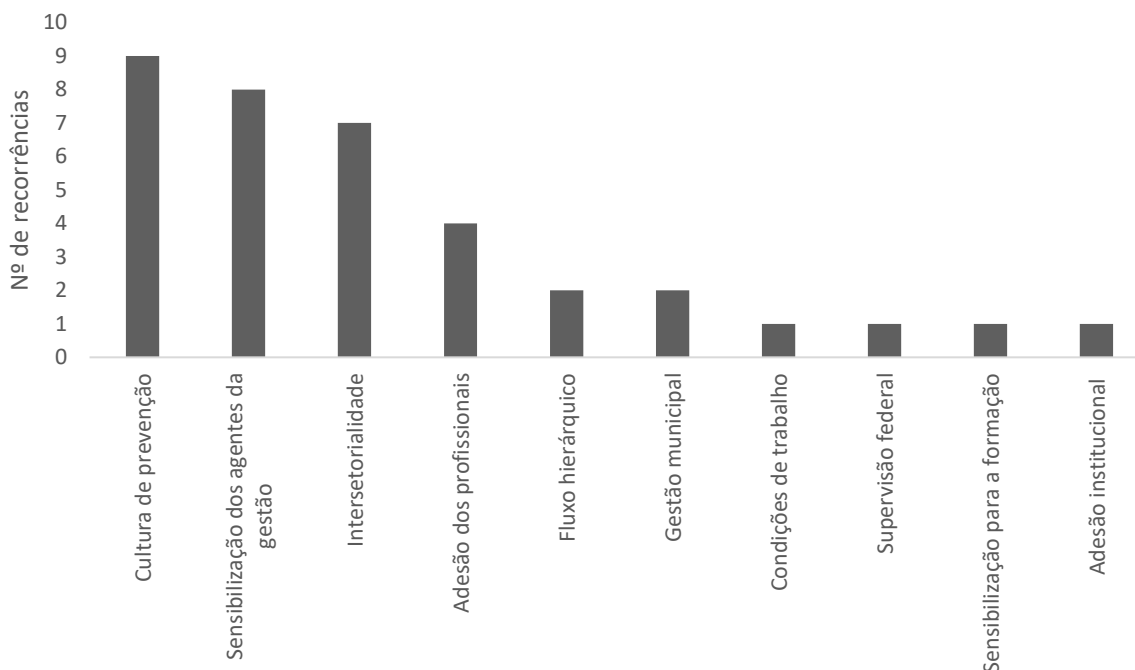


Figura 10. Facilitadores na fase de negociação entre governo federal e municipal

## Articulação local

A etapa de articulação local envolve questões como a contratação e capacitação do Formador Federal e integração deste com a equipe local. É nesta etapa que ocorre a operacionalização inicial da implementação com a elaboração de uma agenda de formação de facilitadores e multiplicadores do programa. A Tabela 8 apresenta todas as barreiras e facilitadores identificados nesta etapa.

**Tabela 8. Barreiras e facilitadores na etapa de articulação local**

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Não atuação do formador federal na articulação local desde a entrada do programa no município devido não contratação prévia	Supervisão federal	Sensibilização dos coordenadores da secretaria por parte dos órgãos executores.	Sensibilização dos agentes da gestão
Pouca informação sobre o PFF antes da formação impactando no acompanhamento dos municípios	Sensibilização para formação	Considerar as habilidades de trabalho com grupos e famílias dos profissionais que irão executar o programa ao escolher o CRAS	Escolha do equipamento
O município escolhido para implementação ser muito distante de quem necessita realizar o monitoramento	Supervisão federal	Considerar o perfil das famílias ao escolher o serviço que ofertará o PFF	Escolha do equipamento
Implementar o programa em um local onde o público alvo atendido não é similar ao proposto pelo programa (CAPS)	Escolha do equipamento	Articuladoras empoderadas e com poder de deliberação	Gestão municipal
Descrença dos gestores em relação à teoria e ao design PFF dificultando a adoção	Cultura de prevenção	Escolha de um local para implementação com profissionais já formados	Escolha do equipamento
Não adoção do PFF por parte da educação embora solicitassem serviços relacionados às drogas ao CAPS	Cultura de prevenção	Escolha do local da intervenção acessível às famílias	Escolha do equipamento
Dificuldade do estado em políticas intersetoriais anteriores a chegada do PFF no território	Gestão municipal	Implementação do PFF em escolas onde a população está em menor vulnerabilidade	Escolha do equipamento
Dianteira da assistência de responsabilizar-se por programas como o PFF, trazendo sobrecarga para esta secretaria	Gestão municipal	Utilização de pessoas readaptadas de função da área da saúde para implementação	Gestão municipal
Falta de infraestrutura no local da intervenção dificultou a escolha dos locais	Infraestrutura	Percepção de que é necessário trabalhar de maneira intersetorial para conseguir implementar o programa	Sensibilização dos agentes de implementação
Incompreensão dos facilitadores da intersetorialidade do PFF	Sensibilização dos agentes de implementação	Experiência anterior com o PFF integrou o programa dentro do PAIF	Cultura de prevenção
Realização de outras atividades além do PFF reduzindo possibilidade de realização de mais grupos	Condições de trabalho dos agentes da implementação		
Pouco tempo para cumprir todas as etapas prévias à implementação depois da decisão de pactuação política do programa devido pressa do prefeito	Gestão municipal		
Especificidades do contexto local	Peculiaridades locais		

## Barreiras na articulação local

Na articulação local, a gestão municipal volta a ser compreendida como barreira primordial (Figura 11). Além dela, a inexistência de uma cultura de prevenção e a baixa intervenção dos supervisores federais também foram recorrentes. Em nenhum momento a

existência de uma cultura de prevenção foi barreira, apenas a não existência dela que sim. Portanto, a não existência prévia de uma cultura de prevenção foi considerado barreira, dificultando a implementação do programa em diversas etapas, mas principalmente na fase de execução do programa. Os impactos iniciais vão desde a não adoção do programa por parte dos gestores, passam pela não adoção institucional de secretarias como educação e saúde e chegam as famílias na fase de divulgação, uma vez que os profissionais possuem dificuldades de transmitir os ideais da prevenção quando sua prática e crenças relacionam-se ao urgente.

A supervisão fornecida pela equipe federal é descrita como barreira quando não instrumentaliza os gestores com informações sobre o investimento inicial necessário para a implementação, pois isto fundamentaria a importância de programas preventivos baseados em evidências.

Também é importante considerar as dificuldades enfrentadas a partir de uma escolha inadequada do equipamento que executa o PFF. Essa escolha deve ocorrer na etapa de articulação local e está vinculada ao contexto geográfico, pois é necessário considerar elementos de infraestrutura para uma boa escolha, mas também é importante estar atento a outros elementos. Escolhas consideradas ruins foram decorrentes de um estudo do território ineficaz, como por exemplo seleção de CRAS com difícil acesso à comunidade e/ou com infraestrutura inadequada para implementar o PFF, ou quando a implementação atrapalha a rotina diária de atividades dos profissionais do serviço. Outros aspectos que também foram considerados barreiras, porém menos frequentes nas falas das gestoras, consistem em inadequação das condições de trabalho, baixa sensibilização dos agentes de implementação, infraestrutura precária, greves e o repasse deficitário de informações sobre a real complexidade de implementação do PFF. O relato a seguir exemplifica algumas destas barreiras.

*O que o ocorreu mais dificuldade acho que foi o primeiro a negociação entre governo local e federal. O PFF, para entrar nos serviços, foi uma resistência muito grande dos*

*próprios profissionais da área dos equipamentos, porque era uma coisa nova e que as pessoas achavam que estavam tendo mais trabalho, uma demanda de mais trabalho. Inclusive veio o pessoal do ministério e da SENAD para que houvesse essa explanação, tanto que nós também fomos chamados para que a gente pudesse compreender um pouco o que seria esse programa e como seria executado. Então assim, foi bom que houve sempre negociações, conversas e diálogos entre nós e a secretaria com relação a como seria a execução desse programa.*

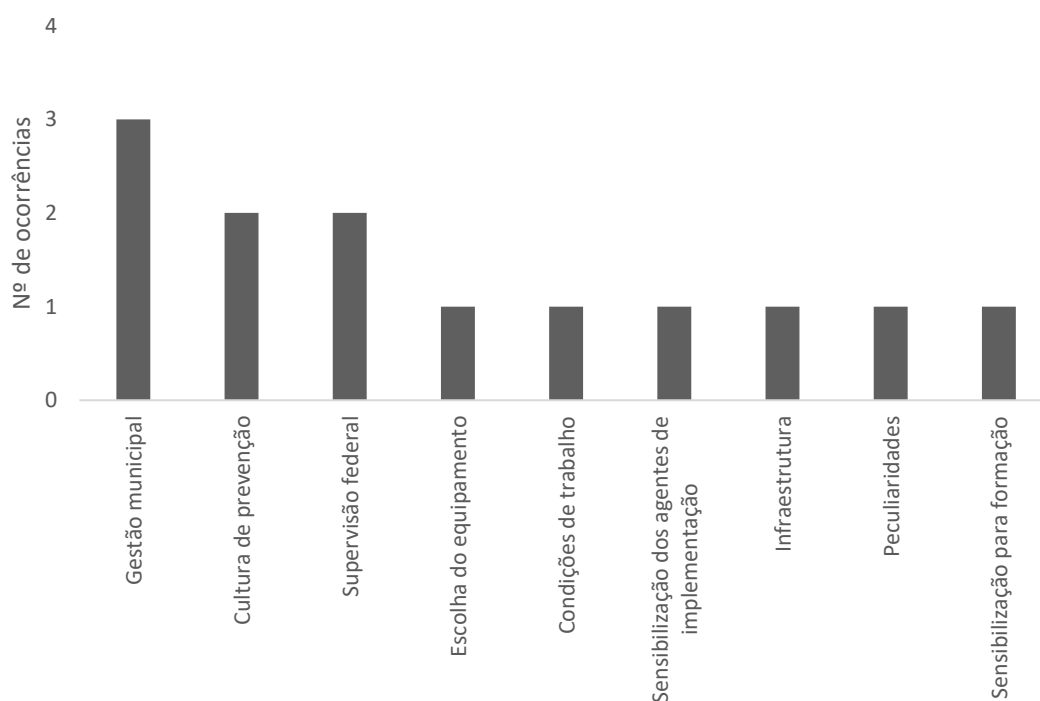


Figura 11. Barreiras na fase de articulação local

### **Facilitadores na articulação local**

No que se refere aos facilitadores, a escolha acertada do equipamento merece destaque novamente. Escolhas adequadas foram: escolha de um equipamento no qual todos os facilitadores são funcionários do próprio local, não sendo necessário deslocamento, (relaciona-se à dificuldade de articulação intersetorial); considerar as habilidades dos profissionais que estão disponíveis no equipamento para executar o Programa, como por exemplo, experiência



com manejo de grupos; ponderar a acessibilidade das famílias aos equipamentos, e, por fim, considerar o perfil da comunidade (nível de vulnerabilidade) antes da escolha do local.

Desse modo, é relevante a acessibilidade das famílias ao local, a distância em relação aos profissionais de outros serviços, os quais que necessitam deslocar-se semanalmente para os encontros de planejamento e para as sessões semanais, e, a logística de implementação, como por exemplo, a disponibilidade de sala sem a necessidade de interferir nas atividades de rotina do CRAS. Também foram citados como aspectos facilitadores na articulação local uma gestão municipal estruturada, a existência de uma cultura de prevenção e a sensibilização dos agentes da gestão e da implementação (Figura 12). O relato seguinte demonstra como a sensibilização destes agentes facilitou o planejamento nesta etapa.

*Nos municípios que rodaram, (...) e (...), a gente conseguiu fazer uma articulação boa com os secretários e isso fez com que a articuladora dos municípios tivesse esse aval para 'tocar' e deliberar... Para não ter que ficar passando sempre toda informação pelo secretário para pode fazer algo. Então receberam carta branca para deliberar. Então a gente viu que isso foi bastante interessante.*

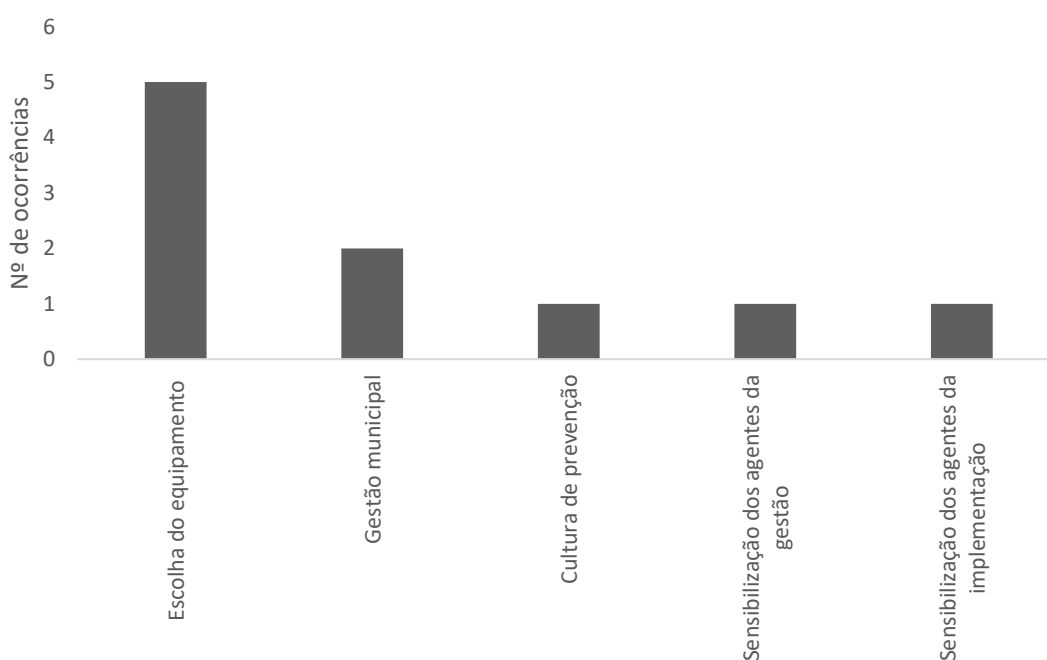


Figura 12. Facilitadores na fase articulação local

## Mobilização dos serviços

A etapa de mobilização dos serviços está relacionada à adoção do Programa por parte dos profissionais e serviços que executam o PFF e a construção e fortalecimento do suporte organizacional e comunitário. A Tabela 9 expõe as barreiras e facilitadores designados a esta etapa.

Tabela 9. *Barreiras e facilitadores na etapa de mobilização dos serviços*

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
A sobrecarga de atividades nos CRAS dificultando a compreensão do PFF como complementar ao serviço	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Realização de suporte e apoio operacional sobre programa por parte do Formador Federal	Suporte e monitoramento federal na implementação
Percepção do PFF como desnecessário uma vez que o serviço já oferece um programa que cumpre a mesma função	Valor agregado do PFF	Sensibilização dos gestores com o programa facilitando a implementação	Sensibilização dos agentes da gestão
Desengajamento de coordenadores de outros serviços (educação e saúde) além do CRAS	Adesão institucional	Agentes de implementação sensíveis a necessidade de intersetorialidade devido a distância do CRAS	Sensibilização dos agentes de implementação
Baixa sensibilização dos gestores da secretaria dificultando a liberação dos profissionais para implementação do PFF	Sensibilização dos agentes da gestão	Compreensão do programa pela primeira dama (do prefeito) trouxe fluidez na implementação	Sensibilização dos agentes da gestão
Desengajamento dos gestores das redes na execução do programa	Sensibilização dos agentes da gestão	Suporte e apoio operacional por parte do formador federal quando é da região	Suporte e monitoramento federal na implementação
Baixo interesse dos facilitadores mesmo com autorização dos gestores para implementação	Adesão dos profissionais	Disponibilidade de carro para articuladora, permitindo deslocamento entre municípios	Infraestrutura
Burocratização da liberação do profissional para participar do PFF	Gestão municipal	Sensibilização dos agentes de implementação antes da formação da equipe	Sensibilização para formação
Pouca informação sobre o processo de implementação para os facilitadores no momento de sensibilização	Sensibilização para formação	Engajamento das articuladoras no processo de implementação	Adesão dos profissionais
Articulação ineficaz dificultando participação na formação	Gestão municipal	Secretário dar poder de deliberação à articuladora	Gestão municipal
Falta de articulação entre as redes intersetoriais	Intersetorialidade	Articulação do município após as etapas de negociação	Intersetorialidade
Dificuldade de adoção do programa pela rede interdisciplinar por ser um programa desconhecido	Cultura de prevenção	Insistência na sensibilização dos gestores e serviços	Sensibilização dos agentes da gestão
Pouca disponibilidade de tempo e de pessoas para discutir e adotar uma nova proposta como o PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Insistência na sensibilização dos gestores e serviços	Sensibilização para formação
Adoção do programa por alguns profissionais engajados, e não pelos serviços de saúde, educação e assistência como um todo	Adesão institucional	Preparação do município para planejar a infraestrutura de material e recurso humano necessários para implementação o PFF	Gestão municipal
Período de instabilidade política e econômica no país gerando insegurança dos vínculos empregatícios dos envolvidos com o programa	Ruptura institucional	O articulador como parceiro na execução do programa sensibilizando a equipe	Sensibilização dos agentes de implementação
Percepção de aumento do trabalho com a chegada do PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Existência de infraestrutura para receber o programa gerando equipe motivada para implementação do PFF	Infraestrutura
Funcionárias públicas não aderirem ao programa porque não queriam ter mais uma atribuição sem aumento de remuneração	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Gestores dos serviços estarem envolvidos no processo de implementação	Adesão dos profissionais
Profissionais não aderiram devido a restrições pessoais com a metodologia proposta pelo PFF	Cultura de prevenção	Equipe ser toda do mesmo serviço facilitando a comunicação	Relacionamento entre profissionais
Facilitadores não desejarem trocar o horário de trabalho quando o PFF necessita ser implementado no turno da noite	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Gestor do local da implementação aderir ao programa	Adesão dos profissionais

Dificuldade de formar a equipe devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Bom vínculo do multiplicador com gestor facilita a adesão ao programa	Relacionamento entre profissionais
Dificuldade de formar equipe interdisciplinar devido sobrecarga trabalho	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Engajamento dos diferentes agentes na implementação	Adesão dos profissionais
Não engajamento de outros serviços (saúde e escola) na implementação	Adesão institucional	Vínculo positivo entre os profissionais envolvidos com o PFF	Relacionamento entre profissionais
As secretarias não possuem clareza sobre a necessidade de intersetorialidade requerida para a implementação do programa	Sensibilização dos agentes da gestão	Sensibilização realizada em etapas hierárquicas mobilizando mais facilmente os gestores seguintes.	Fluxo hierárquico na sensibilização
Convite para participar da formação não ser claro em relação ao compromisso que o PFF exige	Sensibilização para formação	Poder descentralizado entre articuladores	Gestão municipal
Dificuldade do estado em políticas intersetoriais anteriores a chegada do PFF no território	Gestão municipal	Atuação da vice-prefeita na sensibilização dos profissionais da ponta	Fluxo hierárquico na sensibilização
Período de instabilidade política no país gerando insegurança dos vínculos empregatícios das pessoas envolvidas na implementação	Ruptura institucional	Presença de atores da equipe federal nas etapas de sensibilização dos gestores	Sensibilização dos agentes da gestão
Não exigência, por parte da gestão, de engajamento com o PFF daqueles que fizeram a formação	Gestão municipal	Engajamento dos coordenadores dos serviços na sensibilização dos profissionais da ponta	Fluxo hierárquico na sensibilização
Sobrecarga de trabalho devido acúmulo de funções ao trabalhar com o PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Engajamento das secretarias da Saúde e Assistência	Adesão institucional
Remanejamento dos profissionais entre secretarias	Gestão municipal	Sensibilização dos agentes de implementação previamente a formação da equipe	Sensibilização para formação
Não existência de pessoas designadas especificamente para implementação do programa	Gestão municipal	Agentes da gestão mobilizados facilitando sensibilização dos agentes de implementação	Fluxo hierárquico na sensibilização
Atraso dos salários devido contexto político instável, dificultando engajamento dos profissionais	Gestão municipal	Realização de várias reuniões de sensibilização dos gestores	Sensibilização dos agentes da gestão
Dificuldade de implementar a intersetorialidade entre secretarias do estado mesmo antes da chegada do PFF	Gestão municipal	Distribuição das responsabilidades entre os atores do PFF	Gestão municipal
Sobrecarga de atividades criando resistência em implementar algo novo	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Sensibilização sobre o PFF para os profissionais antes da formação da equipe	Sensibilização para formação
Sensibilização de trabalhadores locais realizada de modo independente por cada secretaria municipal	Intersetorialidade	Engajamento do gestor da secretaria facilitando etapas subsequentes.	Fluxo hierárquico na sensibilização
Descentralização da responsabilidade do articulador no acompanhamento da implementação do PFF	Gestão municipal	Engajamento dos gestores no processo de implementação do PFF	Sensibilização dos agentes da gestão
Pouca informação no convite para participar da formação	Sensibilização para formação	Engajamento e vontade dos agentes de implementação mesmo em situações adversas	Sensibilização dos agentes de implementação
Desistência de profissionais de outros serviços logo após a formação, sobrecarregando a assistência	Sensibilização para formação	Intersetorialidade no planejamento do programa	Intersetorialidade
Pouco engajamento dos trabalhadores da atenção primária na implementação do programa devido greves	Peculiaridades locais	Sensibilização de todos os atores envolvidos na implementação	Sensibilização dos agentes de implementação
Baixa adesão do setor da educação	Adesão institucional	Articulação intersetorial entre as secretarias para viabilizar a implementação	Intersetorialidade
Baixo engajamento dos profissionais com o programa	Adesão dos profissionais	Sensibilização dos profissionais previamente à formação	Sensibilização para formação
Desengajamento de facilitadores com a execução do programa	Adesão dos profissionais		
Baixo engajamento dos profissionais da saúde e educação na execução do programa	Adesão institucional		
Falta de engajamento dos gestores com a implementação do programa	Adesão dos profissionais		
Desengajamento dos profissionais com a implementação do PFF	Adesão dos profissionais		
Greve local dificultando engajamento dos profissionais	Peculiaridades locais		
Afastamento entre o serviço e a comunidade devido à greve	Peculiaridades locais		

Falta de informação sobre o PFF para os profissionais antes da formação	Sensibilização para formação
Não sensibilização dos profissionais antes da formação da equipe	Sensibilização para formação
Não existência de intersetorialidade entre secretarias	Intersetorialidade
Não ter tempo hábil para sensibilizar os profissionais para a formação devido a pressão no cronograma de início dos grupos	Gestão municipal
Questões internas na gestão do programa impedindo melhor uso do tempo para cumprir os fluxos do cronograma	Relacionamento entre profissionais
Equipe reduzida impossibilitando atender todas as demandas do território e ainda realizar o PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Não liberação dos profissionais para cumprir com todas as etapas de implementação do PFF	Gestão municipal
Instabilidade do profissional no cargo	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Profissionais com baixos salários e contratos precários	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Dificuldades de comunicação para viabilizar a formação da equipe	Relacionamento entre profissionais
Dificuldade no recrutamento de profissionais na formação do programa	Sensibilização para formação

### **Barreiras na mobilização dos serviços**

As condições de trabalho dos profissionais (elemento do contexto político), foi recorrente na etapa de mobilização (Figura 13), mas também foi vista como barreira crucial nas etapas de formação da equipe e execução do PFF. Esse tema abrange questões como: sobrecarga de trabalho dos profissionais ao participar tanto da formação como da execução do PFF; baixo número de pessoas trabalhando nos equipamentos; elevada demanda de número de profissionais para implementação do programa e indisponibilidade de tempo dentro da carga horária. Além de barreiras com a gestão municipal, os relatos das entrevistadas também descrevem fragilidades com a sensibilização nas etapas iniciais, o que desencadeou dificuldades nas etapas seguintes da teoria da ação.

Na fase de mobilização, houve falhas elementares quanto à sensibilização para a formação. Esse tema relaciona-se especificamente a ideia de que é necessário que os profissionais recebam maiores informações sobre a real complexidade da implementação do PFF, antes de passarem pela etapa de formação da equipe. Desse modo, os profissionais

poderiam avaliar disponibilidade para participação na formação e implementação do Programa, considerando a carga de trabalho que já possuem. As gestoras afirmaram que a sensibilização para a formação facilita o engajamento de profissionais envolvidos com a temática, reduzindo a evasão após a formação da equipe e melhorando o envolvimento com as atividades do programa. Este aspecto pode estar relacionado com a existência prévia de uma cultura de prevenção nos indivíduos e em instituições no território, como pode ser observado no exemplo a seguir.

*É claro que a gente tem uma parceira boa, porque um CRAS não funciona só. Nós precisamos da educação da saúde de “n” equipamento e parcerias... Quantas e quantas vezes nós já fomos no posto de saúde, nas escolas apresentar o que é o CRAS? Quantas? Eu já fui infinitas vezes e eles ainda não conhecem o que é a realidade do CRAS. “Esse menino é defeituoso vai para o CRAS”. Não é assim. Então, eles sabem que essa questão de drogadição e tudo o que eu estou colocando aqui nessa articulação não é o CRAS no seu território não. Essa articulação é justamente como eu coloquei no começo, é uma pessoa do estado um representante da saúde uma da educação que, quando chega lá, eu tenho o poder de liberar uma pessoa da saúde para aplicar o programa? Jamais, não tenho. Então é essa articulação que está faltando. Eu não vou dizer a você: “tem que aplicar o programa”, “ah, mas eu não posso porque minha chefe não liberou”. Por que a chefe não liberou? Porque um superior não passou. E na reunião foi colocado que falta essa comunicação para ter uma articulação melhor.*

Além da baixa adesão dos profissionais e das instituições, outras barreiras nesta etapa compreendem as dificuldades quanto a implementação da intersetorialidade, a baixa sensibilização de agentes da gestão, greves locais, inexistência de cultura de prevenção, a qualidade precária da relação e da comunicação entre os profissionais envolvidos na implementação, a instabilidade proveniente da troca de governo em âmbito federal, trazendo

consequências para o municipal e percepção de baixo custo-benefício do Programa. O relato seguinte aponta barreiras quanto a adesão dos profissionais

*Em relação ao espaço físico eu volto a dizer, por causa das atividades simultâneas, a gente nem sempre tinha a disponibilidade aí a gente tinha que atrapalhar a dinâmica do serviço para a execução do programa, a gente fez, mas sabíamos que estávamos atrapalhando, por isso essa resistência e nós entendemos essa resistência.*

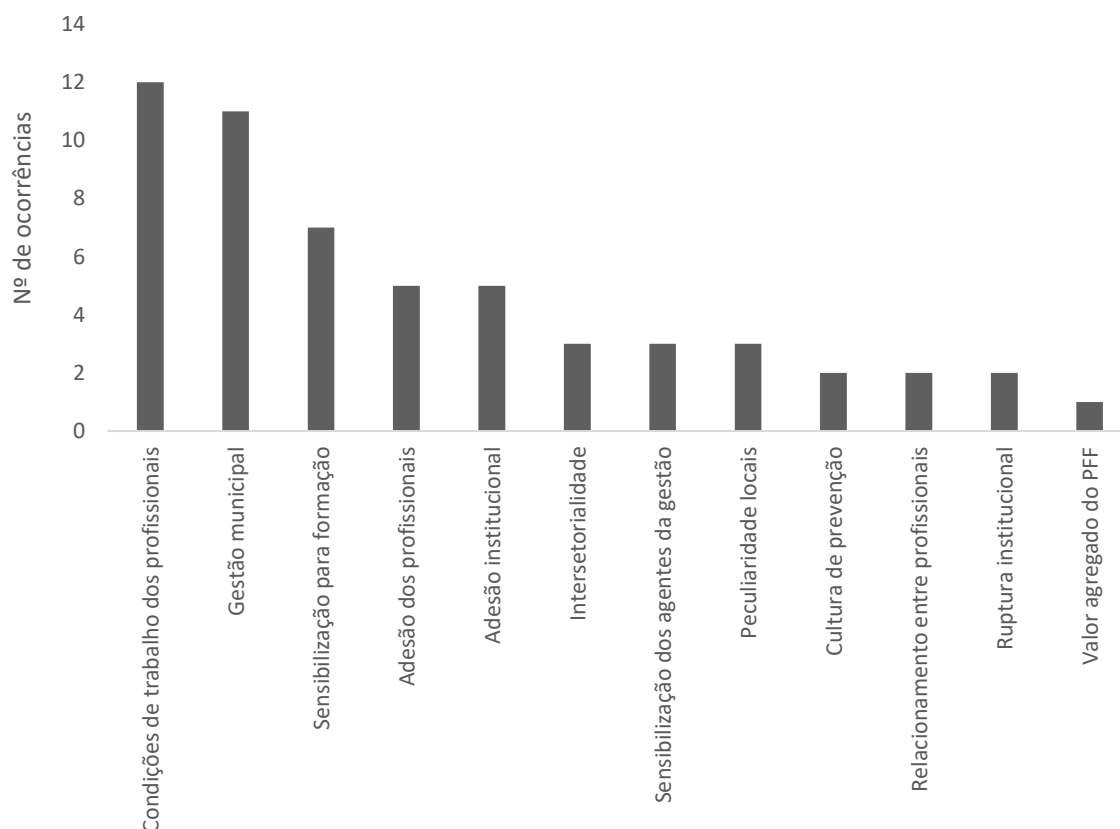


Figura 13 Barreiras na fase de mobilização dos serviços

### **Facilitadores na mobilização dos serviços**

Os quatro elementos considerados mais facilitadores nesta etapa estão intrinsecamente relacionados um ao outro (Figura 14). A existência de gestores sensibilizados a entrada do programa facilitou permitiu que houve um fluxo hierárquico na sensibilização, que, por consequência, relatam ter facilitado a sensibilização de profissionais para participação na etapa seguinte. O conceito de fluxo hierárquico transmite a ideia de que gestores bem informados e

engajados podem sensibilizar outros atores do Programa como multiplicadores, articuladores e facilitadores. Seguir esse fluxo significou maior facilidade na sensibilização da cadeia de profissionais que envolve a implementação PFF. Vale ressaltar que essa categoria não aponta para a única ou a melhor via de comunicação, apenas retrata um canal de comunicação aparentemente eficaz na implementação do programa. Além disso, quando esses agentes estão sensibilizados, há relatos de maior facilidade na liberação dos profissionais, pelos coordenadores do serviço, para aplicar o programa.

Ainda que tenha exercido papel primordial entre as barreiras, a gestão municipal também possui importante função entre os facilitadores. A existência de um gerenciamento municipal organizado, anterior a chegada do programa, interviu de forma positiva em sua implementação. Esse gerenciamento envolveu a gestão de pessoas em suas atividades, a descentralização de poder e o redirecionamento de recursos financeiros. Também foram elencados como aspectos facilitadores na etapa de mobilização a intersetorialidade entre serviços envolvidos na implementação, o bom relacionamento entre os profissionais, o suporte e monitoramento oferecido pela equipe de formadores federais para os profissionais, a existência de infraestrutura adequada e o engajamento dos setores da saúde e da educação além da assistência social. O engajamento dos profissionais atuando como facilitador nesta etapa pode ser identificado em:

*Inclusive, esses materiais que eram para a execução do PFF em si, como a cartolina, a saúde em si não tinha como dar todos, porque esse material fica a cargo das secretarias. Então foi distribuída uma lista para ver, das três secretarias, o que cada uma poderia contribuir. Quando eles contribuíram, juntamos tudo junto... e distribuímos para as regiões.*

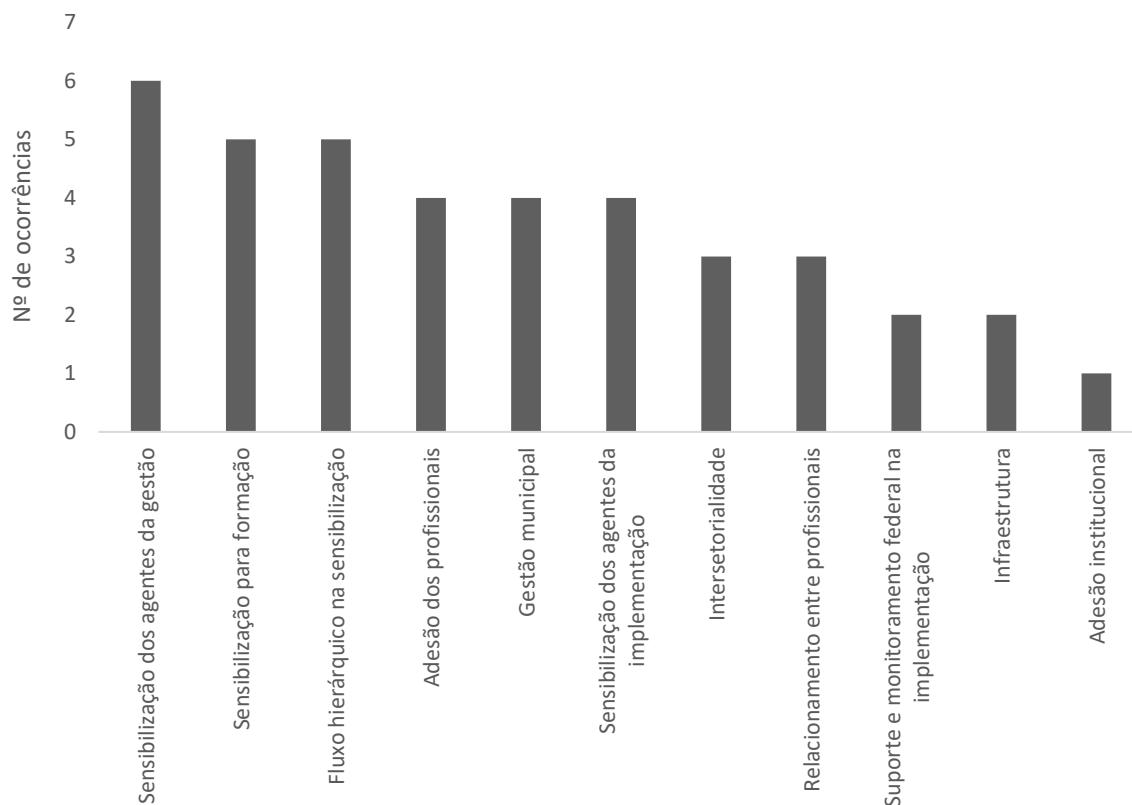


Figura 14. Facilitadores na fase de mobilização dos serviços

### Formação da equipe

A etapa de formação da equipe envolve a capacitação de sobre o PFF para profissionais que irão implementar o programa e para gestores envolvidos na implementação. Na formação devem ser passadas informações sobre o paradigma que rege a política nacional sobre drogas e princípios básicos da ciência da prevenção. Barreiras e facilitadores desta etapa estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10. Barreiras e facilitadores na etapa de formação da equipe

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Limitação de recurso financeiro para o disponibilizar lanche e material durante a formação dos facilitadores	Recurso financeiro	Participação de instituições parceiras a fim de apoiar a execução do programa.	Intersetorialidade
Rotatividade de profissionais devido modo de seleção pública	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Realização da formação de modo descentralizado aumentando a dimensão geográfica dos facilitadores capacitados	Metodologia de formação de facilitador
Carga horária reduzida na formação impossibilitando a vivência integral de todas as atividades	Metodologia de formação de facilitador	Vivência das atividades durante a formação instrumentalizando a execução do programa pelos facilitadores	Metodologia de formação de facilitador
Redução da carga horária da formação entre o primeiro e o segundo ciclo	Metodologia de formação de facilitador	Realizar a formação da equipe em dois turnos distintos para maior flexibilidade na participação dos facilitadores	Metodologia de formação de facilitador
Sobrecarga dos profissionais durante a formação devido elevada demanda do serviço	Condições de trabalho dos agentes da implementação	A formação passar a mensagem do programa	Metodologia de formação de facilitador



Formação cansativa e insuficiente	Metodologia de formação de facilitador	Formar mais pessoas do que o necessário para implementação, reduzindo problemas com desistências, faltas e desengajamento dos facilitadores	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Baixa adesão dos facilitadores para formar equipe	Adesão dos profissionais	Formação realizada de modo claro e atrativo para os facilitadores	Metodologia de formação de facilitador
Tempo de formação insuficiente restando muitas dúvidas devido à não vivência de todas as atividades	Metodologia de formação de facilitador	Formação e material do PFF como aprendizagem de algo novo	Valor agregado do PFF
Desistência dos facilitadores devido considerarem incompatível o perfil das famílias locais com os propostos pelo programa	Adesão dos profissionais	Engajamento do multiplicador com o processo de implementação do programa após a formação	Adesão dos profissionais
Pouco tempo de formação dedicado ao dialogo gerou desistência dos facilitadores	Metodologia de formação de facilitador	Formadores federais preparados para oferecer formação	Habilidades dos profissionais
Incompreensão de pessoas que passaram pela formação de sua responsabilidade na implementação	Sensibilização dos agentes de implementação	Existência de infraestrutura para realização da formação	Infraestrutura
Tempo de formação insuficiente com a não vivência de todas as atividades	Metodologia de formação de facilitador	Centralizar a formação em uma pessoa tornando o Formador referência	Metodologia de formação de facilitador
Incompatibilidade da experiência vivida na formação versus a experiência na prática com as famílias	Metodologia de formação de facilitador	Realizar uma reunião de planejamento ao final da formação de equipe	Metodologia de formação de facilitador
Impossibilidade de fornecimento de lanche para a formação por parte das secretarias	Recurso financeiro	Boa condução das atividades pelas formadoras durante a formação	Habilidades dos profissionais
Não compreensão do programa durante a formação	Sensibilização dos agentes de implementação	Identificação dos profissionais com o programa e com sua metodologia sistematizada	Cultura de prevenção
Não familiarização com o material durante a formação	Metodologia de formação de facilitador	Engajamento dos profissionais do serviço após a formação da equipe	Adesão dos profissionais
Didática da formação não favorece compreensão do programa	Metodologia de formação de facilitador	Tempo de formação ser adequado	Metodologia de formação de facilitador
Profissionais com dois vínculos empregatícios dificultando participação integral na formação	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Respeitar, na formação, o engajamento inicial que cada profissional consegue oferecer.	Metodologia de formação de facilitador
Dificuldade de manter o cronograma da formação diante de contexto político instável	Ruptura institucional	Apresentar o novo paradigma da prevenção durante a formação	Metodologia de formação de facilitador
Baixo recurso humano disponível no serviço dificultando deslocamento para executar a formação	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Abordar a temática da prevenção na formação permitindo a manutenção da essência do programa mesmo com alterações nas atividades	Metodologia de formação de facilitador
Greve como empecilho para engajamento dos profissionais na formação	Peculiaridades locais		
Inexperiência com a implementação de uma nova política	Cultura de prevenção		
Redução da carga horária da formação	Metodologia de formação de facilitador		
Não adoção do programa pelos profissionais dos serviços mesmo depois da formação.	Adesão dos profissionais		

## Barreiras na formação da equipe

A escolha da metodologia de formação dos agentes de implementação foi uma estratégia que tanto dificultou como facilitou a implementação do Programa. Houve divergência de opiniões entre os agentes de implementação tanto no que se refere a (i) redução do tempo da formação da equipe entre o primeiro e o segundo ciclo de implementação, como

na (ii) inclusão de temas mais amplos que trouxessem informações sobre política de prevenção e programas baseados em evidências (Figura 15).

No primeiro caso, enquanto que para alguns a redução do tempo dificultou a compreensão detalhada das atividades, pois não foi possível transitar por todas, para outros tornou a formação menos cansativa e mais produtiva. No que concerne a segunda questão, para alguns, a introdução desses temas reduziu o tempo de treinamento de atividades do PFF, o que dificultou a transposição do conhecimento adquirido na formação para a realidade local e acarretou na percepção de estarem menos preparados para adaptações no momento da execução. Isto pode ser visto no relato:

*Ela poderia ser maior, um pouco mais ampliada (a carga horária da formação). É porque são muitas atividades a serem desenvolvidas e a gente não vê todas as atividades na capacitação.*

Contudo, para outros, a inserção e discussão destes temas foi frutífera para compreender a essência do programa, o que inclusive facilitou adaptações necessárias no momento da execução. Como comentado na etapa anterior, as condições de trabalho dos profissionais também impactaram negativamente a formação, principalmente quando dificultou a participação na capacitação devido sobrecarga de trabalho.

Também foram elencados como barreira para a fluidez nesta etapa condições de trabalho precárias, adesão baixa por parte de profissionais e gestores envolvidos na implementação, baixa disponibilidade de recurso financeiro, profissionais pouco sensibilizados com o PFF, inexistência de cultura de prevenção, troca da presidência no governo federal, impactando o municipal e greves locais. O relato a seguir discute o entrelaçamento de vários destes elementos.

*No início a gente via muita resistência da gestão para que acontecesse. Por várias questões: de recursos humanos, essa questão do concurso, tanto para saúde como para*

a educação, já era uma coisa vislumbrada desde o ano passado, então a gente passou por entraves desde o período anterior à formação, porque a gente ficou: “faz ou não faz a formação?” Existia muito isso: “vai formar esses profissionais que vão sair? Depois vai entrar outras pessoas gastos de recursos e aí, como é que a gente faz isso?” Só que naquele momento a gente pensou que não dava tempo para a gente ficar esperando o concurso, porque o concurso é uma coisa que às vezes demora muito e a gente ia perder esse processo, ia perder engajamento.

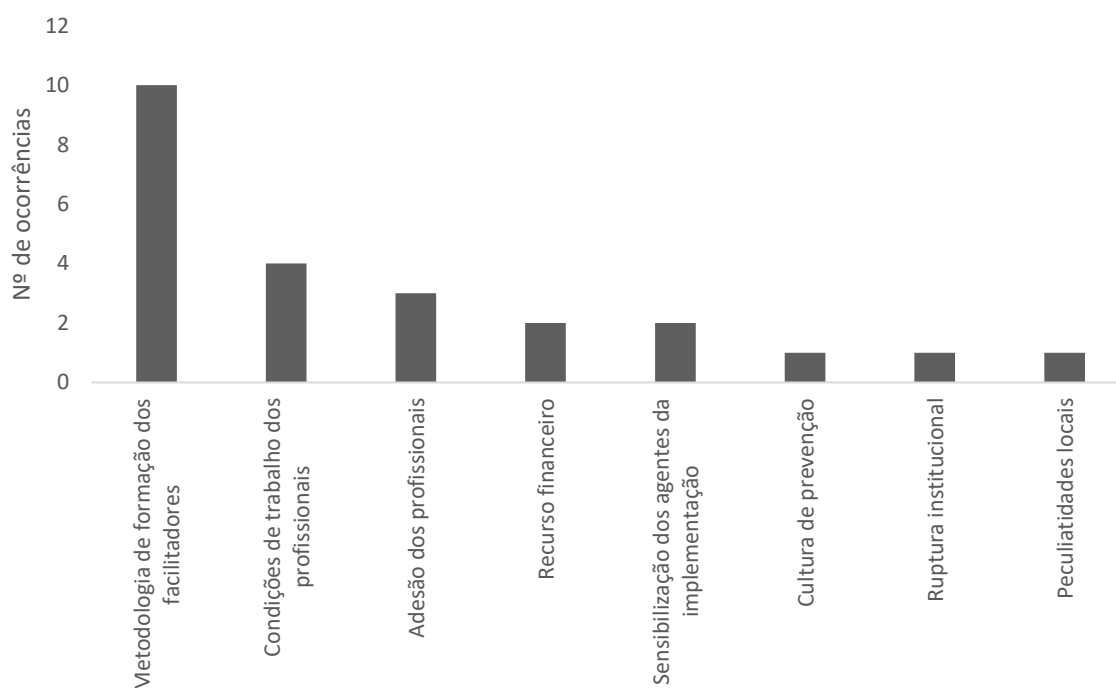


Figura 15. Barreiras na fase de formação da equipe

### Facilitadores na formação da equipe

O elemento facilitador na fase de formação da equipe que mais se destaca perante os demais também foram as metodologias utilizadas pelos agentes de implementação, como por exemplo, descentralização geográfica da capacitação, o que possibilitou maior alcance dos profissionais e reduziu os desgastes decorrentes dessa fase; e o repasse de informações de modo claro e atrativo, o que permitiu compreensão da essência do programa, mesmo que a formação

não tenha passado por todas as atividades propostas no caderno, como exemplificado no relato a seguir:

*Particularmente, eu acho que o que foi repassado na formação, não tinha como ela (formadora federal) aplicar todas as dinâmicas na formação, mas assim, o que foi aplicado era uma base para poder aplicar as outras, então tipo assim, o tempo, a questão da forma de aplicar e tudo, eu acho que o que foi explanado na formação e foi de suma importância para poder a gente ter um direcionamento para poder aplicar.*

Também influenciaram positivamente esta etapa a adesão dos gestores e profissionais com o PFF, as habilidade dos profissionais, como atitudes ou ações que superaram expectativas quanto ao exercício de suas funções, favorecendo a implementação, condições de trabalho adequadas, permitindo a participação dos profissionais na formação da equipe sem que houvesse danos ao serviço que costuma desempenhar, existência de cultura de prevenção, infraestrutura adequada para a execução da capacitação, engajamento intersetorial e percepção de custo-benefício ao participar da formação (Figura 15).

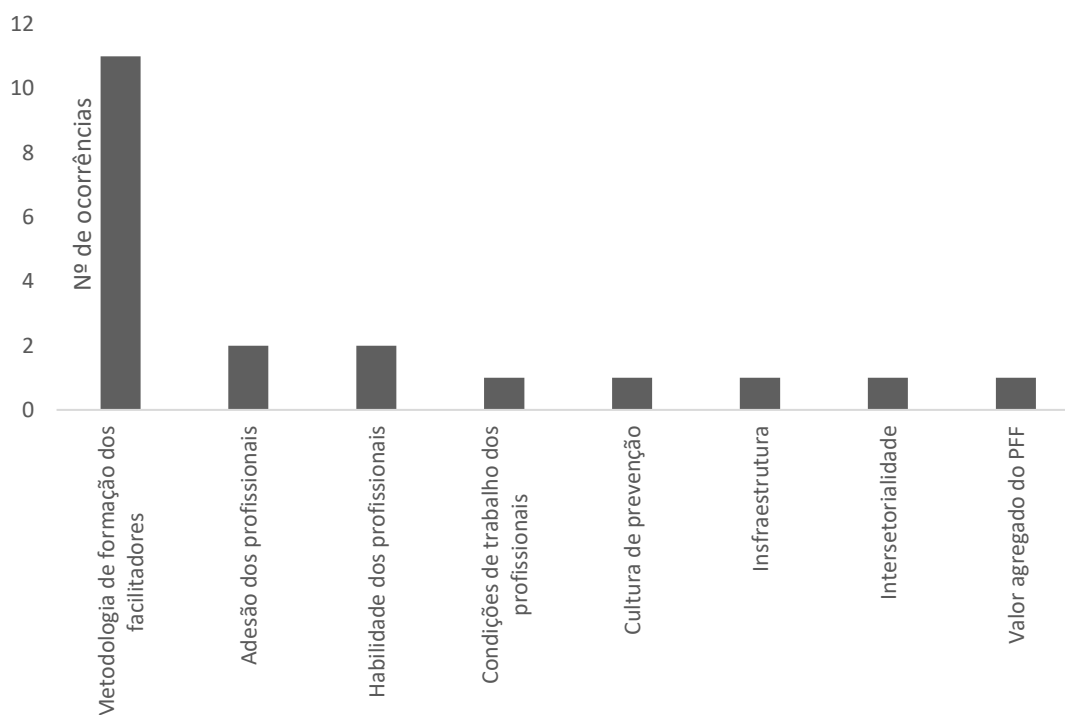


Figura 16. Facilitadores na fase de formação da equipe

## Divulgação do PFF, convite e seleção das famílias

A etapa de divulgação do PFF compreende atividades e estratégias necessárias ao surgimento de grupos com sete a dez famílias para início do Programa e o engajamento inicial das famílias. A Tabela 11 caracteriza as barreiras e os facilitadores desta etapa.

Tabela 11. *Barreiras e facilitadores na etapa de divulgação do PFF, convite e seleção das famílias*

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Dificuldade de os familiares assumirem compromisso semanal por 7 semanas	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Utilização da política local, PAIF, que trabalha com o mesmo público do PFF, para recrutar as famílias	Abordagem para convite das famílias
Dificuldade dos facilitadores em recusar as famílias cujos filhos não tinham a faixa etária do programa	Escolha das famílias	Divulgação do programa via visitas domiciliares e busca ativa das famílias na comunidade	Abordagem para convite das famílias
Assimilação deficitária sobre os benefícios do programa pelos facilitadores, dificultando convite às famílias	Sensibilização dos agentes de implementação	Realização de visitas domiciliares para certificar compatibilidade do perfil das famílias com o do programa	Abordagem para convite das famílias
PFF ter atividades que exigem leitura e escrita podendo excluir algumas famílias do processo de seleção	Escolha das famílias	Evidenciar a atratividade das atividades do PFF para o público jovem	Abordagem para convite das famílias
Baixa proatividade no processo de implementação (divulgação) devido problemas de relacionamento entre articuladoras de diferentes secretarias	Relacionamento entre profissionais	Articulação com a escola para o convite das famílias e identificação do perfil	Intersetorialidade
Parceria intersetorial precária reduzindo alcance das famílias com perfil do programa	Intersetorialidade	Objetivos do PFF adequados às necessidades locais	Escolha do equipamento
Baixa habilidade dos profissionais do CRAS de sensibilizar as famílias para o programa	Sensibilização dos agentes de implementação	Suporte das escolas para convite das famílias com o perfil do programa	Intersetorialidade
Redução do alcance das famílias devido incompatibilidade de horários entre profissionais e famílias para os grupos	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Engajamento com PFF por parte da multiplicadora, contribuindo para o processo de mobilização das famílias	Habilidades dos profissionais
Dificuldade por parte da equipe federal de orientar sobre a possibilidade de participação no programa de alguns perfis de familiares encontrados no território.	Sensibilização dos agentes de implementação	Utilização do encontro zero como uma ferramenta para verificar quais famílias estão realmente interessadas no programa, melhorando a adesão	Estratégias de manutenção das famílias
Dificuldade de tornar o programa atrativo devido a existência de cultura brasileira voltada para a urgente e não voltada para a prevenção	Cultura de prevenção	Transmitir de modo atrativo o PFF para as famílias no encontro Zero	Estratégias de manutenção das famílias
Incompreensão pelos facilitadores sobre o público alvo reduzindo o alcance das pessoas corretas	Sensibilização dos agentes de implementação	Proximidade prévia do serviço com as famílias	Relacionamento entre equipamento e a comunidade
Dificuldade em negar acesso àqueles sujeitos que fazem uso abusivo já conhecidos pelo serviço	Escolha das famílias	A divulgação e o convite às famílias ser realizado de modo atrativo e não focado tanto no compromisso de comparecer em todos os encontros	Abordagem para convite das famílias
Dificuldade de selecionar famílias no perfil do programa	Escolha das famílias	Público alvo do programa similar às famílias já cadastradas no CRAS	Relacionamento entre equipamento e a comunidade

---

Compreensão do conteúdo do programa a partir da formação, favorecendo o recrutamento das famílias	Sensibilização dos agentes de implementação
Sensibilização das famílias no encontro zero, colocando-as como protagonistas do PFF	Estratégias de manutenção das famílias
O local de implementação do PFF estar atendendo as famílias com perfil similar ao programa	Relacionamento entre equipamento e a comunidade
Realização do encontro zero para sensibilização das famílias	Estratégias de manutenção das famílias
Divulgação do PFF em local onde há perfil indicado pelo programa	Abordagem para convite das famílias
Encontro zero ter metodologia semelhante as atividades propostas pelo programa	Estratégias de manutenção das famílias
Não entregar apostilas no encontro zero devido algumas mães não saberem ler para evitar constrangimento	Estratégias de manutenção das famílias
Divulgação dos benefícios do PFF, por parte das famílias participantes, para a comunidade local	Abordagem para convite das famílias
Público-alvo já estar frequentando o CRAS	Relacionamento entre equipamento e a comunidade
Treinamento da equipe para o convite às famílias	Sensibilização dos agentes de implementação
Sensibilização de novos participantes por parte das famílias que já participaram do PFF	Abordagem para convite das famílias
Convite pessoal e individual a cada família para participar do Programa	Abordagem para convite das famílias
Existência de um multiplicador por grupo, possibilitando acompanhamento mais próximo dos profissionais da ponta no processo de seleção das famílias	Sensibilização dos agentes de implementação
Seleção das famílias de modo intersetorial	Intersetorialidade
Convite apenas para as famílias que demonstravam interesse no programa	Abordagem para convite das famílias
Iniciativa da multiplicadora em motivar as famílias	Habilidades dos profissionais
Mencionar o lanche e brinde como atrativo no convite às famílias	Abordagem para convite das famílias
Proximidade prévia entre família e o serviço onde é realizada a implementação	Relacionamento entre equipamento e a comunidade
Convite das famílias por busca ativa	Abordagem para convite das famílias
Renovação de contato telefônico com as famílias após encontro zero	Estratégias de manutenção das famílias
Sincronia entre CRAS e Escola na sugestão de famílias para participar do programa	Intersetorialidade
Envolvimento do serviço com a comunidade	Relacionamento entre equipamento e a comunidade
Somar diferentes estratégias para convite e seleção das famílias	Abordagem para convite das famílias
Acompanhamento, por parte dos formadores federais, dos facilitadores do programa na seleção das famílias	Sensibilização dos agentes de implementação
Busca ativa das famílias	Abordagem para convite das famílias

---

### **Barreiras na divulgação do PFF**

As estratégias de implementação seguem exercendo papel fundamental na implementação, dessa vez com a escolha das famílias. Foram relatadas discrepâncias entre o perfil proposto como público alvo do programa e o perfil encontrado na comunidade. Relatam ainda que os profissionais da ponta tiveram dificuldade de negar participação às famílias que o serviço já atendia, mas que não preenchiam todos os pré-requisitos do programa, como por exemplo, de escrita, leitura ou que já faziam uso abusivo de drogas (ver Tabela 11).

As gestoras relatam que é necessário que haja equidade entre o perfil das famílias da comunidade e a escolha do equipamento que irá executar o programa. Quando a comunidade que recebe o PFF é muito precária ou quando os sujeitos que utilizam os serviços já fazem uso abusivo álcool e outras drogas, os profissionais encontram dificuldades para selecionar as famílias. Citam como exemplo, os empecilhos relacionados ao nível de escolaridade da população, o que dificulta a compreensão das atividades propostas caso sejam selecionados. Diante dessa dificuldade, elaborou-se a estratégia de divulgação do Programa para famílias em bairros vizinhos, entretanto, não foi considerada eficaz, pois as famílias possuíam menor acesso ao equipamento, dificultando seu engajamento. Em outras palavras, considerar os recursos da comunidade e das famílias no momento da escolha do equipamento que executará o programa pode ter grandes consequências para a efetividade do PFF.

A dificuldade em selecionar o perfil adequado, segundo as gestoras, gerou desengajamento por parte dos profissionais. Isto somado a incompatibilidade de horário das famílias para participarem do programa, retroalimentam as barreiras de seleção das famílias. Também foram consideradas barreiras a inexistência de cultura de prevenção, baixa capacidade de implementar a intersectorialidade no município e dificuldades relacionais entre os profissionais (Figura 17). O relato seguinte descreve dificuldades quanto a divulgação e seleção das famílias.

*Como a gente já tinha o conhecimento da comunidade, existiam adolescentes e crianças que a gente sentia necessidade em estar inserindo no PFF. Só que o PFF ele é bem engessado com o limite de idade e enfim. Então a gente ficou nesse contraponto de não inserir por conta de um ano, de meses que passaram ou que faltavam para completar, e sabendo da necessidade daquela família, se a gente poderia se não poderia inserir e tudo mais. No nosso caso a gente sentiu também essa dificuldade das crianças de nove anos que não podiam ou adolescentes de quinze anos que queriam participar do programa e a gente estava em dúvida se abriria a porta, alguma exceção ou não.*

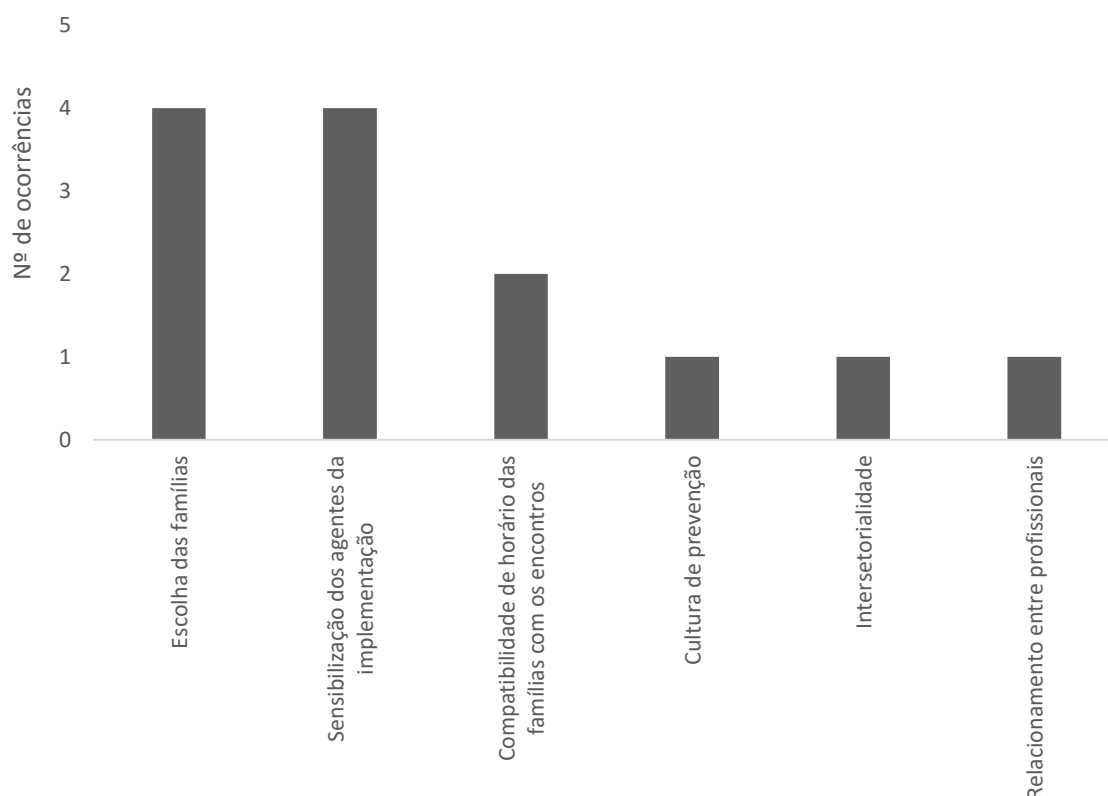


Figura 17. Barreiras na fase de divulgação do PFF, convite e seleção das famílias

### **Facilitadores na divulgação do PFF**

As estratégias utilizadas no convite às famílias foram muitas e todas citadas como facilitadoras nessa fase, sendo as mais comuns: busca ativa das famílias na comunidade; verificação de perfil das famílias, divulgação do PFF de modo atrativo para o público jovem;



mencionar lanche e brinde no momento da divulgação; divulgação do programa por famílias já beneficiadas em outros ciclos e convite individual para cada família, e não em grupos. O somatório de duas ou mais estratégias dessas também foi usual. A divulgação do PFF por meio de famílias participantes em ciclos anteriores não foi uma estratégia de abordagem prevista pelos facilitadores, porém, quando ocorrida, foi percebida como facilitadora (ver Tabela 11).

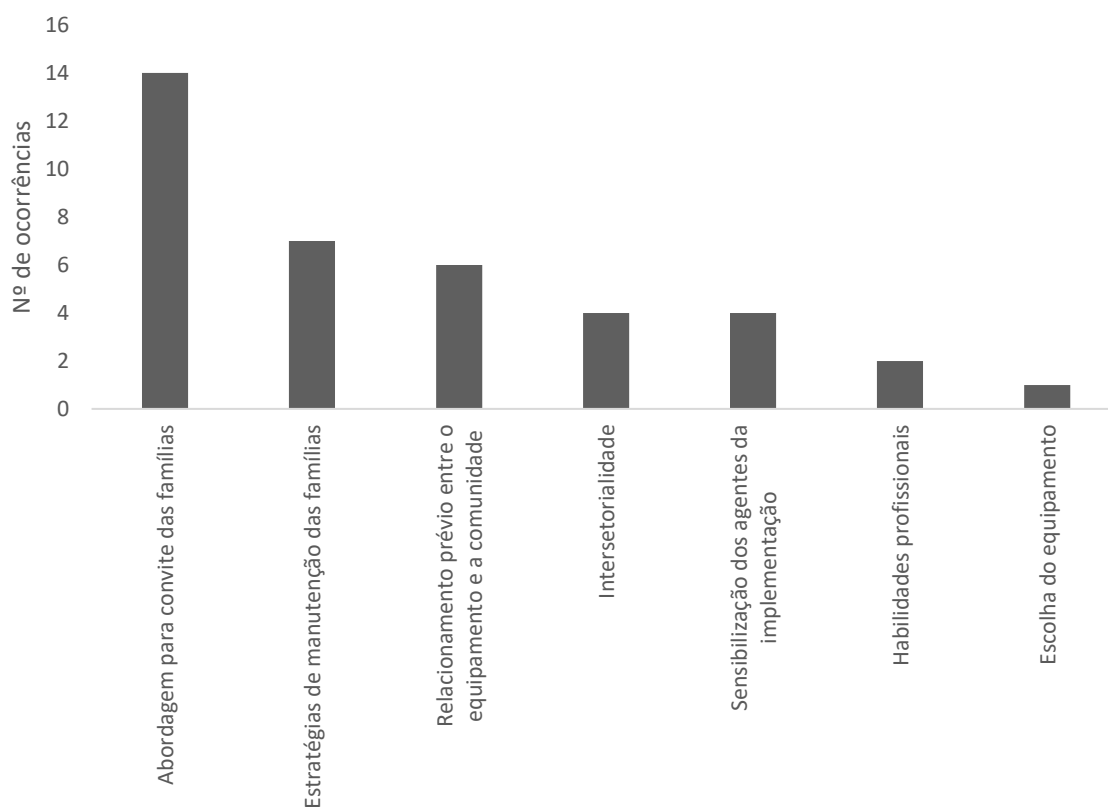
Também foram compreendidas como positivas estratégias que facilitaram a manutenção das famílias (Figura 18) e que tiveram como consequência o aumento da adesão destas ao Programa. Exemplos dessas estratégias foram: no encontro zero, identificar o que é atrativo para as famílias e evidenciar estes aspectos para elas; contato semanal com as famílias, refazendo o convite para cada sessão; realização do encontro zero com metodologia semelhante aos dos encontros; e acompanhamento próximo de pessoas com dificuldades na escrita no momento de atividades que exigiam essa prática. A estratégias de atuação dos profissionais com as famílias como elemento facilitador pode ser observado em:

*E no nosso grupo tinham algumas mães, várias mães que não eram alfabetizadas, então é... A gente teve medo de justamente quando desse a apostila elas se sentissem envergonhadas. Então, desde o primeiro encontro, já no encontro zero, a gente fez questão de ser algo diferenciado para que elas não se sentissem envergonhadas de não saber ler.*

A existência de relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade refere-se a atuação dos profissionais na comunidade com a proposição de atividades nos Serviços de Assistência Social, escolas e Unidades Básicas de Saúde. Essa relação facilitou o alcance às famílias e indicou maior engajamento destas. O relato a seguir identifica alguns dos elementos facilitadores elencados.

*Na seleção a gente explicou direitinho como era o programa para essas famílias, trabalhando sempre na perspectiva da prevenção a gente mal abordou as drogas, que é uma temática que realmente amedronta e inibe as pessoas e tentamos sensibilizar que eles também poderiam ser multiplicadores desse programa nesse projeto e que a gente gostaria*

*muito de contar com as famílias, as que conseguimos a adesão foi muito positivo, eles compreenderam de fato o que seria essa proposta, eles participaram como cidadãos mesmo, como colocamos para eles, nos cobramos tanto do município, então vamos executar, com isso eles realmente abraçaram a causa, então foi muito positivo essa civilização, você vai fazer a diferença, você não será apenas sensibilizado, você também poderá ser um multiplicador futuramente na sua comunidade, na família, na escola do seu filho, no PFF que você faz parte, eles encararam isso dessa forma, que eles seriam peças-chaves, como protagonistas.*



*Figura 18.* Facilitadores na fase divulgação do PFF, convite e seleção das famílias

### **Organização das sessões**

O momento de organização envolve o preparo da infraestrutura, do material e de procedimentos necessários para a implementação. A Tabela 12 detalha as barreiras e facilitadores elencados nesta etapa.

Tabela 12. *Barreiras e facilitadores na etapa de organização do espaço físico, horário dos grupos e material*

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Os pais terem emprego informal dificultando planejamento dos horários dos grupos	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Articulação intersetorial permitindo obtenção de recursos tecnológicos necessários para intervenção	Intersetorialidade
Inexperiência na implementação do PFF resultou em a escolha do CRAS ser pautada somente no público alvo, sem considerar infraestrutura necessária	Cultura de prevenção	Relação pessoal entre articulador e gestores	Relacionamento entre profissionais
Local de execução do programa ser barulhento	Infraestrutura	Gestor do serviço engajado na execução do programa	Adesão dos profissionais
Infraestrutura inadequada para escuta sigilosa	Infraestrutura	Organização de material com antecedência	Planejamento
PFF dificultar o andamento das atividades dos CRAS	Gestão municipal	CRAS já dispor de infraestrutura adequada para a execução do PFF	Infraestrutura
Limitação de recurso financeiro para compra de material necessário na execução	Recurso financeiro	Autonomia do município para decidir cuidador de crianças menores de 10, contando com apoio da gestão caso necessário	Gestão municipal
Facilitadores arcando financeiramente com os custos necessários à implementação devido indisponibilidade de material para execução	Recurso financeiro	Corresponsabilidade dos trabalhadores do serviço na tomada de decisões sobre a execução do programa	Adesão dos profissionais
Limitação de recursos tecnológicos no CRAS	Infraestrutura	Estrutura adequada no CRAS para implementação do PFF	Infraestrutura
Limitação de transporte público, dificultando o acesso ao equipamento	Infraestrutura	Organização prévia do material para implementação e formação da equipe	Planejamento
Falha na comunicação entre gestores dificultando a liberação do lanche e atrasando a implementação	Relacionamento entre profissionais	Articulação intersetorial na disponibilização de material para execução do PFF	Intersetorialidade
Dificuldade de organização de logística para executar o PFF concomitantemente às outras atividades do CRAS	Gestão municipal	Distribuição de lista para verificar materiais disponíveis para execução	Planejamento
Dificuldade em disponibilizar dois materiais áudio visuais entre o 5º e o 6º encontro	Infraestrutura	Redirecionamento da verba para o lanche do PFF	Gestão municipal
Necessidade de planejamento prévio de salas e material para a realização dos encontros	Planejamento	Articulação intersetorial para disponibilizar lanche para execução do PFF	Intersetorialidade
Dificuldade de conciliar o horário do grupo entre as famílias e o serviço	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Articulação da secretaria da saúde para conseguir o lanche	Intersetorialidade
Falta de recursos materiais e tecnológicos do serviço necessários à implementação	Infraestrutura	Reunião de todo o material necessário para execução em caixas	Planejamento
Recursos tecnológicos necessário à implementação eram trazidos ou comprados pelos próprios facilitadores devido má qualidade dos disponíveis nos serviços	Recurso financeiro	Articulação intersetorial para fornecimento de material	Intersetorialidade
Dificuldade de conseguir sala para ficar com as crianças menores de 10 anos	Infraestrutura	Estratégia das articuladoras de juntar todo o material necessário para a implementação de diferentes secretarias e distribuir	Planejamento
Dificuldade logística de conseguir TV e DVD	Infraestrutura	Preparação do material previamente à execução	Planejamento
Atraso no início dos grupos devido apoio dos agentes de implementação em campanhas eleitorais	Eleições	Intersetorialidade para conseguir todo o material necessário a implementação	Intersetorialidade
Elevado custo do lanche para o município arcar	Recurso financeiro	Preparação previa do material necessário para implementação pela equipe responsável pela organização	Planejamento
Incompatibilidade do horário dos encontros proposto pelos profissionais para as famílias	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros	Atuação das coordenadoras das escolas como apoiadoras/organizadoras	Adesão dos profissionais
Não organização do material previamente à execução	Planejamento	Solicitar auxílio da rede intersetorial para implementação do programa	Intersetorialidade
Não existência de todos os materiais necessários para implementação em uma só secretaria	Infraestrutura	Entrega dos kits com materiais semi-prontos	Planejamento
Pouca quantidade de material disponível dificultando o aumento do alcance do programa	Infraestrutura		

Qualidade ruim do lanche reduzindo atratividade do programa	Recurso financeiro
Dificuldade de definir entre as secretarias quem são os responsáveis pelos materiais e lanche	Gestão municipal
Dificuldade em sincronizar horário dos encontros de forma viável para profissionais e famílias	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros
Distância entre salas de aplicação do PFF (famílias e jovens)	Infraestrutura
Não climatização da sala dos jovens	Infraestrutura
Infraestrutura inadequada para realização dos encontros	Infraestrutura
Dificuldade em encontrar um serviço que seja acessível às famílias e ao mesmo tempo tenha Infraestrutura	Infraestrutura
Disponibilidade de horário dos profissionais para implementação do programa	Compatibilidade de horário das famílias com os encontros
Escassez de recursos materiais do território para implementação	Infraestrutura
Baixa disponibilidade de recurso materiais devido a desvios de verba	Corrupção

### Barreiras na organização das sessões

Problemas com a infraestrutura representam o principal obstáculo da etapa de organização do espaço físico, horário dos grupos e materiais, assim como pode ser observado na Figura 19. Dificuldades comumente enfrentadas foram: infraestrutura nas salas e recursos materiais do território incompatíveis com o solicitado pelo PFF; indisponibilidade de recursos tecnológicos (DVD, TV, telefone), com ênfase para a 5ª e a 6ª sessão (quando são necessários dois DVD's e duas TV's); necessidade de espaço para crianças menores de 10 anos; indisponibilidade de salas para implementação, exigido paralização de outras atividades do serviço para execução. Com relação ao último levantamento, vale ressaltar que a indisponibilidade de salas não se refere a inexistência de salas, mas sim que, o CRAS possuía a quantidade de salas e as condições necessárias de infraestrutura para a implementação, entretanto, eram necessárias reorganizações ou cancelamento de atividades cotidianas para viabilizar o Programa.

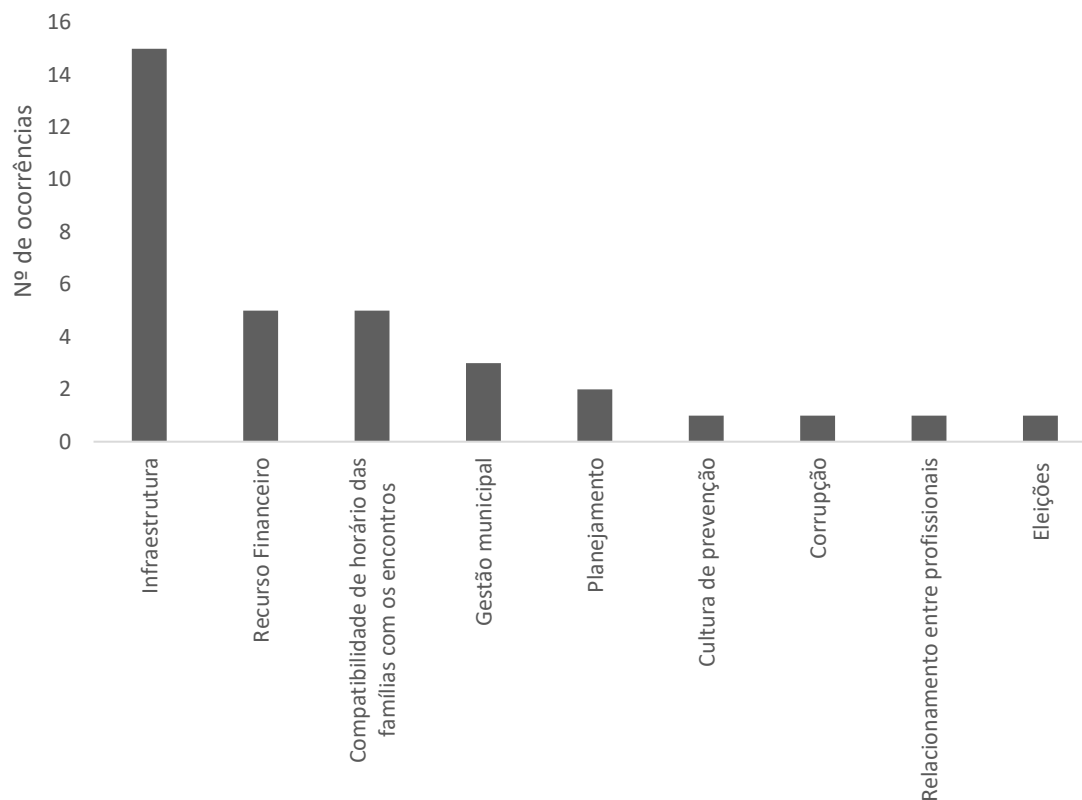
As falas das entrevistadas consideraram principalmente aspectos sobre insuficiência do recurso financeiro disponibilizado para implementação. Enfatizaram nos cortes de verbas para compra do lanche e nas dificuldades em arcar com o custo de uma alimentação de qualidade e

abordaram também na distância do local de implementação devido precariedade (financeira e de infraestrutura) dos outros equipamentos escolhidos pela. O recurso financeiro, assim como a infraestrutura, foi percebido em sua grande maioria como barreira, havendo apenas um relato como facilitador, o qual refere-se à existência prévia no orçamento de gastos de lanches, necessário para a implementação do programa. Dificuldades com a organização das sessões foram exemplificadas no relato a seguir.

*Mas foi complicado quando a gente não teve, por exemplo, uma contrapartida com o lanche. (...) os facilitadores teriam que passar o dia inteiro, a saúde não tinha como colocar isso aí, a educação disse que não tinha como colocar isso aí, a assistência estava com um... um pregão ainda pendente, e não pôde conseguir para a gente, né? Então... é... ficou assim, de cada um ir, passava a manhã e saía do nosso bolso um pequeno lanchinho singelo para de manhã e para de tarde.*

Uma estratégia que parece convergir com os elementos socioculturais e dificultar a implementação é a compatibilidade de horário das famílias com os encontros. Segundo as entrevistadas, as famílias possuem um perfil de empregos informais, sem carteira assinada e que variam de acordo com a demanda, como diaristas, babás e vendedoras autônomas, o que dificulta o engajamento durante 7 semanas. As famílias possuíam preferência por horários ao fim da tarde, e esse horário o serviço costumava estar encerrando suas atividades, dificultando a compatibilidade entre profissionais e famílias. A dificuldade em encontrar compatibilidade de horários fica evidente em:

*(...) horários dos trabalhadores que seja compatível para fazer o programa e acompanhar as famílias e que não haja sobrecarga dos profissionais, isso sempre foi uma dificuldade muito grande e continua sendo uma barreira.*



*Figura 19.* Barreiras na fase de organização do espaço físico, horário dos grupos e material

### **Facilitadores na organização das sessões**

O planejamento foi a estratégia mais facilitadora na fase de organização (Figura 20). Os relatos indicam que, quando bem realizado, o planejamento favoreceu a entrega do programa, pois os profissionais relataram sentir-se mais preparados para manejo das atividades e tranquilidade quanto a existência de material necessário à implementação. A intersetorialidade também foi compreendida como facilitadora nesta fase. Relaciona-se fortemente a existência prévia de uma boa articulação entre as redes intersetoriais, à qualidade comunicacional entre profissionais e à adesão destes na implementação Programa.

A adesão dos profissionais, a eficiência na gestão municipal, a qualidade no relacionamento entre os profissionais e a existência de uma infraestrutura funcional, auxiliou o processo de implementação do PFF. A demanda por qualidade na infraestrutura foi mais comum a partir da etapa de mobilização e, na maioria dos relatos, diz respeito a existência prévia de infraestrutura adequada no local de execução do PFF, como por exemplo o CRAS, e

disponibilidade de transporte para solucionar demandas necessárias à implementação, como transporte do lanche, deslocamento dos profissionais para o local de execução e busca ativa das famílias em suas casas para convidá-las a participar do Programa. O relato abaixo demonstra o quão positivo foi o engajamento dos profissionais para a solução de problemas durante o planejamento do Programa.

*O principal acho que foi o engajamento da equipe, nunca tivemos falta, nunca tivemos atraso de nenhum integrante, isso foi o principal e tudo que se era conversado, se identificássemos um problema, a gente conversava e se resolvia.*

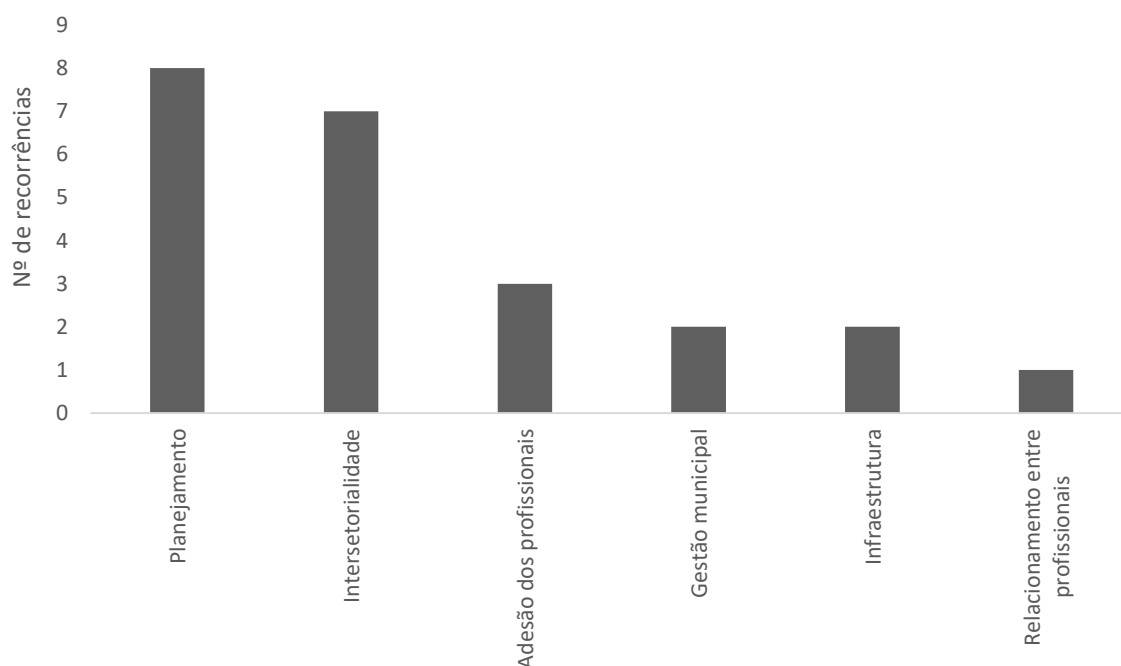


Figura 20. Facilitadores na fase organização do espaço físico, horário dos grupos e material

### Execução do PFF

A execução do PFF refere-se à implementação dos sete encontros com os responsáveis, jovens e famílias, além do planejamento semanal das sessões e da realização de monitoramentos para correção de eventuais problemas na implementação. As barreiras e facilitadores que envolvem esta etapa estão retratadas na Tabela 13.

Tabela 13. *Barreiras e facilitadores na etapa de execução do Programa Famílias Fortes*

Barreira	Tema	Facilitador	Tema
Operacionalizar o PFF na rotina de trabalho do CRAS	Gestão municipal	O programa alcançar as famílias transmitindo a mensagem que deseja, mesmo com DVD's descontextualizados	Percepção de efeitos do programa
O programa propõe recursos humanos e materiais mais exigentes do que o CRAS dispõe	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Engajamento dos facilitadores	Adesão dos profissionais
Compreensão do PFF como sobrecarga devido a reduzida disponibilidade de recursos humanos	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Suporte e engajamento da equipe permitindo entrega do programa mesmo com desfalque de facilitadores	Adesão dos profissionais
Falta de recursos do CRAS impactando na implementação do PFF e a consequente implementação do programa impactando nos recursos do CRAS	Recurso financeiro	Disponibilidade de transporte para monitoramento em municípios de zona rural	Infraestrutura
Necessidade de interrupção das atividades de rotina do CRAS para implementação do PFF	Gestão municipal	Disponibilidade dos facilitadores para circular em diferentes grupos	Gestão municipal
Redução da carga horária de planejamento semanal dos encontros, dificultando o manejo das atividades no momento da implementação	Planejamento	Planejamento semanal prévio de cada encontro	Planejamento
Necessidade de oferecer pessoas para cuidar das crianças menores.	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Executar o programa no próprio equipamento dos facilitadores, facilitando logística de execução	Escolha do equipamento
Corte nos recursos financeiros e de pessoal	Recurso financeiro	O local de implementação ser acessível às famílias, sem a necessidade de transporte	Escolha do equipamento
Indisponibilidade de tempo dos facilitadores, dentro da carga horária, para dedicar ao planejamento dos encontros do PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Existência de transporte para deslocamento de lanche e material	Infraestrutura
Dificuldade de encontrar horário em comum entre facilitadores de diferentes serviços	Intersetorialidade	Interação harmoniosa entre facilitadores permitindo fluidez na implementação	Relacionamento entre profissionais
Analfabetismo de membros das famílias	Escolha das famílias	Previsão de oferta de lanche no serviço	Recurso financeiro
Falta de comunicação com local de realização dos encontros	Relacionamento entre profissionais	Facilitadores e multiplicadores participarem juntos do monitoramento com o formador federal	Gestão municipal
Dificuldade de conciliação entre as atividades de trabalho diário e atividades do PFF	Gestão municipal	Experiência com a execução do primeiro encontro trazendo fluidez para os próximos	Cultura de prevenção
Não existência de previsão no orçamento para a execução do programa	Gestão municipal	Comprometimento de formador, multiplicador e articulador na implementação	Adesão dos profissionais
O território trazer demandas que requerem replanejamento, mesmo após os facilitadores terem passado pela formação	Metodologia de formação de facilitador	Material vir pronto facilitando a utilização	Supervisão federal
Não participação dos multiplicadores da execução do programa, dificultando monitoramento	Gestão municipal	Abordar a temática das drogas de modo indireto no programa, aumentando adesão das famílias	Estratégias de manutenção das famílias
Falta de recursos financeiros para a implementação do programa, mesmo com receptividade por parte dos gestores	Recurso financeiro	Realização de grupos à noite	Compatibilidade de horário das famílias beneficiadas
Dificuldade em abordar a temática das drogas	Cultura de prevenção	Envolvimento das famílias com o programa	Percepção de efeitos do programa
Infraestrutura de salas e recursos materiais do território incompatível com o solicitado pelo PFF	Infraestrutura	Engajamento das famílias ao PFF	Percepção de efeitos do programa
Distância entre o local no qual é implementado o PFF dos outros serviços dificultando deslocamento dos profissionais	Escolha do equipamento	Organização da equipe no planejamento do programa	Planejamento
A implementação do PFF requerer uma infraestrutura que atrapalha a dinâmica do serviço	Infraestrutura	Equipe de implementação engajada com a execução do PFF	Adesão dos profissionais
Não liberação dos profissionais para planejamento dos encontros	Gestão municipal	Equipe habituada com a comunidade	Relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade



Falhas nos recursos tecnológicos no momento da execução do programa	Infraestrutura	Percepção dos efeitos do programa nas famílias elevando o engajamento da equipe de implementação	Percepção de efeitos do programa
O lanche ser fraco	Recurso financeiro	Vínculo da comunidade com o CRAS	Relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade
Local da intervenção quente e barulhento	Infraestrutura	Engajar-se na execução do programa para além da teoria estudada	Adesão dos profissionais
Programa é cansativo para quem executa, exigindo muito tempo de planejamento	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Colocar um facilitador acompanhando famílias com dificuldade de leitura e escrita	Estratégias de manutenção das famílias
Planejamento do programa foi prejudicado devido sobrecarga dos profissionais com as atividades do serviço somadas as do PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Trabalho em equipe dos profissionais para superar barreiras em relação ao planejamento e outras atividades de cada um	Relacionamento entre profissionais
Planejamento de 2 horas semanais previsto na implementação é insuficiente para a boa execução	Planejamento	Multiplicadores atuem juntamente com facilitadores na implementação do programa	Gestão municipal
Dificuldade de manejo do cronometro nos primeiros encontros	Metodologia de formação de facilitador	Percepção por parte dos multiplicadores dos efeitos do programa nas famílias	Percepção de efeitos do programa
Falta de psicólogo na equipe de execução do programa (baixo recursos humanos)	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Realizar monitoramento federal com facilitadores e multiplicadores juntos	Supervisão federal
Vulnerabilidade social das famílias	Escolha das famílias	Execução intersetorial do PFF, distribuindo carga de trabalho exigida na implementação	Intersetorialidade
Baixo nível de leitura, escrita e compreensão por parte das famílias exigindo mais habilidades de manejo de grupo pelo facilitador	Escolha das famílias	Funções bem definidas e trabalho contínuo nas atividades	Condições de trabalho dos agentes da implementação
Indisponibilidade de carga horária para dedicar ao PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Cultivar o vínculo com famílias participantes reduzindo a desistência	Gestão municipal
Multiplicador não participar da intervenção, dificultando compreensão das dificuldades dos facilitadores	Gestão municipal	Lanche como fator que contribui para a adesão das famílias no PFF	Estratégias de manutenção das famílias
Pouca preparação dos profissionais em fazer adaptações no momento da execução devido a não vivência de todos os encontros com todas as atividades no período de formação	Metodologia de formação de facilitador	Engajamento da assistência no processo de implementação	Adesão institucional
Não fornecimento de transporte por parte da prefeitura para levar o lanche às famílias	Gestão municipal	Engajamento de profissionais auxiliando a articuladora do programa	Adesão dos profissionais
Famílias terem dificuldade de compreensão fazendo o facilitador ter que parar o DVD muitas vezes para explicar	Escolha das famílias	Percepção dos efeitos do programa como motivador para continuidade das atividades.	Percepção de efeitos do programa
Os facilitadores de diferentes serviços trabalhavam em turnos distintos, acarretando na incompatibilidade de horários para planejamentos dos encontros	Intersetorialidade	Apoio do governo federal e das diversas instâncias envolvidas na implementação do programa.	Sensibilização dos gestores
Falta de recurso de telefone para entrar em contato com as famílias para lembrá-las dos encontros	Infraestrutura	Gestão do programa planejada por três profissionais do mesmo serviço, facilitando comunicação	Relacionamento entre profissionais
Dificuldade dos facilitadores em realizar manejo de grupo durante atividade do programa	Metodologia de formação de facilitador	Existência de reunião de planejamento após o fim dos 7 encontros para orientar quanto ao acompanhamento das famílias	Suporte e monitoramento federal na implementação
Não utilização do momento de planejamento como uma ferramenta para elencar dificuldades e melhorar o manejo de grupo	Planejamento	Coesão entre os membros facilitadores do PFF	Relacionamento entre profissionais
Dificuldades no processo de implementação devido greve	Peculiaridades locais	Percepção de desenvolvimento dos vínculos familiares	Percepção de efeitos do programa
Feriados dificultaram manutenção do cronograma dos encontros	Peculiaridades locais	Acontecimento de reuniões semanais de planejamento dos encontros	Planejamento
PFF gerando sobrecarga de trabalho no devido dificuldade com intersetorialidade	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Reuniões de monitoramento realizada pelos formadores federais com os implementadores de modo frequente	Suporte e monitoramento federal na implementação

Acumulo de funções na execução do programa	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Acompanhamento semanal da frequência das famílias aos encontros por parte do formador federal	Suporte e monitoramento federal na implementação
Contexto político instável, sem recursos, dificultando a realização dos encontros de acompanhamento	Recurso financeiro	Os encontros de monitoramento da equipe federal para auxiliar em dúvidas cotidianas da implementação do programa	Suporte e monitoramento federal na implementação
Precariedade na infraestrutura dificultando a realização dos encontros de acompanhamento	Infraestrutura	Percepção dos profissionais dos efeitos do programa	Percepção de efeitos do programa
Sobrecarga de trabalho nos serviços dificultando implementação do PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação	Atuação da formadora federal como facilitadora, fornecendo maior segurança para a equipe	Supervisão federal
A ausência da formadora no território, dificultando o monitoramento e a consequente continuidade de um grupo	Suporte e monitoramento federal na implementação		
Desistência de uma facilitadora, sobrecarregando o único facilitador do grupo de jovens	Adesão dos profissionais		
Baixo engajamento de profissionais gerando acumulo de função na execução e a consequente sobrecarga de trabalho	Adesão dos profissionais		
Baixo engajamento do CRAS na organização e execução do programa	Adesão institucional		
Falta de tempo, dentro da carga horária de trabalho, para dedicar ao planejamento do PFF	Condições de trabalho dos agentes da implementação		
Multiplicadora precisar se envolver com a execução do PFF de última hora devido baixo engajamento de outros facilitadores	Adesão dos profissionais		
Incompreensão de algumas atividades do programa aumentando o tempo de execução destas	Metodologia de formação de facilitador		
Atraso na implementação devido falta de planejamento	Planejamento		
Dificuldade dos profissionais em compreenderem a implementação do PFF como uma ferramenta e não como um trabalho a mais	Sensibilização dos agentes de implementação		
Redução de profissionais habilitados para implementação devido greve	Peculiaridades locais		
Perfil dos participantes ser de baixo nível de escolarização	Escolha das famílias		
Cronometragem dos encontros incomodando os participantes que não conseguem escrever rapidamente	Escolha das famílias		
Dificuldade em conciliar tempo de disponibilidade em comum entre os serviços que estão planejando a execução	Intersetorialidade		
Necessidade de reorganização do serviço para disponibilizar os profissionais para implementação do PFF	Gestão municipal		
Sobrecarga de atividades no trabalho	Condições de trabalho dos agentes da implementação		
Falta de experiência com a implementação do programa	Cultura de prevenção		
Dificuldade no acompanhamento semanal das famílias	Gestão municipal		
Dificuldade de comunicação entre profissionais e formador federal para monitoramento dos encontros	Relacionamento entre profissionais		
Dificuldade no manejo dos encontros com metodologia nova	Cultura de prevenção		
Não vivência de todas as atividades na formação, gerando dúvidas na implementação	Metodologia de formação de facilitador		
Dificuldade de manejo do grupo de jovens devido formação incompleta	Metodologia de formação de facilitador		

## Barreiras na execução do PFF

Segundo os relatos das gestoras, dificuldades enfrentadas nas fases iniciais alcançaram a etapa final do Programa e possuem influência em sua entrega. A gestão municipal, (preponderante nas fases de adoção e articulação), as condições de trabalho dos profissionais (recorrente na fase de mobilização) e a metodologia de formação (abundante na etapa de formação) foram as principais barreiras na execução do PFF. Isto pode ser percebido no relato a seguir.

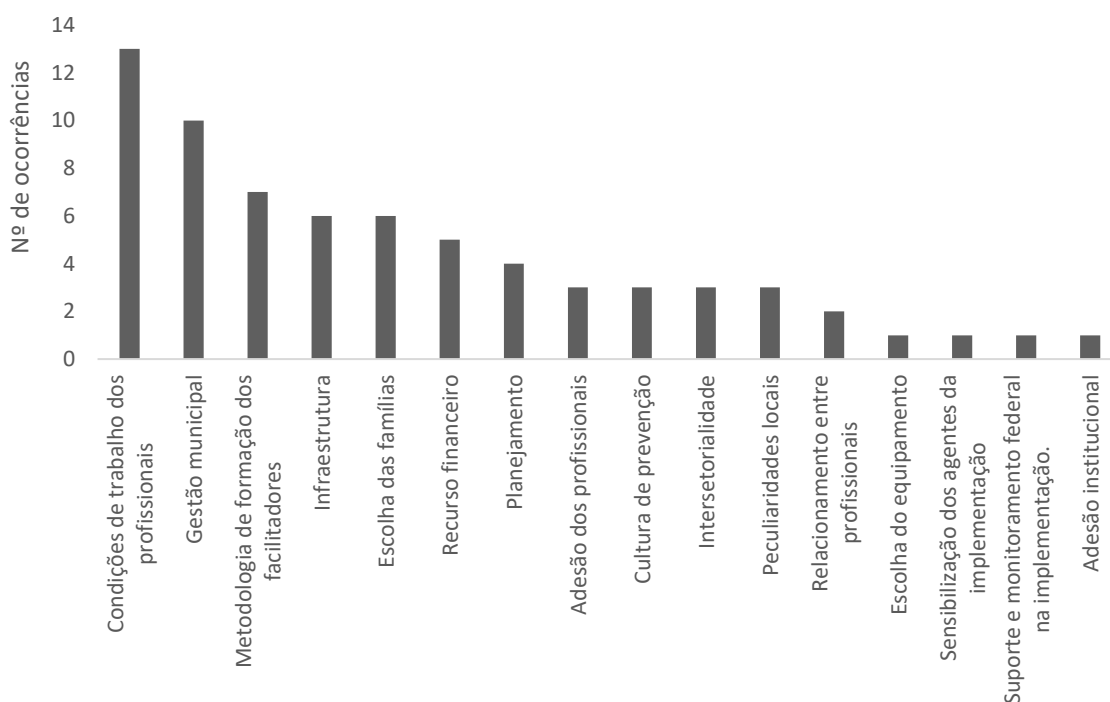
*Foi um grupo de profissionais que se capacitou, né. E foram poucos, foram três coordenadores para entender o que era o programa, para poder facilitar a execução do programa nos seus espaços, mas, na prática, eles não atuaram como facilitadores. Porque a carga de trabalho delas também dificulta bastante. Então, é muito complicado um coordenador pedagógico se ausentar das suas atividades cotidianas para atuar como facilitador... Foi complicado. Nenhuma das coordenadoras se viu na condição de poder facilitar, todas colocaram que era impossível para elas.*

Também reflete nessa fase a precariedade da infraestrutura local, a baixa disponibilidade de recurso financeiro e características da comunidade acolhida pelo serviço, como baixo nível escolar, dificultando escolha e engajamento das famílias. As gestoras relatam que houve dificuldade em realizar o planejamento semanal das sessões, uma vez que esta atividade envolve aspectos de disponibilidade de transporte para os facilitadores (infraestrutura), liberação dos profissionais para esta atividade (adesão e sensibilização dos agentes da gestão), existência prévia no território de boa comunicação entre as redes e entre profissionais (relacionamento entre profissionais e intersetorialidade). Abaixo, o relato sintetiza algumas destas barreiras.

*Ser muito, por exemplo na Coroa, de um setor só (não intersetorial). Também por um cansaço muito grande daquela equipe em relação ao programa, né. Então, isso não é*

*bom, o programa é muito pesado para o serviço. Daí esse ano foi uma busca grande pegar a saúde e construir isso junto com a assistência lá naquele território, por que ficou muito pesado mesmo. E não é fácil, porque a maioria das secretarias não tem material. A gente conseguiu material juntando todas as secretarias.*

Por fim, elencam com menor frequência barreiras decorrentes da inexistência de uma cultura de prevenção, de greves locais, de erros ou dificuldades na escolha do serviço que de fato realiza a intervenção, facilitadores pouco sensibilizados ao Programa, suporte pequeno ou ineficaz por parte dos formadores federais e baixo engajamento dos setores educacional e saúde, sobrecarregando o serviço da assistência social (Figura 21).



*Figura 21.* Barreiras na fase de execução do PFF

### **Facilitadores na execução do PFF**

A percepção de efeitos nas famílias foi outra estratégia compreendida somente como facilitadora no engajamento dos profissionais (Figura 22). Isso significa que quanto mais as famílias demonstravam efeitos positivos do programa ou relatavam sobre eles, mais os

profissionais se envolviam com a execução do programa, desempenhando um papel cada vez mais comprometido com estas. O relato abaixo exemplifica esse apontamento.

*Eu acho que, falando na minha equipe no caso, o que convenceu no decorrer dos encontros foi realmente o que as famílias estavam trazendo para nós enquanto resultado, fortalecimentos dos vínculos deles mesmo, e a gente viu claramente que pouco a pouco foi acontecendo. Nos encontros a gente escutava uma fala aqui outra ali e a gente viu que realmente para o grupo estava fazendo efeito. Então isso foi convencendo a gente, eu falo até por mim mesma que estava muito resistente ao sair daqui da última reunião, eu saí do primeiro encontro não muito satisfeita pensando que não ia ser legal que estava sendo empurrada a fazer, mas com segundo, terceiro encontro que realmente a gente foi escutando das famílias, a gente começou a se empolgar.*

Apesar de haver relato sobre o baixo suporte do formador federal, houve maior frequência de relatos afirmando sua existência e os benefícios decorrentes dessa ação, o que reflete a importância no esclarecimento semanal de dúvidas que surgiam no período de execução do programa. Além disso, a existência prévia no território de gestores de alto escalão e instituições governamentais que compreendem políticas preventivas como prioridade facilitou a implementação do Programa, sendo mais frequente na fase inicial de adoção e na execução do programa. Quando houve receptividade do programa ainda na fase de negociação, as etapas seguintes foram facilitadas pela maior sensibilização dos gestores, acarretando em uma melhor comunicação entre estes e os profissionais e reduzindo entraves quanto a liberação dos agentes de implementação. Além disso, a experiência prévia com o Programa Famílias Fortes em outros ciclos de implementação ou outros programas preventivos também facilitaram a adesão dos profissionais ao Programa (Figura 22). A atuação conjunta dos profissionais foi

apontada como essencial após a aquisição de experiências com o Programa em anos anteriores, assim como descrito abaixo.

*Esse ano já sinalizamos que precisamos da parceria da assistência e educação, para o fornecimento desses lanches. Então que as três secretarias estejam de fato envolvidas e que a gente consiga garantir esses lanches para os encontros com as famílias, que é o fator primordial.*

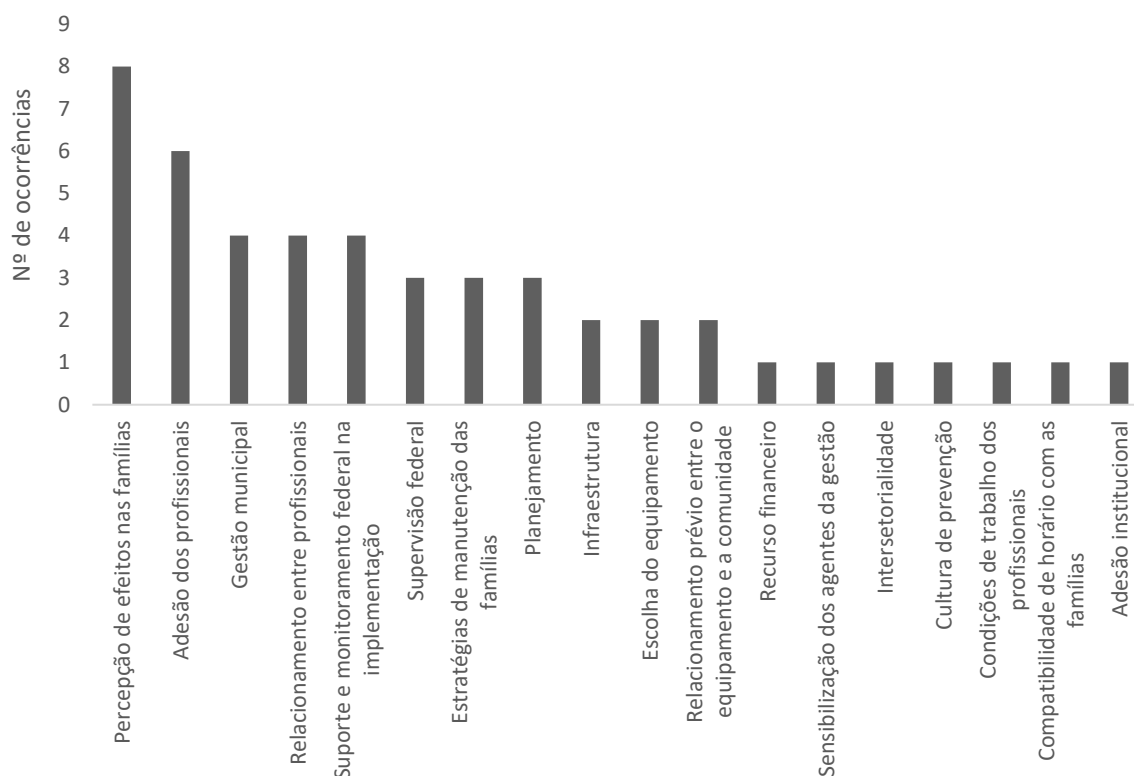


Figura 22. Facilitadores na fase execução do PFF

### Dados totais de barreiras e facilitadores ao longo do programa

A Figura 23 considera as dimensões CICI (Contexto e Implementação de Intervenções Complexas) para indicar o somatório de todos os temas (ver Tabela 4). Analisando os dois gráficos em conjunto, é possível elencar alguns aspectos importantes na implementação do PFF em cada um dos elementos de contexto e de processo. Os dados apresentados na Figura 24 representam o número de vezes que cada tema foi citado durante toda a implementação do PFF.

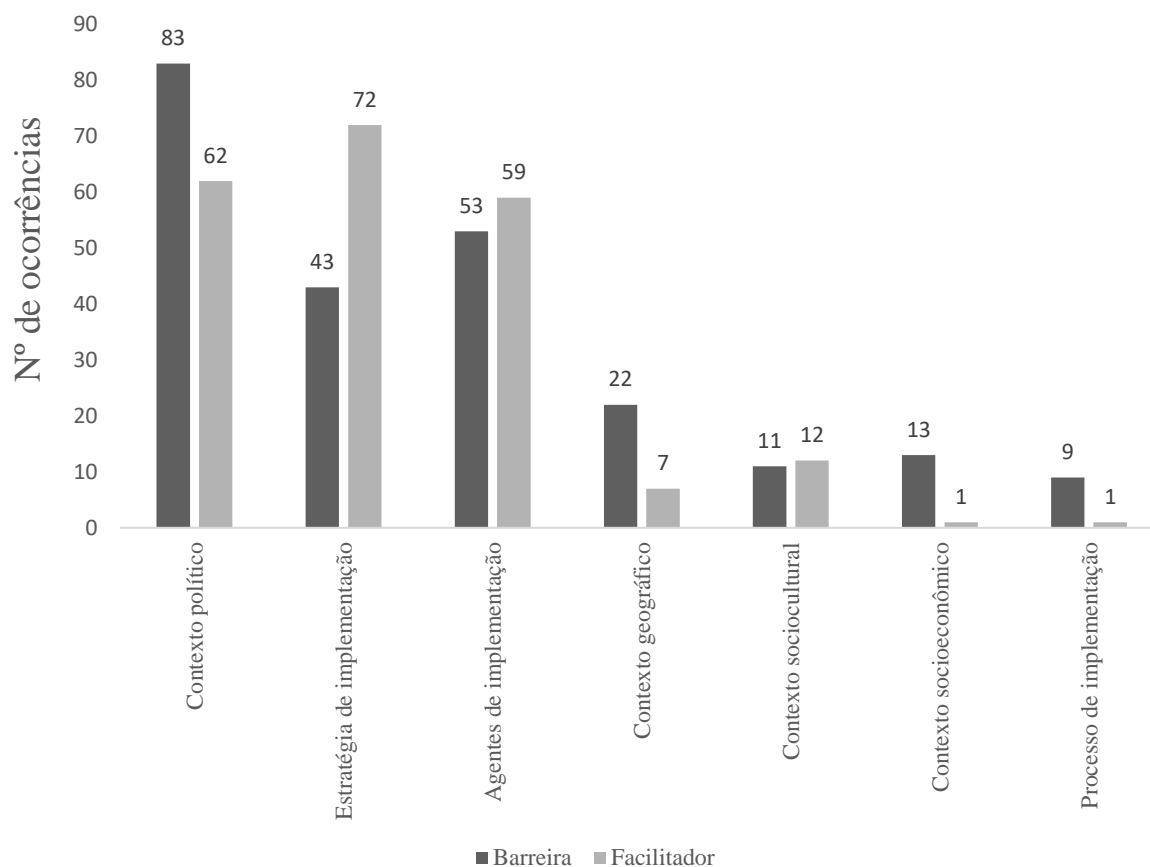


Figura 23. Dados totais de barreiras e facilitadores ao longo do programa – CICI

### Contexto Político

Segundo Pfadenhauer (2017), o contexto político abarca muitos elementos do PFF, desde gerenciamento de poder, recursos e interesses (gestão municipal, fluxo hierárquico na sensibilização, gestão federal, eleições), interações entre organizações (intersectorialidade), recursos humanos (condições de trabalho dos agentes de implementação), acessibilidade ao serviço (relacionamento prévio entre o equipamento e a comunidade) e liderança e governança (ruptura institucional, corrupção). Neste sentido, muitos dos temas abordados por esta pesquisa permeiam o contexto político proposto pela autora.

O *contexto político* é a barreira mais dominante no processo de implementação do Programa Famílias Fortes com 35% de ocorrência nos relatos sobre barreiras. Ele se destaca em pelo menos 5 etapas: negociação, articulação, mobilização, formação e execução do Programa. Entretanto, vale ressaltar que o contexto político também possuiu incidência como

facilitador com 28% de recorrência entre as falas, atrás apenas das estratégias e dos agentes de implementação. Juntos, barreiras e facilitadores do contexto político equivalem a 31,7% dos registros, representando o maior número de registros elencados.

### **Estratégias de implementação**

As *estratégias de implementação* compreendem vários temas que buscam operacionalizar o PFF no território, ou seja, elenca estratégias que funcionaram e não funcionaram no processo de implementação. Como pode ser visto na Figura 21, as estratégias de implementação representam o elemento que mais auxiliou o processo de implementação do programa, com 34% de frequência entre os aspectos facilitadores. Perpassa por todas as etapas da teoria da ação e, em sua maioria, foram estratégias utilizadas pelos agentes de implementação para reduzir barreiras. As metodologias utilizadas na formação do facilitador e as estratégias de planejamento foram as mais frequentes.

Por outro lado, algumas estratégias dificultaram ou simplesmente não auxiliam a implementação e estão representadas com 18% de recorrência entre as barreiras. Juntas são responsáveis por 25,9% das falas, possuindo a segunda maior representatividade na implementação, atrás apenas do contexto político.

### **Agentes de implementação**

A categoria *agentes de implementação* possui a terceira maior frequência, com 25,4% dos registros. Diferentemente do contexto político e similar as estratégias, mais ajudaram do que dificultaram a implementação e relacionam-se principalmente ao engajamento de gestores e profissionais com a implementação do PFF.

### **Contexto Geográfico**

O *contexto geográfico* abordado por Pfadenhauer (2017) abrange mais elementos do que infraestrutura local, como definido no tema, entretanto, no que se refere a implementação do PFF no Nordeste, o único elemento do contexto geográfico que foi representado com devido



destaque foi infraestrutura do equipamento. Se somados, barreiras e facilitadores da implementação, o percentual de recorrência foi em 6,5% dos registros.

### **Contexto Sociocultural**

O *contexto sociocultural*, assim como o geográfico, abrange outros elementos além da cultura de prevenção. Foi possível identificar elementos da cultura de prevenção no contexto político, nas estratégias e nos agentes de implementação, entretanto, vale ressaltar que os temas buscaram indicar a essência do conteúdo, e, portanto, foram categorizados conforme a principal ideia a ser transmitida. Isso significa que, apesar do contexto sociocultural ser recorrente em apenas 5,1% das falas, está albergando outros elementos aqui descritos.

### **Contexto Socioeconômico**

Segundo os dados levantados, os recursos financeiros foram em sua maioria barreiras e correspondem ao *contexto socioeconômico* das dimensões CICI com recorrência de 3,1% de nas falas.

### **Processo de implementação**

Na categoria *processo de implementação* destacam-se as peculiaridades locais, ou, em outras palavras, greves, festividades e feriados municipais. Retratam principalmente consequências de greves municipais na implementação, como: desengajamento dos profissionais com novas atividades; menor número de profissionais disponíveis para aplicação e feriados no meio da implementação, dificultando a manutenção do cronograma das sessões. O processo de implementação possui recorrência em apenas 2% das categorias.

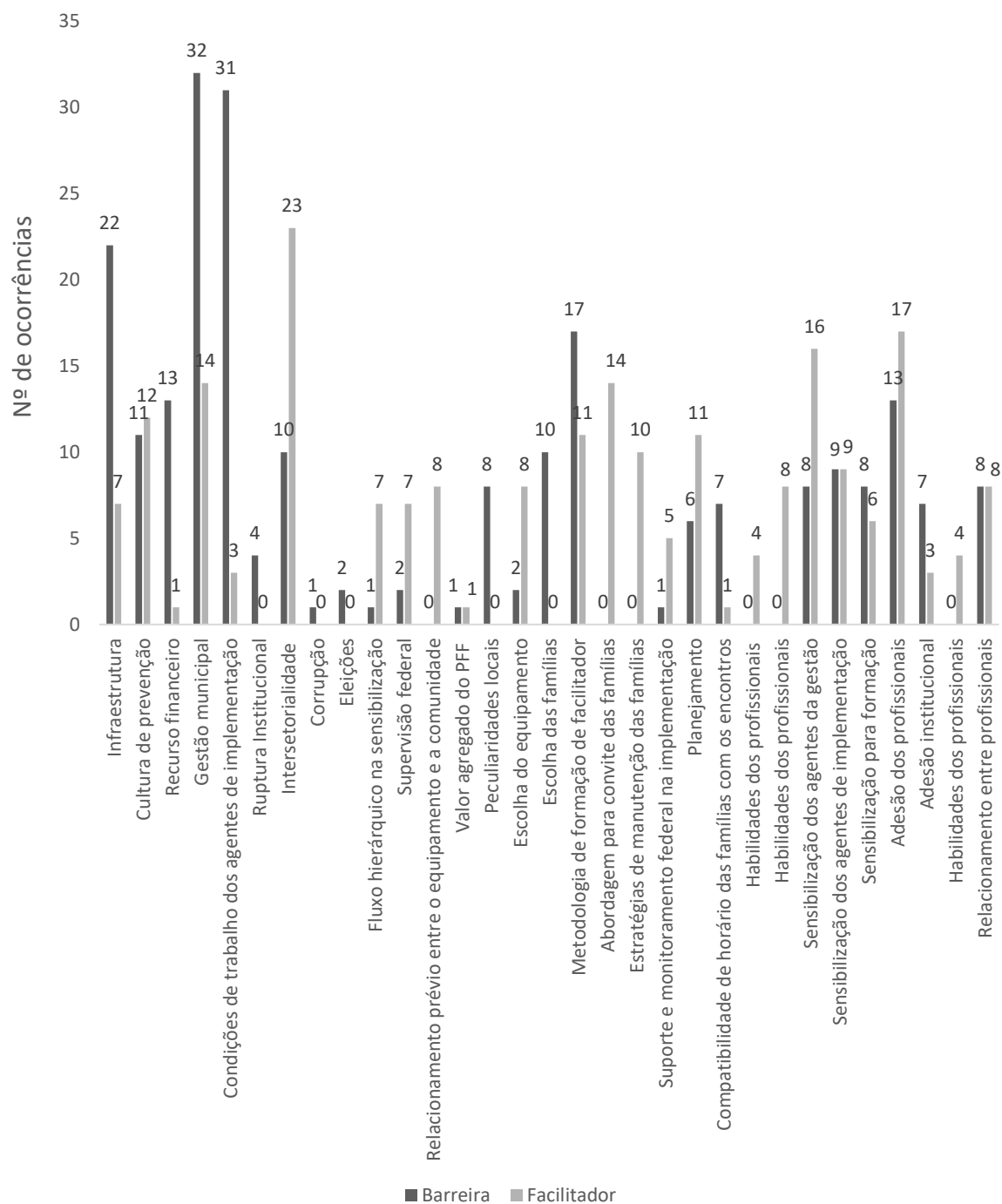


Figura 24. Barreiras e facilitadores ao longo do programa – Temas

Por fim, são apresentados os desfechos ocorridos na implementação do PFF. É possível comparar desfechos ocorridos (Tabela 14) com os esperados (Tabela 5), em cada fase da Teoria da Ação.

Tabela 14. *Desfechos ocorridos na implementação do PFF no Brasil*

Etapa da Teoria da Ação	Desfechos ocorridos
Negociação entre governo local e federal para vinda dos programas preventivos	Ocorreu adoção teórica e política aos programas com indicação do articulador municipal. A pactuação técnica-operacional ocorreu de modo parcial uma vez que houve entraves com sensibilização dos gestores e a consequente não solução de questões quanto ao processo de implementação do PFF. A adoção intersetorial também foi parcial. Houve interesse inicial das três secretarias, porém com engajamentos desiguais e grande número de desistências a posteriori.
Articulação local	Em três estados houve contratação de Formador Federal e capacitação destes em tempo hábil, em um estado a contratação e a capacitação ocorreu de modo tardio. A integração do formador federal com a equipe local ocorreu de modo harmônico. Ressalta-se importância sobre o conhecimento territorial para contratação. Em sua maioria, a operacionalização inicial da implementação e a elaboração de uma agenda de formação de facilitadores e multiplicadores do programa foi bem-sucedida. Houve impactos negativos quando a escolha do equipamento foi baseada apenas na infraestrutura local, sem considerar perfil das famílias, disponibilidade dos facilitadores e engajamento destes ou quando o município acelerou o início dos grupos.
Mobilização dos serviços	Adoção do PFF ocorreu majoritariamente pela secretaria de assistência social. As condições de trabalho dos profissionais (instabilidade no cargo, sobrecarga de trabalho, equipe reduzida), dificultaram esta etapa. Registra-se importância da sensibilização dos profissionais antes de participarem da formação da equipe (fornecendo mais informações e suporte aos facilitadores). Articuladores municipais engajados foram propulsores nesta etapa.
Formação da equipe	O tempo reduzido da formação e as condições de trabalho dos profissionais dificultaram a compreensão na íntegra de todas as atividades do PFF, gerando dúvidas no momento da execução. Pelos mesmos motivos, houve fragilidade na capacitação de gestores e profissionais locais a respeito do paradigma da política nacional sobre drogas e sobre prevenção.
Divulgação do PFF, convite e seleção das famílias	Profissionais pouco sensibilizados apresentaram dificuldades quanto a divulgação do programa para o público alvo adequado. Surgiram grupos menores que o proposto pelo programa.
Organização do espaço físico, horário dos grupos e material	Infraestrutura local com baixa disponibilidade de salas para realização dos grupos, exigindo reorganização interna quanto aos horários de trabalho e dos encontros. Baixo recurso financeiro para compra de material, de recursos tecnológicos e de lanche de qualidade. Eficiência no planejamento prévio dos procedimentos necessários à implementação e boa aplicação da intersetorialidade.
Execução do PFF	A realização dos 7 encontros com os responsáveis, jovens e famílias demonstrou-se motivador para os profissionais. Elevada exigência de planejamento semanal das sessões. Realização de monitoramentos para correção de problemas na implementação fluiu quando realizado com facilitadores e multiplicadores em conjunto.

## Discussão

Este trabalho apresentou a perspectiva de 26 gestoras sobre barreiras e facilitadores para implementação do PFF. Buscou-se examinar fatores contextuais que atuaram como barreiras ou facilitadores nas etapas de: adoção da política de prevenção no território; articulação local;

formação da equipe; mobilização dos serviços; divulgação do programa, convite e seleção das famílias; organização das sessões e na execução do Programa Famílias Fortes. A partir da análise dos dados, também foram apresentados os desfechos ocorridos em cada uma dessas etapas. Os relatos indicam que existiram mais empecilhos para a implementação do que elementos facilitadores. Após análise dos dados, foi possível concluir que *estratégias de implementação* eficazes, utilizadas pelos *agentes gestores* e *agentes implementadores* permitiram a superação de barreiras, principalmente daquelas compreendidas como *contexto político* (ver Figura 21 e 22).

Os dados indicam que Programa Famílias Fortes apresentou fluidez no processo de implementação quando (i) houve engajamento da gestão e dos profissionais desde à etapa de adoção do programa até sua entrega e, (ii) o município, mesmo em situação de alta vulnerabilidade, organizou-se previamente para receber o programa. Por organização, neste caso, compreende-se o oferecimento de infraestrutura adequada, de capacidade de planejamento elevada e de articulação intersetorial eficaz. Essa organização foi mais descomplicada nos territórios que já haviam implementado previamente políticas de cunho preventivo, como o próprio PFF, ou quando os profissionais e os gestores optaram por incorporar os ideais da ciência da prevenção e da ciência baseada em evidências.

Foi possível constatar que o contexto político, as estratégias de implementação e os agentes de implementação possuem repercussão substancial na implementação do PFF. Por outro lado, o contexto geográfico, contexto sociocultural, contexto socioeconômico e aspectos do processo de implementação possuem menor influência na implementação do programa. Contudo, é importante ressaltar que essas categorias não são estáticas e excludentes (ver Figura 3). Diante dessa observação, podemos apontar, com ressalvas, que (i) a infraestrutura precária e os recursos financeiros escassos não foram destaques entre os desafios na implementação do Programa em um contexto de vulnerabilidade, (ii) a cultura de prevenção foi pouco abordada

entre os relatos, o que poderia significar baixa relevância desse elemento ou indicar escassez de uma cultura de prevenção entre os atores envolvidos.

Os achados do presente estudo acerca da relevância da infraestrutura e dos recursos financeiros como aspectos de pouco destaque, podem ser esclarecidos a partir das evidências de uma revisão sistemática que buscou resumir o que 31 avaliações de programas baseados em evidências recomendavam para solucionar questões relativas às políticas públicas no campo da saúde, tanto no quesito infraestrutura, como a nível organizacional (Ubbink, Guyatt, & Vermeulen, 2013). Participaram desse estudo países renda alta, tais como Estados Unidos, Holanda, Canada, Inglaterra, Noruega, entre outros, países de renda média-alta, como Irã, Jordânia e Malásia e também países de renda média-baixa, como Índia e Nigéria. Foi possível constatar algumas barreiras similares entre a implementação do PFF e o contexto internacional: (i) preponderância do impacto do contexto político, que envolve articulação das redes intersetoriais, gerenciamento de pessoas, distribuição de poder e gestão dos recursos financeiros e (ii) a importância da comunicação, do engajamento e da sensibilização de instituições e de agentes gestores e implementadores na execução do programa.

Os desafios quanto a infraestrutura se destacam em países de renda média-baixa (Ubbink et al., 2013). O Brasil, considerado país de renda média-alta (Banco Mundial, 2018) não teve a infraestrutura e os recursos financeiros exercendo um papel primordial na implementação do PFF, aproximando-o de contextos de países com renda per capita elevada, onde os problemas são majoritariamente gerenciais. Esses resultados não indicam que a escassez financeira e as deficiências de infraestrutura devam ser ignoradas, mas permitem concluir que muitos problemas poderiam ser solucionados a partir de outras esferas, como aprimoramento na gestão e no engajamento.

No que concerne ao segundo apontamento, que questiona a importância da existência de uma cultura de prevenção, pode-se afirmar que tanto literatura aponta sua relevância no

alcance de mudanças estruturais (Salminen & Lee, 2014), como os próprios relatos dos participantes indicam, indiretamente, sua importância. As estratégias utilizadas pelas multiplicadoras, articuladoras, muitas vezes gestoras dos equipamentos públicos, caminham no sentido de fomentar uma cultura de prevenção, pois a maioria das iniciativas consideradas facilitadoras para a implementação envolviam melhores informações sobre o programa e sobre prevenção, melhor comunicação entre as redes intersetoriais e maior envolvimento dos gestores e dos colegas com o programa. Além disso, as estratégias positivas foram desenvolvidas a partir da experiência anterior com a implementação do PFF ou a partir do conhecimento prévio sobre prevenção.

O exercício de práticas preventivas no cotidiano de um serviço e o fomento da prevenção caminham juntos (Salminen & Lee, 2014). Quanto mais os serviços buscam exercer atividades ou programas preventivos que reduzam riscos à saúde, mais a prevenção é propagada. Desse modo, é fácil presumir que a simples existência de um programa de prevenção, como o PFF, nos serviços, exerce um papel primordial no estímulo de uma cultura preventiva no serviço público (Manspeaker & Van Lunen, 2011). Entretanto, no contexto brasileiro, isso implicaria em mudanças estruturais de paradigmas, saindo do urgente para o preventivo, principalmente daqueles que ocupam cargos de gestão, pois estes exercem papel primordial na viabilização dos processos necessários a implementação e na potencialização do engajamento da equipe implementadora. Soma-se a isto a importância da educação continuada e permanente para o fortalecimento de uma cultura de prevenção (Medley, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2009).

No que se refere as barreiras, o contexto político possuiu a maior repercussão na implementação, sendo as mais citadas (i) a tomada de decisão da gestão no que concerne ao gerenciamento de pessoas e recursos financeiros e (ii) a existência de uma rede articulada, mesmo antes da entrada do programa no território. O primeiro tópico é coerente com a literatura

internacional (Warren et al., 2016), na qual as decisões da gestão possuem lugar primordial na redução de barreiras e na promoção de estratégias facilitadoras, ainda mais no caso do PFF, uma vez que se trata de um Programa implementado por meio de uma política pública. Essas decisões dizem respeito principalmente as condições de trabalho dos profissionais, que influenciam no engajamento destes e geram consequências negativas na etapa final de entrega do PFF.

No que se refere ao segundo tópico, para as respondentes, a existência de articulação intersetorial nas etapas iniciais do Programa permitiu a distribuição de tarefas entre as secretarias municipais. Isso foi essencial não apenas para adoção do Programa pelo município como um todo, mas também facilitou a seleção das famílias, pois aumentou o alcance da população, uma vez que profissionais de diversos setores estavam envolvidos na seleção. Ademais, o envolvimento de profissionais de diferentes serviços facilitou o planejamento e reduziu sobrecarga de trabalho daqueles que implementaram o programa.

A intersectorialidade também obteve papel destaque enquanto barreira, ainda que em menor proporção se comparada aos discursos referentes aos aspectos facilitadores. Os discursos evidenciam dificuldades quando a operacionalização de ações intersetoriais antes mesmo da chegada do PFF, o que sugere a necessidade de articulação entre assistência, saúde e educação antes da adoção do programa pelo município. Profissionais bem informados e sensibilizados por seus gestores (e pela equipe federal, no caso do PFF) conseguem compreender a necessidade da intersectorialidade e pô-la em prática quando necessário (Warren et al., 2016). Na prática, poderia significar a redução de entraves comuns ao planejamento de programas, melhor distribuição de tarefas e, conseqüentemente, redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais. Contudo, é importante ressaltar que a resolução desses entraves também depende da qualidade da relação e da comunicação entre os profissionais envolvidos

na implementação do Programa, como sugerem os relatos. Portanto, a coesão entre os profissionais tem papel fundamental na qualidade da implementação.

Também pode ser destacado como barreira as condições de trabalho dos profissionais, principalmente nas etapas de formação da equipe e na execução do PFF. A sobrecarga nas atividades já desempenhadas (além do PFF) dificultou a disponibilidade de tempo para deslocamento, para planejamento e execução do Programa. Dados nesta direção foram encontrados por Caruso (2014), ao apontar que a sobrecarga e longas jornadas de trabalho aumentam o risco de desempenho reduzido no trabalho e, além disso, erros relacionados à fadiga podem prejudicar à população atendida. Outro estudo que analisa barreiras e facilitadores na implementação de um programa baseado na comunidade, identificou-se que os profissionais da ponta possuíam maior senso de pertence e engajamento com um programa no qual eles não tinham que dividir seu tempo entre a implementação do programa e outras atividades (McPherson, Kerr, Casey, & Marshall, 2017). A gestão do programa e do município necessitariam trabalhar juntamente para propor soluções nesse quesito.

Segundo os dados, os gestores fornecem informações mais coerentes e consistentes quando estão engajados com a implementação, facilitando a compreensão dos procedimentos e do público alvo a ser alcançado. Barreiras na seleção das famílias ocorreram primordialmente por três motivos: famílias não cumpriam os pré-requisitos do programa, como capacidade de leitura/escrita, baixa compreensão do público-alvo por parte dos profissionais e pouca clareza sobre o público-alvo por parte da supervisão federal. Estes dados indicam problemas anteriores a implementação e podem auxiliar na interpretação de resultados sobre a manutenção das famílias nas sessões. Foi relatada, pela equipe de supervisão federal do PFF, certa dificuldade em estabelecer um perfil com critérios objetivos dos participantes, pois há discrepâncias entre o público alvo e a população atendida pelos serviços locais, em sua maioria localizados na



periferia. Articuladores e multiplicadores relataram dificuldades em localizar famílias que cumprissem todos os critérios do perfil. Desse modo, foi necessário recorrer frequentemente à opinião dos formadores federais sobre a possibilidade de participação das famílias ao Programa. Segundo Shapiro et al. (2011) a indefinição no perfil do público-alvo dificulta a seleção, o alcance das famílias e até mesmo a manutenção destas no programa.

Quanto aos aspectos facilitadores, segundo os relatos dos profissionais, a intersetorialidade poderia atuar na redução da falta de pessoal disponível para implementação e na distribuição de atividades, entretanto outras barreiras também necessitariam ser superadas, como liberação do coordenador para implementação, que envolve sensibilização destes atores, e sobrecarga de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, no Ensino público e nos Centros de Referência de Assistência Social, que envolve uma complexidade de contextos diferentes. Quando não houve realização de oficina teórico vivencial, a sensibilização dos profissionais apresentou problemas. Essa sensibilização pode ser compreendida como transversal, pois afeta a fluidez em etapas subsequentes.

Segundo os resultados, para que haja fluidez no processo de implementação do PFF no Brasil, a gestão necessitaria estar comprometida com os custos exigidos para a implementação, inclusive os custos referentes às condições de trabalho dos agentes de implementação, que foi considerado um dos principais desafios para o engajamento e para a organização logística na execução do programa. A solução é complexa, mas pode estar relacionada ao aprimoramento na gestão dos recursos, designação de maior número de profissionais para exercício dessa atividade, e uma possível dedicação exclusiva à implementação. Estas recomendações estão em concordância com os resultados de uma revisão sistemática que reuniu recomendações feitas para gestores a partir da avaliação de programas baseados em evidências (Ubbink et al., 2013). O autor complementa que os recursos para a solução dessas demandas podem advir de diversas fontes, seja federal, estadual, municipal ou até de fundos internacionais dedicados à

causa. Em todas as situações, é necessário que os agentes públicos estejam engajados com o fomento da política de prevenção no país (Ubbink et al., 2013).

Os relatos sobre a sensibilização dos atores discutem a importância das lideranças locais na construção de redes intersetoriais, viabilizando a implementação do PFF conforme seu desenho original. Explicam também que uma gestão articulada cumpre seu papel de superação de barreiras. Este aspecto está em acordo com a literatura em ciência da implementação que defende a existência de líderes com capacidade de sensibilização, boa comunicação e que mostrem comprometimento com os ideais da intervenção (Mihalic, Fagan, & Argamaso, 2008).

Na implementação do PFF, foi possível constatar que, onde havia profissionais com habilidades de manejo de grupos e famílias, houve maior engajamento dos familiares e maior fluidez na implementação. Além disso, agentes da implementação bem informados sobre o programa, por parte de seus gestores e pela equipe federal, conseguiram compreender a importância da intersectorialidade e pô-la em prática. Se a estratégia da intersectorialidade for alcançada de forma plena, podem ser reduzidos entraves comuns do planejamento do PFF, aprimoradas, as distribuições de tarefas e, conseqüentemente, reduções na sobrecarga de trabalho dos profissionais.

A partir da categoria *percepção de efeitos nas famílias*, também foi possível verificar que engajamento das famílias impacta no engajamento dos profissionais. Ou seja, a percepção de efeitos do programa nas famílias foi fator decisivo para o engajamento dos facilitadores. Isto pode ser confirmado no relato seguinte. Além disso, em estudo realizado por Aarons e Palinkas (2007) sobre a implementação de um programa baseado em evidência em saúde na infância, verificou que a implementação do programa foi fortalecida quando os facilitadores tinham qualificações ou habilidades compatíveis com as exigidas pelo programa e quando eles acreditavam na efetividade do mesmo, assim como ocorreu com o PFF.

Estratégias metodológicas ineficazes na fase de formação da equipe, resultaram em consequência negativas na entrega do programa, como por exemplo dificuldades no manejo de grupos, planejamento “de última hora” das atividades e problemas o manejo do cronometro. A literatura na área indica que a construção do conhecimento é mais eficaz se contextualizada (Zazzali et al., 2008), portanto, é importante ressaltar que os profissionais possuam referências suficientes sobre como apoiar as famílias perante as atividades antes da execução de fato. Em contraponto, argumenta-se que capacitação forneceu informações suficientes para a compreensão do programa como um todo, favorecendo adaptações necessárias.

Considerando o formato do programa, estratégias eficazes podem ser implementadas tanto na fase de formação da equipe, nas capacitações, como na execução do programa, durante as supervisões semanais com formadores federais, oportunidade na qual os facilitadores esclarecem suas dúvidas. As capacitações são apontadas pela literatura como uma importante ferramenta no desenvolvimento de confiança dos profissionais e na aquisição de habilidades específicas para a entrega do programa (Shapiro et al., 2011). Os relatos indicam que a realização de monitoramento, por parte da equipe federal, durante a execução do programa, foi fundamental para reduzir erros provenientes da falta de esclarecimentos durante a etapa da formação da equipe.

### **Considerações finais**

Foi possível constatar que os estudos de contexto podem auxiliar na compreensão da implementação do PFF, assim como previsto por Moore (2015). Conhecer e compreender o contexto local no qual o Programa Famílias Fortes foi implementado mostrou-se essencial para (i) indicar as principais barreiras na implementação, (ii) elencar estratégias que facilitaram o processo de implementação e (iii) sugerir mudanças para o fomento de uma cultura de prevenção no Brasil, como o incentivo de práticas preventivas nos serviços públicos,

principalmente para a população em contexto de vulnerabilidade, no qual geralmente é dado prioridade às urgências.

Segundo os dados coletados, as ações do PFF estão sendo percebidas como uma sobrecarga de trabalho, complexa e sem remuneração extra, mas eficazes quando viáveis. Os resultados ressaltam a importância de examinar previamente os elementos necessários a implementação para viabilizar a entrega do programa. Desse modo, será possível identificar quais providências necessitam ser tomadas, como por exemplo organização de salas, planejamento do trabalho, tempo para supervisão e leitura e investimento financeiro, antes da decisão adotar o Programa e acomodá-lo nas atividades cotidianas do serviço. É necessário considerar os desafios da gestão municipal na implementação e a necessidade de existência prévia de comunicação entre as redes intersetoriais antes da decisão de adotar PFF. Além disso, é necessário enfatizar a etapa de mobilização dos serviços e de sensibilização dos atores envolvidos como forma de alcançar maior fluidez no processo de implementação.

O uso de instrumentos de categorização de contexto, como no caso do CICI, mostrou-se útil para compreender os resultados coletados, portanto, em próximas pesquisas, indica-se não apenas o uso dessas dimensões, mas também de outros instrumentos baseados em teorias para fundamentação dos dados. Além disso, compreende-se como inovador a produção de um sistema de categorias a partir da teoria da ação do Programa e da categorização CICI para apresentar os resultados e as discussões dos dados encontrados. Esta categorização sistemática poderá subsidiar a construção de outras pesquisas de avaliação de processo de programas realizadas no Brasil ou em outros países. No Brasil, é importante ressaltar a produção de guias e manuais, por parte das instituições que realizam a avaliação do Programa, que facilitem a implementação do mesmo. Esses guias devem recomendar mudanças necessárias baseando-se nos resultados encontrados por esta pesquisa. Ademais, é importante que sejam revisados à medida que haja mudanças no contexto.

Os agentes de implementação relataram pouca informação sobre a temática da prevenção e sobre a implementação de programas baseados em evidências. Apesar da existência de literatura em língua portuguesa sobre a avaliação de programas preventivos baseados na família, se comparada à literatura em inglês, há menos informações disponíveis. Desse modo, acredita-se que foi possível contribuir para a literatura nacional, auxiliando na instrumentalização desses profissionais, pois essa pesquisa é o primeiro estudo de avaliação de contexto que verifica barreiras e facilitadores da implementação do Programa Famílias Fortes no Brasil, e, portanto, representa uma relevante contribuição para a literatura do Programa e para implementação de programas baseados em evidências para famílias no Brasil.

Por fim, é indispensável lembrar que, mesmo o PFF tendo sido desenvolvido sob a égide da prevenção universal, no Brasil, tem sido destinado àqueles com acúmulo de desvantagens, que merecem atenção das políticas públicas. Portanto, acredita-se que este estudo também contribuiu com uma das pautas prioritárias da saúde pública mundial, que frisa a importância da realização de avaliações ainda no início da implementação dos programas, evitando resultados negativos ou nulos na vida da população (World Health Organization, 2015).

Limitações podem ser apontadas nessa pesquisa. Compreende-se que os resultados encontrados poderiam ser mais sólidos se triangulados com as perspectivas dos facilitadores, profissionais que passam a atuar no PFF mais ativamente a partir da etapa de formação da equipe e poderia contribuir com uma. Esta pesquisa não utilizou outras formas de coleta de dados que não a entrevista, tendo os dados sido coletados em um momento específico no tempo, portanto, os dados contemplam o que as gestoras consideraram relevante segundo sua experiência naquela ocasião. Apesar de existirem limitações, os resultados foram coerentes com os dados encontrados na literatura de avaliação de programas e podem contribuir para compreender os resultados de efetividade do Programa Famílias Fortes no Brasil.

Quanto à agenda de pesquisa, outros estudos serão necessários para examinar a perspectiva dos facilitadores, quanto às barreiras e facilitadores contextuais na implementação do PFF. Os dados provenientes destas pesquisas permitiriam a triangulação das informações e ofereceriam maior profundidade sobre os aspectos contextuais na implementação do PFF no Brasil. Ressaltando a importância para a construção de uma amostra diversa, incluindo profissionais dos quatro estados e de diferentes níveis de proximidade da execução do programa, assim como foi realizado com a seleção das gestoras, para que haja o acesso a diferentes pontos de vista e de experiência com o programa. Além disso, a realização de uma pesquisa que vise analisar os dados sobre contexto histórico dos territórios, os quais não foram objetivos dessa pesquisa, poderia auxiliar na compreensão da realidade contextual de cada território e complementar os dados apontados neste manuscrito.

Destaca-se a importância de investimento em pesquisas que realizem avaliação de programas preventivos adaptados para o Brasil a fim de que seja possível apreender sua efetividade. Destaca-se também a relevância de pesquisas segundo a abordagem da avaliação de processo a fim de que seja possível intervir diretamente nas falhas que venham a dificultar o alcance, a fluidez e a difusão dos programas. Por isso, as estratégias aqui citadas, utilizadas pelos agentes de implementação, deverão ser organizadas para viabilizar a construção de um manual de implementação do PFF.

Por fim, os programas baseados na família buscam intervir na redução de riscos à saúde e promoção de fatores protetivos a nível individual e familiar, portanto, tendem a ter efeitos mais duradouros (Kenny & Hage, 2009). Desse modo, pesquisas de avaliação de efeitos do PFF necessitam considerar estudos longitudinais como prioridade e correlacionar os resultados com os descritos neste trabalho.

## Referências

- Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health, 34*(4), 411–419. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>
- Ayres, J. R. de C. M., França Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 121–143.
- Banco Mundial. (2018). World Bank Country and Lending Groups: World Bank Data Help Desk. Recuperado 20 de maio de 2018, de <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*(2), 119–124. <https://doi.org/10.1901/jaba.1969.2-119>
- Borrelli, B. (2011). The Assessment, Monitoring, and Enhancement of Treatment Fidelity In Public Health Clinical Trials. *Journal of public health dentistry, 71*(s1), S52–S63. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x>
- Bowen, M. (1993). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson.
- Bowlby, J. (2012). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723–742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families:

- a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 23. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-23>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611–614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Caruso, C. C. (2014). Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(1), 16–25. <https://doi.org/10.1002/rnj.107>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 5(1), 41–45.
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (4<sup>o</sup> ed). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Wiborg, G. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537–543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Ji, P. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 6(3), 151–175.
- Foxcroft, D., Ireland, D., Lister-Sharp, D., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(4), 397–411.



- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health, 132*(3), 128–134. <https://doi.org/10.1177/1757913912443487>
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(6), 749–762. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, (1)*, CD005030. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005030.pub2>
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 16*(7), 893–926. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- IBGE (Org.). (2016). *Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2015*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. (2017, dezembro 15). IBGE: 50 milhões de brasileiros vivem na linha de pobreza. *Agência Brasil*. Recuperado de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/ibge-brasil-tem-14-de-sua-populacao-vivendo-na-linha-de-pobreza>
- Kenny, M. E., & Hage, S. M. (2009). The next frontier: prevention as an instrument of social justice. *The Journal of Primary Prevention, 30*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10935-008-0163-7>
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American Psychologist, 58*(6–7), 457–465.

- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11–13), 1759–1787. <https://doi.org/10.1081/JA-120024240>
- Kumpfer, K. L., DeMarsh, J. P., & Child, W. (1989). Strengthening families program: Children's Skill Curriculum Manual, Parent Training Manual, Children's Skill Training Manual, and Family Skills Training Manual (Prevention Services to Children of Substance-Abusing Parents). Salt Lake City, UT: Department of Health, Alcohol and Drug Research Center.
- MacDougall, C., & Baum, F. (1997). The Devil's Advocate: A Strategy to Avoid Groupthink and Stimulate Discussion in Focus Groups. *Qualitative Health Research*, 7(4), 532–541. <https://doi.org/10.1177/104973239700700407>
- Manspeaker, S., & Van Lunen, B. (2011). Overcoming Barriers to Implementation of Evidence-Based Practice Concepts in Athletic Training Education: Perceptions of Select Educators. *Journal of Athletic Training*, 46(5), 514–522.
- McPherson, K. E., Kerr, S., Casey, B., & Marshall, J. (2017). Barriers and Facilitators to Implementing Functional Family Therapy in a Community Setting: Client and Practitioner Perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jmft.12221>
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 181–206. <https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.3.181>
- Menezes, J. C. L. de. (2017). Adaptação Cultural do Strengthening Families Program (10-14) UK para o Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/24729>

- Mihalic, S. F., Fagan, A. A., & Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills Training drug prevention program: factors related to implementation fidelity. *Implementation science: IS*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-5>
- Miller, T. A., & Hendrie, D. (2012). *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*. (S. A. and M. H. Servic, Org.). Rockville, Md, USA: BiblioGov.
- Miranda, A. A. V. (2016). Prevenindo o uso abusivo de drogas : uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21363>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Vinha, L. G. A., Iglesias, F., Miranda, A. A. V., Rocha, V. P., & Souza, A. S. S. (manuscrito não publicado). Enhancing family functioning and preventing health risk behaviors in adolescents: study protocol for a quasi-experimental study of Strengthening Families 10-14 in Brazil.
- Paiva, F. S. de. (2009). Adolescência e consumo de álcool - estilos parentais de socialização: risco ou proteção? Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2781>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., ... Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12, 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Pinheiro-Carozzo, N. P., & Murta, S. G. (manuscrito não publicado). Process, effectiveness and sustainability evaluation of a drug preventive family-based intervention: a integrative review of the Strengthening Families Program (SFP 10-14).

- Salminen, S., & Lee, J. (2014). A Concept of “Culture of Prevention”: A Review of Literature. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 2(2), 1–5. <https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000154>
- Schenker, M., & Cavalcante, F. (2015). Vulnerabilidade, Família, Abuso, Dependência de Drogas e Violência. In E. Silva, M. Yone, & D. Zugman (Orgs.), *Vulnerabilidades, Resilência e Redes: Uso, abuso e dependência de drogas*. São Paulo: Red Publicações. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Risk and protective factors and drug use among adolescence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2011). Facilitators and Barriers to Implementation of an Evidence-Based Parenting Intervention to Prevent Child Maltreatment: The Triple P-Positive Parenting Program. *Child Maltreatment*. <https://doi.org/10.1177/1077559511424774>
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129–134. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.2.129>
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Feinberg, M., & Schainker, L. (2013). PROSPER community–university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial. *Preventive Medicine*, 56(3), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.013>

- Stolle, M., Stappenbeck, J., Wendell, A., & Thomasius, R. (2011). Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems: Culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American Strengthening Families Program 10-14 to German conditions. *Journal of Public Health, 19*, 389–395. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0405-7>
- Stormshak, E. A., Connell, A. M., Véronneau, M.-H., Myers, M. W., Dishion, T. J., Kavanagh, K., & Caruthers, A. S. (2011). An Ecological Approach to Promoting Early Adolescent Mental Health and Social Adaptation: Family-Centered Intervention in Public Middle Schools. *Child development, 82*(1), 209–225. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01551.x>
- Thorne, S., Kirkham, S. R., & O’Flynn-Magee, K. (2008). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Qualitative Methods - ARCHIVE, 3*(1), 1–11.
- Ubbink, D. T., Guyatt, G. H., & Vermeulen, H. (2013). Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open, 3*(1), e001881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001881>
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 13*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- Weiss, C. H. (1997). Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation, (76)*, 41–55. <https://doi.org/10.1002/ev.1086>
- World Health Organization, W. (2015). *The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health*. Geneva, Switzerland: Every Woman Every Child.

Zazzali, J. L., Sherbourne, C., Hoagwood, K. E., Greene, D., Bigley, M. F., & Sexton, T. L. (2008). The adoption and implementation of an evidence based practice in child and family mental health services organizations: a pilot study of functional family therapy in New York State. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(1–2), 38–49. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0145-8>

## Conclusões

Esta dissertação teve como foco dois estudos. O primeiro buscou apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre avaliação de processo, principais conceitos e abordagens utilizadas na área, como Teoria Realística e Teoria do Processo da Normalização. Foi possível concluir que a área de avaliação de processo tem passado por recentes reformulações e que ambas as teorias têm potencial de auxiliar gestores, profissionais e pesquisadores a orientar decisões quanto a realização de pesquisas de avaliação de processo de programas na área da saúde. Acredita-se que foi possível contribuir com literatura nacional a partir da apresentação destas duas teorias (muito utilizadas pela literatura internacional), uma vez que ambas oferecem estruturas de avaliação consistentes, que podem ser utilizadas para descrever e avaliar a implementação, revelando os desafios iniciais do programa. Além disso, ambas auxiliam na customização de intervenções complexas a fim de haja melhor adequação destas aos contextos. A TR e TPN ressaltam a importância do envolvimento de diversos atores na fase de desenvolvimento da intervenção como modo de elevar o potencial de sustentabilidade da intervenção. O estudo contribuiu com o desenvolvimento da avaliação de processo no Brasil na medida em que propõe a produção de estudos empíricos a partir da utilização da TR e TPN, as quais apresentam inovações quanto a avaliação de intervenções complexas de saúde pública.

O segundo investigou a percepção de 26 gestoras sobre barreiras e facilitadores para implementação do PFF, enfatizando aspectos contextuais que atuaram no processo de implementação. Os dados indicam que existiram mais barreiras para a implementação do que facilitadores e foi possível concluir que quando agentes da gestão engajados utilizam estratégias de implementação eficazes, barreiras são superadas, principalmente daquelas compreendidas como contexto político. Os dados revelaram ainda que o Programa Famílias Fortes apresentou fluidez no processo de implementação quando a gestão municipal era eficaz e já possuía boa articulação intersetorial e com a comunidade.

O segundo Manuscrito poderá primordialmente auxiliar na compreensão dos dados que serão encontrados nos estudos de impacto do Programa e na construção de um manual de implementação a partir da indicação de estratégias facilitadoras e de barreiras no processo de implementação. O segundo Manuscrito também evidenciou barreiras e facilitadores em diversas etapas da implementação do PFF que merecem atenção tanto para novas adequações, quanto para o investimento em políticas públicas eficazes capazes de reduzir iniquidades.

Ademais, a utilização de instrumentos de análise de contexto, desenvolvidos com base em abordagens de avaliação de processo, mostrou-se eficaz e benéfico para compreender o contexto de implementação de uma intervenção complexa no Nordeste do Brasil. Além disso, os achados desta dissertação podem favorecer o desenvolvimento da ciência da implementação ao utilizar um instrumento de categorização de contexto e elementos da implementação, ainda pouco adotado como proposta avaliativa de intervenções complexas de políticas sociais no Brasil.

A presente dissertação contribui para a ciência da prevenção na área de avaliação de processo de programas ao avaliar empiricamente o contexto de implementação de um Programa de origem estrangeira, mundialmente disseminado, no Nordeste Brasileiro. Negar, rejeitar ou subutilizar conhecimentos que possam trazer benefícios a todos, somente pelo fato de terem sido produzidos em outro país, pode representar negligência e atraso no desenvolvimento de políticas públicas efetivas. Se adotados, destaca-se a relevância de avaliações de processo e de impacto destes programas, a fim de maximizar seus benefícios e corrigir suas fragilidades, frente às peculiaridades dos contextos em que se inserem. Além do investimento na adaptação destes programas desenvolvidos no exterior e baseados em evidências, também é necessário que as políticas científicas tenham como alvo o desenvolvimento sistemático de programas culturalmente customizados para o Brasil, que



desde sua formulação devem ser sensíveis às necessidades, restrições e oportunidades dos usuários e serviços aos quais se destinam.

Por fim, espera-se que os achados deste estudo sirvam como fontes de *insight* para a expansão de estudos, conceituais ou empíricos, acerca de avaliação de contexto, mecanismos de mudança e qualidade da implementação de programas para famílias em situação de desvantagem econômica e prevenção ao abuso de drogas no Brasil ou outros afins. No caso de estudos empíricos, especial atenção deve ser dada à investigação do contexto político, aos agentes de implementação e às estratégias de implementação como dimensões-chave para o êxito da implementação de programas desta natureza. Igualmente, estes devem ser o alvo central de cuidados por parte de gestores responsáveis pela implementação de programas preventivos ao abuso de drogas no âmbito das políticas públicas, que devem empreender esforços para a articulação e oferta de recursos pró-implementação, o engajamento dos agentes de implementação e a sua capacitação para a adoção de estratégias resolutivas de implementação, sob pena de comprometer a efetividade de iniciativas preventivas em contextos complexos, caso estas dimensões sejam desconsideradas.

**ANEXOS**

## Anexo A - Roteiro de Entrevista/Grupo Focal para Gestores, Multiplicadores e Articuladores

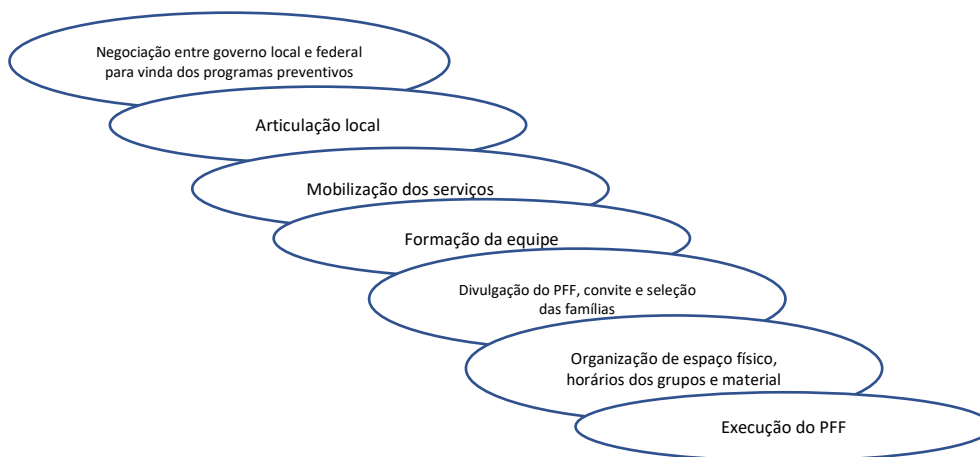


### Roteiro de Entrevista ou grupo focal para Gestores, Multiplicadores e Articuladores

**Objetivos: Compreender os fatores contextuais ocorridos nas etapas de adoção local, articulação local, formação da equipe, construção da capacidade comunitária e recrutamento das famílias percebidos como influentes na implementação e sustentabilidade do PFF.** [Antes de iniciar a entrevista ou grupo focal consultar o(s) sujeito(s) sobre seu interesse e disponibilidade em participar desta pesquisa. Relatar: *“Sua participação nesta atividade não implica em nenhum risco. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, mas em caso de dúvidas não hesite em perguntar. Seu nome não será divulgado e manteremos o sigilo sobre qualquer informação que possa identificá-lo(a). Sua participação é voluntária e livre de qualquer pagamento ou benefício, portanto você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Não há qualquer penalidade ou perda de benefício caso se recuse em participar”*. Agradecer pela participação e relembrar a importância das informações para a pesquisa. Pedir assinatura do TCLE, ou em caso de entrevista por telefone, pedir aceite de participação depois de já ter iniciado a gravação].

***[Iniciar a atividade apresentando a folha dos elos que serão avaliados (em formato slide ou impressa no caso de entrevista presencial, ou ainda enviando o arquivo da Teoria da Ação por e-mail no caso de Skype ou telefone).***

**Nós gostaríamos de nesse momento ouvir um pouco de sua(s) experiência(s), pois reconhecemos que muitas coisas podem ter ajudado ou prejudicado o andamento do PFF em (citar nome da cidade) e que poderão no futuro influenciar sua continuidade.**



Como pode(m) verificar nesta folha (ou slide, ou arquivo) existem elos centrais no PFF que vão desde sua entrada no território até sua execução. Irei citá-los para que comente, em cada um, as barreiras que enfrentaram e os aspectos que funcionaram bem.

- 1) Com relação a **negociação entre governo local e federal para a vinda dos programas preventivos ao território de (citar cidade)**, o que facilitou o processo e quais foram as barreiras? *[Passar por todos os pontos até saturar a informação, sempre substituindo a parte sublinhada acima pelo próximo elo].*
- 2) Considerando todos estes aspectos que acabou de citar, quais você compreende que são mais determinantes para a continuidade do programa. *[Verificar se a resposta foi focada no âmbito nacional ou local, se local, perguntar sob uma perspectiva nacional (Brasil). Se a entrevista for por telefone, será preciso reler os tópicos supracitados].*
- 3) O que acha que precisa ser feito para superar as dificuldades que citou? *[O pesquisador relembra as barreiras comentadas na 1ª questão e reúne às sugestões de superação após respondida a pergunta].*

*[Agradecer novamente a disponibilidade e a participação frisando a importância das informações para o bom funcionamento do programa. Informe ainda que se ele(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, fique à vontade para contatar os responsáveis da pesquisa em Brasília através do telefone 61 3107 6827 ou pelo e-mail [giardini@unb.br](mailto:giardini@unb.br)].*

## Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Fortalecendo Famílias

**Pesquisador:** Sheila Giardini Murta

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 53103516.1.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB

**Patrocinador Principal:** FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.191.408

#### **Apresentação do Projeto:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Recomendações:**

Reitero o parecer anterior.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa já havia sido aprovada pelo CEP e nessa oportunidade a pesquisadora apresenta resposta às pendências apresentadas pela Conep. A pesquisadora respondeu de forma satisfatória as pendências apontadas pela CONEP acerca da pesquisa, ao informar que "não foi adicionada nos

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1592

**E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 2.191.408

TCLEs e TALEs nenhuma informação sobre ressarcimento de despesas com transporte em virtude da previsão da coleta de dados ocorrer na casa dos participantes, na escola e no serviço (como unidade básica de saúde ou centro de referência em assistência social) em que receberão o Programa Famílias Fortes. Portanto, eles não se deslocarão exclusivamente por conta da pesquisa, mas já estarão na escola para as atividades de ensino ou no serviço para participação do Programa Famílias Fortes ou outras atividades oferecidas no serviço".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_640926.pdf	04/07/2017 06:30:53		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_conep.pdf	04/07/2017 06:30:34	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_todos_participantes.pdf	04/07/2017 06:27:33	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	Cartacomitedeeticapendenciamarco2017.pdf	02/03/2017 15:51:08	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	respostadependencias.docx	26/01/2017 16:12:43	Sheila Giardini Murta	Aceito
Cronograma	Cronogramaatual.docx	26/01/2017 16:12:11	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	aceiteinstitucionalSERGIPE.pdf	13/01/2017 10:41:31	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceiteinstitucionalNATAL.pdf	13/01/2017 10:41:14	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceiteInstitucionalFORTALEZA.jpg	13/01/2017 10:41:00	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceiteInstitucionalCARUARU.pdf	13/01/2017 10:40:43	Érica Quinaglia Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaderevisaoeticaatual.pdf	26/08/2016 18:34:46	Sheila Giardini Murta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cep_ih_carta_de_encaminhamento.pdf	05/08/2016 21:11:52	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentoparacriancaeadolecenteGE.pdf	05/08/2016 21:11:27	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de	termodeassentimentoparacriancaead	05/08/2016	Sheila Giardini	Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1592

**E-mail:** cep\_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.191.408

Assentimento / Justificativa de Ausência	olescenteGC.pdf	21:11:14	Murta	Aceito
Outros	justificativaSEIMJ2404136Oficio.pdf	05/08/2016 21:10:56	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEADADOS.pdf	02/02/2016 20:07:09	Sheila Giardini Murta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Cartadeencaminhamento.pdf	01/02/2016 18:07:36	Sheila Giardini Murta	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/01/2016 15:41:54	Sheila Giardini Murta	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/01/2016 15:40:01	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLEFacilitadorasformadoras.pdf	19/01/2016 15:39:43	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLECondicaoExperimental.pdf	19/01/2016 15:39:32	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLECondicaoControl.pdf	19/01/2016 15:39:14	Sheila Giardini Murta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAvaliacaoPFF.pdf	19/01/2016 15:35:28	Sheila Giardini Murta	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracaopatrocinator.pdf	19/01/2016 15:33:01	Sheila Giardini Murta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceiteinstitucional.pdf	19/01/2016 15:21:18	Sheila Giardini Murta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 28 de Julho de 2017

Assinado por:  
**Érica Quinaglia Silva**  
(Coordenador)

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1592

**E-mail:** cep\_chs@unb.br