

Como citar (APA): Franzoloso, T., Thurow, C. F., Noto, A. R., Brown, E. C., Shneider, D. R. (2025). Implementação do sistema de prevenção *Communities That Care* em uma comunidade brasileira. *Psi Unisc*, 9, Artigo e18972. <http://doi.org/10.17058/psiunisc.v9i.18972>

Tipo de Artigo: Artigo de Pesquisa

Implementação do sistema de prevenção *Communities That Care* em uma comunidade brasileira¹

Implementación del sistema de prevención *Communities That Care* en una comunidad brasileña

Implementation of the *Communities That Care* prevention system in a Brazilian Community

Tallita Franzoloso

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – Santa Catarina/Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8168-9556>

E-mail: tallitafranzoloso@gmail.com

Charlene Fernanda Thurow

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – Santa Catarina/Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9462-1320>

E-mail: cfturow@gmail.com

Ana Regina Noto

Universidade Federal de São Paulo (USP), São Paulo – São Paulo/Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2622-6668>

E-mail: ana.noto@unifesp.br

Eric C. Brown

University of Miami (UM), Coral Gables – Flórida/USA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1724-4971>

E-mail: ecb41@miami.edu

Daniela Ribeiro Schneider

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC/Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2936-6503>

E-mail: danischneiderpsi@gmail.com

¹As autoras declaram que esta contribuição é um recorte da dissertação da primeira autora <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/257817>. No entanto, assegura-se que a obra não foi publicada em outro periódico científico

Resumo

Introdução: O *Communities That Care* (CTC) é um sistema preventivo comunitário que visa apoiar o desenvolvimento social saudável de crianças e adolescentes por meio da mobilização e capacitação de coalizões comunitárias para avaliar, planejar e implementar intervenções preventivas baseadas em evidências. O sistema está passando por um processo de adaptação cultural no Brasil, sendo denominado Comunidades que Cuidam (CQC). **Objetivos:** O objetivo deste artigo foi descrever o processo de implementação, avaliar a fidelidade do piloto do CQC e identificar as principais adaptações realizadas em suas duas primeiras fases, em uma comunidade de Santa Catarina. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de avaliação da implementação, de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo. Os participantes foram selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. Para a coleta de dados, foram utilizados o checklist *Milestones and Benchmarks* do CQC e documentos produzidos entre 2020 e 2022. Foram realizadas análises descritivas dos dados coletados. Os resultados indicaram que a maioria das metas previstas foi concluída. **Resultados:** Quanto à fidelidade da implementação, verificou-se que os elementos centrais permaneceram preservados e que as principais adaptações culturais ocorreram na entrega dos treinamentos. Entre os desafios, destacaram-se o atraso na aplicação dos instrumentos previstos em função da pandemia de Covid-19, dificuldades na entrega dos treinamentos e a formação da coalizão comunitária. **Conclusão:** Apesar dessas barreiras, a adaptação cultural do sistema tem se mostrado uma iniciativa promissora para a constituição de uma alternativa consistente de prevenção comunitária no país.

Palavras-chave: Prevenção; Ciência da Implementação; Avaliação de Processo; Participação da Comunidade.

Resumen

Introducción: *Communities That Care* (CTC) es un sistema preventivo comunitario que busca apoyar el desarrollo social saludable de niños, niñas y adolescentes mediante la movilización y capacitación de coaliciones comunitarias para evaluar, planificar e implementar intervenciones preventivas basadas en evidencia. El sistema se encuentra en proceso de adaptación cultural en Brasil, donde ha sido denominado Comunidades que Cuidan (CQC). **Objetivos:** El objetivo de este artículo fue describir el proceso de implementación, evaluar la fidelidad del piloto del CQC e identificar las principales adaptaciones realizadas en sus dos primeras fases, en una comunidad de Santa Catarina, Brasil. **Método:** Se trata de una investigación de evaluación de la implementación, con enfoque cualitativo y diseño exploratorio y descriptivo. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizaron la lista de verificación *Milestones and Benchmarks* del CQC y documentos producidos entre 2020 y 2022. Se realizaron análisis descriptivos de los datos recolectados. **Resultados:** Los hallazgos indicaron que la mayoría de las metas previstas fueron alcanzadas. En cuanto a la fidelidad de la implementación, se verificó que los elementos centrales se mantuvieron preservados y que las principales adaptaciones culturales ocurrieron en la entrega de las capacitaciones. Entre los desafíos se destacaron el retraso en la aplicación de los instrumentos previstos debido a la pandemia de Covid-19, las dificultades en la impartición de las capacitaciones y la formación de la coalición comunitaria. **Conclusión:** A pesar de estas barreras, la adaptación cultural del sistema se ha mostrado como una iniciativa prometedora para la constitución de una alternativa consistente de prevención comunitaria en el país.

Palabras-clave: Prevención; Ciencia de la Implementación; Evaluación de Procesos; Participación Comunitaria.

Abstract

Introduction: Communities That Care (CTC) is a community-based prevention system designed to support the healthy social development of children and adolescents by mobilizing and training community coalitions to assess, plan, and implement evidence-based preventive interventions. The system is currently undergoing a process of cultural adaptation in Brazil, where it has been named Comunidades que Cuidam (CQC). **Objectives:** This article aimed to describe the implementation process, assess the fidelity of the CQC pilot, and identify the main adaptations made during its first two phases in a community in Santa Catarina, Brazil. **Method:** This is an implementation evaluation study, conducted with a qualitative, exploratory, and descriptive design. Participants were selected through non-probabilistic convenience sampling. Data collection involved the use of the CQC Milestones and Benchmarks checklist and documents produced between 2020 and 2022. Descriptive analyses of the collected data were carried out. **Results:** The findings indicated that most of the planned goals were achieved. Regarding implementation fidelity, the core elements remained preserved, while the main cultural adaptations occurred in the delivery of trainings. The main challenges included delays in administering the planned instruments due to the Covid-19 pandemic, difficulties in conducting the trainings, and the process of forming the community coalition. **Conclusion:** Despite these barriers, the cultural adaptation of the system has proven to be a promising initiative for establishing a consistent community-based prevention alternative in Brazil.

Keywords: Prevention; Implementation Science; Process Evaluation; Community Participation.

Introdução

No contexto brasileiro, as intervenções preventivas baseadas em evidências voltadas para a saúde mental e o uso abusivo de drogas entre jovens ainda são consideradas incipientes (Pedroso et al., 2019; Schneider et al., 2025). Uma das possibilidades para o aprimoramento desse campo tem sido a adaptação cultural de intervenções que já possuem comprovação de eficácia e efetividade em outros países (Murta et al., 2015). Entretanto, o país ainda carece de avaliações de processo e de resultado de programas e estratégias preventivas implementados (Schneider et al., 2025).

O cenário atual apresenta a ampla disseminação de intervenções sem evidências de efetividade, que continuam recebendo investimentos públicos, como é o caso do PROERD. Ensaio randomizados apontam ausência de efeitos preventivos consistentes e, em alguns casos, efeitos iatrogênicos (Ferreira-Junior et al., 2022; Sanchez et al., 2021; Valente & Sanchez, 2021). De outro lado, também se observa um movimento crescente de adoção e adaptação de programas validados internacionalmente. Desde 2013, o Brasil tem investido na adaptação cultural e na avaliação de programas de prevenção baseados em evidências, como o #*Tamojunto*, o Famílias Fortes e o Elos. Esses esforços resultaram em sua implementação no contexto nacional, ainda que em estágios distintos de consolidação (Conceição et al., 2025). Nessa direção, o sistema de prevenção *Communities That Care* (CTC) foi selecionado pelo governo brasileiro para ser adaptado no país, sendo traduzido como Comunidades que Cuidam (CQC).

A adaptação cultural é um processo dinâmico e sistemático que visa implementar o protocolo de um programa, estratégia ou sistema de prevenção que tenha produzido evidências em determinado país ou território em um novo contexto cultural e para uma nova população-alvo (D'Tôlis, 2018). Esse processo implica realizar ajustes na linguagem, no contexto de aplicação e nas estratégias de implementação, levando em consideração as peculiaridades da realidade local, os valores culturais e as condições econômicas e sociais (Barrera et al., 2017). Apesar das exigências culturais da versão adaptada, ao considerar aspectos como aceitabilidade, adesão e eficácia, esse processo exige atenção (D'Tôlis, 2018), especialmente no equilíbrio entre a fidelidade à proposta original e as demandas do novo contexto, de forma a preservar os mecanismos responsáveis pelos efeitos esperados (Barrera et al., 2017).

Na Ciência da Implementação, o construto fidelidade é reconhecido como central, sendo definido como o grau em que uma intervenção é conduzida de acordo com o modelo originalmente proposto (Fixsen, 2025). A literatura recente, contudo, enfatiza que a fidelidade deve ser compreendida de forma multifacetada, incorporando dimensões como qualidade da entrega, contexto de aplicação, fatores moderadores e possibilidades de adaptação (Stirman, 2022). Assim, a fidelidade e a adaptação não devem ser entendidas como oposição, mas como um *continuum* de implementação, no qual modificações planejadas podem aumentar a aceitabilidade e a sustentabilidade sem comprometer os elementos centrais (Castro & Yasui, 2017).

Para aumentar as chances de efetividade, os processos de adaptação devem ser guiados por dados e pela participação da comunidade, dos implementadores e dos usuários, além de exigir a documentação sistemática e rigorosa das alterações realizadas. Nessas condições, elas deixam de representar uma ameaça à fidelidade e passam a ser compreendidas como estratégias legítimas de aprimoramento (Stirman et al., 2019). Uma vez definidos os elementos centrais, torna-se possível distinguir modificações compatíveis com a manutenção da fidelidade,

reconhecendo que fidelidade e adaptação são dimensões complementares de uma implementação eficaz (Kemp, 2016).

O CTC se destaca nesse debate por apresentar um modelo lógico estruturado, com elementos centrais definidos, sendo eles: (a) mobilização comunitária por meio de coalizões representativas; (b) uso de dados epidemiológicos para orientar decisões; (c) adoção de programas preventivos com eficácia comprovada; e (d) monitoramento e avaliação contínua (Franzoso, 2023; Jonkman et al., 2009). O modelo visa integrar o uso de dados epidemiológicos com a construção coletiva de processos decisórios, considerando as especificidades territoriais. Assim, a análise dos dados não prescinde dos valores, saberes e prioridades da comunidade, conferindo centralidade à sua participação em todas as fases e aumentando a prontidão para a mudança (Schneider et al., 2021). Embora seja necessário realizar adaptações conforme as necessidades contextuais, a manutenção desses elementos permite verificar se os resultados obtidos podem, de fato, ser atribuídos à intervenção.

A experiência acumulada em diferentes contextos indica que a combinação entre estrutura lógica, base empírica robusta e possibilidade de adaptações planejadas possibilita integrar fidelidade e pertinência cultural, ampliando as chances de efetividade e sustentabilidade. Assim, o CTC já demonstrou efetividade em mais de 500 comunidades, incluindo países da América (Thurow, 2021). Evidências apontam reduções consistentes em indicadores como uso abusivo de substâncias, envolvimento em violência, evasão escolar e gravidez na adolescência (Abimanyi-Ochom et al., 2024; Chilenski et al., 2019; EMCDDA, 2017; Hawkins et al., 2008, 2012, 2014; Kuklinski et al., 2021; Oesterle et al., 2018; Toumbourou et al., 2019).

A operacionalização deste sistema ocorre por meio de um processo estruturado em cinco fases interdependentes, que organizam a mobilização comunitária e a implementação de ações preventivas. Inicialmente, busca-se avaliar a prontidão da comunidade e engajar lideranças locais (fase 1), seguido da constituição de uma coalizão comunitária, que atuará em todo o processo (fase 2). Na sequência, identifica-se a demanda relacionada à saúde mental dos jovens por meio de instrumentos padronizados e dados secundários, compondo o perfil comunitário (fase 3). Com base nesse perfil, a coalizão elabora um plano de ação que define metas, estratégias e programas preventivos adequados ao contexto local (fase 4). Por fim, o plano é implementado, monitorado e avaliado continuamente, com ajustes necessários e retroalimentação do processo (fase 5) (Fagan, 2019).

Este artigo apresenta parte dos resultados iniciais do “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”, um projeto multicêntrico envolvendo a Universidade Federal de Santa Catarina, a Universidade Federal de São Paulo e a *University of Miami*, que objetivou iniciar o processo de adaptação cultural do sistema para a realidade brasileira. Este sistema passou a ser identificado no país como Comunidades que Cuidam (CQC). O objetivo deste artigo é descrever o processo de implementação, avaliar a fidelidade da implementação piloto e identificar as principais adaptações culturais realizadas nas duas primeiras fases em uma comunidade de Santa Catarina.

2. Metodologia

Esta avaliação de processo insere-se no campo da pesquisa qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo, uma vez que busca compreender os processos envolvidos na implementação de uma intervenção complexa em seu contexto real (Creswell, 2021). Esse tipo de avaliação permite identificar facilitadores e barreiras à implementação, bem como analisar a adequação entre o desenho original e sua execução prática. A escolha por essa

abordagem justifica-se pela proposta de compreender o funcionamento da intervenção em contextos reais, reconhecendo que a qualidade da implementação condiciona a interpretação dos efeitos gerados. Nesse sentido, a avaliação de processo fornece subsídios tanto para as adaptações culturais necessárias quanto para a interpretação dos resultados (McDavid et al., 2019).

A comunidade selecionada para a implementação piloto foi o Distrito de Santo Antônio de Lisboa, localizado no noroeste da Ilha de Santa Catarina, a 15 km do centro de Florianópolis. Trata-se de um dos distritos mais antigos da cidade, de colonização açoriana, reconhecido pelo patrimônio histórico-cultural e pelas atividades econômicas centradas na pesca artesanal, maricultura, turismo e gastronomia. O distrito possui área de 22,45 km² e população estimada em 7.378 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2000).

No que se refere ao contexto juvenil, não foram encontrados dados epidemiológicos locais. Entretanto, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019) aponta que a Região Sul, onde se localiza Florianópolis, apresentou uma das maiores prevalências de experimentação de álcool entre adolescentes de 13 a 17 anos (72,6%), chegando a 73,8% em Santa Catarina. Quanto ao tabaco, 22,6% dos escolares relataram já ter experimentado cigarro, 26,9% experimentaram narguilé e 16,8% experimentaram cigarro eletrônico, prevalências que situam o estado entre os mais elevados do país. Especificamente em relação às drogas ilícitas, Florianópolis destacou-se entre as capitais com maiores percentuais: 9,5% dos escolares relataram consumo recente e 9,4% declararam uso de maconha nos 30 dias anteriores à pesquisa (IBGE, 2019).

A implementação do sistema na comunidade ocorre em cinco fases, conduzidas pela coalizão comunitária, com apoio de instituições parceiras e acadêmicas. No piloto de Santo Antônio de Lisboa, foram avaliadas as duas primeiras. A estrutura organizacional envolveu três grupos principais: a) assistência técnica, sob responsabilidade da equipe PERLA da *University of Miami*; b) conselho acadêmico, composto pela equipe do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN/UFSC), que assumiu a mediação local; e c) coalizão comunitária, formada por lideranças locais. Para a avaliação da fidelidade, os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, a qual se caracteriza pela escolha de sujeitos disponíveis e diretamente envolvidos com o objeto de estudo (Breakwell et al., 2010). Considerando que o processo de implementação piloto das fases 1 e 2 contou com a participação ativa de três grupos principais: a) assistência técnica, b) conselho acadêmico e c) coalizão comunitária, foi convidado um representante de cada grupo com maior proximidade e envolvimento no processo de implementação.

Foram utilizados dois instrumentos principais: o *checklist* “Metas e Indicadores da Implementação do CQC”. Tal instrumento é resultado da tradução do *Milestones and Benchmarks*, descrito na literatura como o principal instrumento utilizado para o monitoramento e avaliação da fidelidade da implementação do CTC (Jonkman et al., 2009; 2015; Salazar et al., 2019). O material adaptado pela assistência técnica foi revisado pela equipe PSICLIN para verificar se a linguagem estava adequada e compreensível. Não foram realizadas alterações nos conteúdos das perguntas, pois avaliou-se que a tradução estava adequada à realidade brasileira. O tempo aproximado para o preenchimento das duas fases foi de 90 minutos.

O *checklist* foi previamente apresentado no treinamento “Orientações das Equipes de Implementação” e, em outubro de 2022, encaminhado para preenchimento individual por e-mail. Os participantes receberam instruções para que as respostas considerassem exclusivamente a implementação piloto de Santo Antônio de Lisboa, referentes às fases 1 e 2.

As respostas foram registradas em escala de 1 a 4, tanto para nível de conclusão (1 = recém-iniciado a 4 = totalmente concluído) quanto para nível de desafio (1 = nada desafiador a 4 = muito desafiador), havendo ainda espaço adicional para observações qualitativas. Em caso de dúvidas, os respondentes podiam contatar a pesquisadora. Participaram da aplicação do *checklist* três participantes, sendo um de cada grupo envolvido na implementação (assistência técnica, conselho acadêmico e coalizão comunitária). Foi utilizada análise baseada na estatística descritiva, com auxílio do *Excel*, resultando em percentuais médios de conclusão e de desafio.

Para a análise documental, foram selecionados documentos produzidos entre 2020 e 2022 pela coalizão comunitária, assistência técnica e conselho acadêmico, incluindo relatórios organizacionais, atas de reuniões, listas de presença, materiais de treinamento, registros de planejamento estratégico e documentos oficiais do CTC, como manuais e relatórios disponíveis em <https://www.communitiesthatcare.net/>. Os documentos da assistência técnica e do conselho acadêmico (PSICLIN) estiveram acessíveis à pesquisadora durante todo o processo de implementação. O repositório digital compartilhado era atualizado continuamente após cada atividade. Os documentos da coalizão comunitária também estavam disponíveis em um espaço virtual de acesso conjunto entre seus membros e o conselho acadêmico. As atas dos encontros foram elaboradas e registradas pela coordenadora da coalizão. Todos os documentos foram posteriormente compilados e analisados ao final da fase 2.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo categorial, de caráter descritivo, conforme proposta por Bardin (2016). O procedimento foi realizado em três fases: (1) pré-análise, com leitura flutuante do material e organização inicial dos documentos; (2) exploração do material, identificando categorias referentes às atividades de implementação, à ordem cronológica dos acontecimentos e aos atores envolvidos; e (3) tratamento dos resultados e interpretação, com síntese descritiva das informações por fases. Por fim, realizou-se a triangulação dos dados.

Uma limitação deste estudo refere-se ao número reduzido de participantes. Embora esse número restrito limite a possibilidade de generalização dos achados, entende-se que tal recorte é inerente ao caráter piloto da implementação, cujo objetivo central foi analisar de forma exploratória a viabilidade do processo, bem como mapear barreiras e facilitadores iniciais (Proctor et al., 2011). Esta pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do protocolo Sigpex número 202018046 e do CAAE número 50477321.3.0000.0121. Todos os aspectos éticos foram respeitados, incluindo a conformidade com a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

3. Resultados

A apresentação dos resultados foi dividida em duas sessões referentes a cada fase (1 e 2), contendo as seguintes informações: descrição das metas, detalhamento do processo de implementação na comunidade, nível de conclusão, principais desafios enfrentados e adaptações realizadas.

A meta 1.1 da primeira fase prevê a organização da comunidade para iniciar o processo de implementação do CTC. O processo teve início com o treinamento "Orientação da equipe de implementação" e reuniões quinzenais de assistência técnica para o planejamento das atividades com a comunidade. Os conteúdos trabalhados foram: a) ciência da prevenção; b) processo de implementação do CTC; c) estrutura da equipe e atribuições; d) treinamentos programados; e) medidas e instrumentos; f) linha do tempo (uma proposta de cronograma); e g) discussão, conclusões e definições de próximos passos. Nesse primeiro momento também

foi iniciada a tradução e adaptação dos instrumentos e dos materiais de treinamento para a realidade brasileira. No total, foram traduzidos quatro (4) instrumentos e cinco (5) treinamentos.

Para atingir a meta 1.2, referente a definição do escopo dos esforços preventivos na comunidade participante, o conselho acadêmico contratou uma liderança disposta a assumir a coordenação da coalizão comunitária. Além disso, o conselho acadêmico e a coordenação convidada mapearam as entidades e lideranças comunitárias (formais e informais) da comunidade. Entre os setores presentes na comunidade, foram identificadas entidades ligadas ao governo (n=3), polícia/segurança/justiça (n=1), negócios/setor privado (n=3), educação (n=7), saúde (n=2), assistência social (n=1), lideranças de fé (n=7), cultura/diversidade (n=4), associação de moradores (n=8), grupo de pais e professores (n=1), grupo de jovens/grêmio estudantil (n=1), esportes (n=3), pessoas da comunidade/lideranças informais (n=10).

Para identificar as possíveis lideranças inseridas nesses setores, foi utilizada a estratégia de amostragem por bola de neve (*snowball sampling*), um procedimento não probabilístico em que os participantes iniciais indicam novos respondentes, permitindo alcançar sujeitos de difícil acesso ou pertencentes a redes sociais específicas. Essa técnica é amplamente empregada em pesquisas qualitativas, pois possibilita mapear lideranças formais e informais a partir das próprias conexões sociais estabelecidas localmente (Vínuto, 2014). Com essas estratégias, foram identificadas setenta e quatro (74) pessoas. Em relação às escolas, foram mapeadas (n=3) instituições na comunidade e realizado a articulação para coleta de dados e envolvimento com o projeto. Nesta fase, não foi possível identificar os desfechos de saúde e comportamento que seriam abordados, devido ao atraso para coleta de dados do “Questionário com a Juventude sobre fatores de risco e proteção” e a indisponibilidade de dados produzidos pelos serviços da comunidade, como por exemplo, saúde e segurança pública.

A identificação dos problemas de prontidão, prevista na meta 1.3, foi realizada a partir da aplicação do “Questionário de Informantes Chave da Comunidade” com as lideranças. O questionário é a versão traduzida do *Community Key Informant Survey*, que também possui versões em espanhol do Chile e Colômbia. Foram obtidas 35 respostas das lideranças comunitárias. Nesta implementação piloto, o questionário foi aplicado na forma de pré-teste e está previsto para ser aplicado pós-teste ao completar 19 meses do início da implementação (Thurow, 2024).

O engajamento das lideranças, meta 1.4, foi iniciado com o convite para o encontro “Orientação para Lideranças”, na modalidade online, com duração de 4 horas. O facilitador, integrante da equipe de assistência técnica, ligada à equipe da *University of Miami*, apresentou os seguintes conteúdos: a) o sistema de prevenção Communities That Care (CTC) e b) o que é a “Ciência de Prevenção”. Um grupo de trinta e sete (37) pessoas participaram do treinamento. Destas, doze (12) sinalizaram interesse em compor a coalizão comunitária.

A meta 1.5 exige a análise e ação sobre questões relacionadas à prontidão comunitária ou desenvolvimento de um plano para abordá-las. Para ampliar a análise inicial de prontidão, o conselho acadêmico realizou a aplicação da “Entrevista sobre prontidão comunitária” (*Community Readiness Assessment Interview*), com seis (6) membros da coalizão. A entrevista foi realizada de forma presencial e individual, com roteiro semiestruturado e duração de aproximadamente 45 minutos. O instrumento qualitativo avalia os esforços da comunidade relacionados à prevenção, o conhecimento da comunidade sobre os esforços locais, as lideranças, o clima da comunidade, o conhecimento da comunidade sobre os problemas de uso abusivo de drogas e violências e quais recursos da comunidade se pode contar. Os dados foram analisados e utilizados para abordar as questões envolvendo a prontidão e abertura às mudanças junto às lideranças comunitárias. Posteriormente, os resultados do questionário e da entrevista

serão apresentados para a coalizão que realizará um plano de ação para o desenvolvimento da prontidão, objetivando concluir a meta.

A meta 1.6, implica em avaliar se a comunidade está pronta para prosseguir para a fase 2, que visa a formação da coalizão comunitária. Foram realizadas visitas em alguns pontos da comunidade, principalmente nas regiões conhecidas pela presença de maior vulnerabilidade social. Houve encontros presenciais e online para explicar o sistema preventivo, resultando na adesão de doze pessoas (12) para a constituição da coalizão comunitária.

Na percepção da coordenação da coalizão, de um representante do conselho acadêmica e da assistência técnica, a maioria das metas e indicadores da primeira fase foram concluídos, atingindo o percentual de 79,27%, com nível de desafio de 53,82 %. Os dados da análise documental corroboram com o resultado do *checklist* Metas e Indicadores referentes à fase 1, indicando que a maioria (1.1, 1.3, 1.4 e 1.6) das metas foram finalizadas, sendo que, a 1.2 e 1.5 foram parcialmente concluídas até a finalização desta pesquisa.

Ao avançar para a segunda fase, a primeira meta descrita no item 2.1, se refere ao desenvolvimento de uma coalizão comunitária. Esta fase iniciou com a coalizão formada. Dos doze (12) lideranças que aceitaram compor a coalizão, onze (11) participaram do treinamento “Orientação da Coalizão Comunitária” que ocorreu em três sessões. Na sessão I, foram trabalhados os seguintes conteúdos: a) o que é a “Ciência de Prevenção” e os fundamentos científicos do sistema CTC; b) o processo de mudança do sistema de prevenção; c) fases de implementação do CTC; d) criação de uma visão compartilhada para a comunidade. Na sessão II, foram abordados conteúdos sobre: a) as responsabilidades da Coalizão; b) exemplo de plano de ação (baseado na adaptação cultural do México); c) os benefícios de implementar o CTC na comunidade. A coalizão recebeu a tarefa de construir uma visão compartilhada e após debater coletivamente, o grupo chegou na seguinte definição:

O nosso Distrito é uma comunidade integrada, na qual crianças, jovens, adultos e idosos valorizam a participação em atividades coletivas e estabelecem vínculos com suas raízes culturais e com uma visão de futuro, que se baseia no respeito, na solidariedade e no senso de pertencimento. Lutam por melhor qualidade de vida, visando alcançar uma consciência socio culturalmente integrada, pautada em nossa identidade cultural e nos valores da sustentabilidade, economia solidária e preservação do meio ambiente.

Para seguir com a meta 2.2, educar e envolver a comunidade no processo de implementação do CQC, foi realizada a terceira sessão “Orientação da Coalizão Comunitária”. O treinamento buscou esclarecer as dúvidas a respeito do processo, da estrutura organizacional e das responsabilidades de cada grupo de trabalho constituinte da coalizão. Nessa comunidade, a coalizão foi dividida em quatro (4) grupos de trabalho: o GT1, responsável por revisar intervenções e monitorar a fidelidade; GT2, pelo gerenciamento e análise de dados; GT3, pela promoção do CTC e recrutamento de novos membros; e GT4, pela comunicação interna e articulação com parceiros externos.

A última meta (2.3), visou identificar se a comunidade está pronta para prosseguir para a fase 3. O conselho acadêmico aplicou o *Communities That Care Youth Survey*, em três (3) escolas da comunidade participante, obtendo um total de 397 respostas. Estes dados estão em processo de análise, para serem discutidos com as lideranças comunitárias.

Foi realizado um encontro com a coalizão comunitária, na qual foram compartilhadas as atualizações sobre a coleta de dados nas escolas e a falta de dados epidemiológicos produzidos pelos setores da comunidade, além da apresentação da identidade visual realizada

pelo GT- Comunicação. Identificou-se a diminuição dos membros da coalizão comunitária, que passou a ser composta por apenas seis (6) membros. Por fim, foi realizado o último treinamento sobre a “Estratégia de Desenvolvimento Social”, projetado para ajudar a coalizão comunitária a desenvolver uma compreensão mais profunda do Modelo de Desenvolvimento Social e criar um plano de ação para implementar esta ação na comunidade.

Sobre a fase 2, os participantes indicaram que 63,2 % das metas e indicadores foram concluídos até o momento, com nível de desafio de 54,63%. Os dados da análise documental confirmam que duas das três metas desta fase, estão em andamento (2.2 e 2.3). As duas metas que estão em andamento, precisam ser revistas após a análise dos dados do *Communities That Care Youth Survey*.

Foram realizadas reuniões frequentes com a coalizão comunitária, mas as atividades dos grupos de trabalho envolvendo a comunidade ficaram limitadas, principalmente pela falta dos dados do questionário sobre fatores de risco e proteção, que é o principal instrumento para fornecer o perfil comunitário e direcionar as ações. Outro desafio identificado foi a própria formação da coalizão comunitária. Houve uma baixa adesão das lideranças (37) para compor a coalizão (11) e esta continuou a se restringir, finalizando a fase com seis (6) integrantes. Por esse motivo, foi necessário diminuir o número de grupos de trabalho que compõem a coalizão comunitária. Na fase 3 - que aqui não foi objeto de análise detalhada, foram convidadas novas lideranças para compor a coalizão comunitária, passando a ser composta, novamente, por mais de 12 membros, que organizaram a devolução dos dados do *Communities That Care Youth Survey* para o grupo de lideranças, aberta a toda comunidade, como forma de iniciar o planejamento das ações preventivas.

Os principais desafios enfrentados durante as fases iniciais, relacionam-se com o atraso na aplicação dos instrumentos previstos, a limitação dos encontros com as lideranças e reuniões presenciais devido ao contexto pandêmico e a formação da coalizão comunitária. As principais alterações na fase 1, envolveram a tradução e adaptação de instrumentos e materiais de treinamento, a transição de encontros presenciais para o formato online, a redução da duração das formações, o ajuste da linguagem técnica e a adoção de metodologias mais interativas para ampliar o engajamento das lideranças. Já na fase 2, em função da baixa adesão e da rotatividade dos membros, houve a necessidade de reduzir o número de grupos de trabalho e reorganizar a dinâmica da coalizão.

4. Discussão

Durante a avaliação da implementação piloto, constatou-se que as fases 1 e 2 foram realizadas sem comprometer a fidelidade aos elementos centrais do CQC. Esses resultados parciais integram um ciclo de pesquisa em prevenção de caráter contínuo, fundamentado nos pressupostos da ciência da implementação, cujos princípios orientam tanto a produção de conhecimento científico quanto sua aplicação prática (Sloboda & David, 2021; *World Health Organization* [WHO], 2016). Assim, o objetivo não se restringe a identificar o que funcionou ou não, mas a compreender se o sistema CQC apresenta potencial para contribuir com a disseminação de intervenções comunitárias baseadas em evidências no Brasil. Esse aspecto é particularmente relevante, considerando que agências nacionais e internacionais têm demandado, de forma crescente, evidências de progresso e impacto para subsidiar investimentos públicos voltados à ampliação da equidade em saúde (*World Health Organization* [WHO], 2021).

Na avaliação de processo das fases iniciais do CQC, por se tratar de uma experiência piloto, ainda não é possível dimensionar integralmente o impacto das adaptações realizadas nos

resultados da implementação piloto. Entretanto, os aprendizados até aqui indicam que há espaço para promover adaptações culturais sem comprometer a fidelidade aos elementos centrais responsáveis pelos efeitos do sistema. Nas duas fases, avaliou-se que as adaptações realizadas incidiram predominantemente em aspectos superficiais da implementação, sem alterar os componentes ativos do sistema (Escoffery et al., 2018).

Adaptações superficiais referem-se a ajustes na forma da intervenção, tais como materiais, linguagem, informações e meios de divulgação, que buscam incorporar crenças e valores da comunidade, favorecendo adesão e engajamento. São alterações que visam aumentar a adesão e o envolvimento dos participantes. As modificações profundas envolvem adaptações que mexem nos elementos centrais do programa para aproximar da realidade local, impactando a análise de resultados (Escoffery et al., 2018). No caso do piloto do CQC, as modificações realizadas refletiram tanto limitações impostas pelo contexto quanto estratégias para assegurar a continuidade do processo durante as restrições da pandemia de Covid-19.

Em ambas as fases, alguns desafios foram identificados. Na primeira fase, *Iniciação e Preparação*, concentra-se na avaliação da prontidão comunitária e na construção das condições iniciais para a ação coletiva. São mapeados os recursos locais disponíveis, as lideranças existentes e o grau de mobilização da comunidade diante dos problemas relacionados à saúde mental dos jovens. Busca-se o engajamento de representantes dos setores público, privado e da sociedade civil, com o objetivo de estabelecer o apoio necessário à continuidade do processo. Essa mobilização culmina na formação de um grupo de lideranças que fornece suporte à coalizão (Fagan, 2019). Nesta fase, as principais dificuldades envolveram atrasos na aplicação do instrumento *Communities That Care Youth Survey*, e a indisponibilidade de dados epidemiológicos produzidos pelos serviços comunitários de saúde e segurança, o que dificultou a identificação precoce dos desfechos de interesse. Além disso, o contexto pandêmico limitou a realização de encontros presenciais e reduziu as possibilidades de engajamento direto com as lideranças locais.

Ao avançar para segunda fase, *Organização e Formação da Coalizão*, o objetivo é estruturar o grupo que conduzirá o CTC no território. Após um encontro de sensibilização, é oficialmente constituída a coalizão comunitária de prevenção, composta por representantes de diferentes segmentos sociais, incluindo moradores, lideranças formais e informais, profissionais de diversas áreas e jovens. Ao final, espera-se que a coalizão esteja formalizada e compromisso coletivo firmado para o trabalho compartilhado (Fagan, 2019). Os desafios dessa fase estiveram fortemente relacionados à própria constituição e manutenção da coalizão comunitária. Embora inicialmente 37 lideranças tenham participado das formações, apenas 12 aceitaram integrar a coalizão e, ao final da fase, o grupo se reduziu a seis membros ativos, comprometendo a divisão dos grupos de trabalho e a execução das atividades planejadas. Nesta fase, novamente a ausência de dados limitaram a construção do perfil comunitário e restringiram a atuação dos grupos de trabalho.

Os desafios identificados mostraram-se semelhantes aos enfrentados em outros contextos. Durante a implementação da fase 1 do CTC em diferentes países, identificou-se dificuldade em obter apoio dos diversos serviços e instituições comunitárias para a implementação do sistema de prevenção (Brady et al., 2018; Brown et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017; Steketee et al., 2013). Outro obstáculo recorrente foi o desenvolvimento da prontidão para a mudança nas comunidades, aspecto amplamente documentado na literatura internacional (Brown et al., 2021; Crow et al., 2006; Pérez-Gómez et al., 2016; Quinby et al., 2008; Rioseco, 2017).

Do mesmo modo, o atraso na construção do perfil comunitário observado em Santo Antônio também já havia sido relatado em outras localidades, inclusive naquelas que iniciaram a implementação antes da pandemia, influenciado principalmente pela ausência de indicadores locais e pela dificuldade de avaliação dos recursos comunitários, problemas mais acentuados em municípios ou comunidades de menor porte (Brady et al., 2018; Jonkman et al., 2009; Pérez-Gómez et al., 2016; Rioseco, 2017; Quinby et al., 2008). Uma alternativa para mitigar esse problema em implementações futuras seria a aplicação do *Communities That Care Youth Survey* já na fase 1, e não apenas na fase 3 como previsto originalmente no CTC (Pérez-Gómez et al., 2016), uma vez que a escassez de dados atualizados pode enfraquecer a legitimidade do processo e dificultar a definição de prioridades estratégicas.

Avalia-se que o desafio mais evidente em Santo Antônio de Lisboa, relacionado à Fase 2, referente à formação da coalizão comunitária, também foi relatado em outras implementações, sobretudo pelo número reduzido de participantes nas reuniões e a rotatividade, fatores que em alguns casos inviabilizam a divisão efetiva dos grupos de trabalho (Brown et al., 2021; Crow et al., 2006; Jonkman et al., 2009; Mejía-Trujillo & Pérez-Gómez, 2023; Pérez-Gómez et al., 2016; Quinby et al., 2008; Rioseco, 2017; Stockwell et al., 2005). Apesar disso, o contexto norte-americano, por exemplo, estudos longitudinais indicam altas taxas de adesão e continuidade das coalizões CTC, mesmo após o término do financiamento inicial (Feinberg et al., 2008; Gloppen et al., 2012). Na realidade colombiana, mais próxima à nossa, a sustentabilidade do processo a longo prazo foi possível devido ao financiamento estável e apoio governamental consistente (Mejía-Trujillo & Pérez-Gómez, 2023). De modo geral, o desafio relacionado à adesão das lideranças e à consolidação de coalizões preventivas manifesta-se em diferentes contextos comunitários (Amato et al., 2017), devendo ser monitorado continuamente por todos os atores envolvidos no processo de implementação para que seja superado (Franzoso et al., 2024).

A psicologia social comunitária latino-americana, que destaca o papel das comunidades como sujeitos políticos ativos, capazes de promover mudanças a partir de processos de conscientização e participação crítica (Freitas, 2014), tem muito a contribuir para o andamento da implementação do CQC, especialmente na compreensão das dificuldades encontradas no contexto brasileiro e na estruturação de sua adaptação cultural. Mais do que simples ajustes técnicos, essas mudanças devem ser entendidas como práticas de tradução cultural, que ampliam a acessibilidade do programa e sua consonância com os modos de vida locais.

Outro ponto fundamental é o reconhecimento de que estruturas formais de participação, como conselhos gestores e coalizões comunitárias, não garantem engajamento por si só. Apesar da existência de diversas experiências comunitárias exitosas, barreiras como baixa adesão, alta rotatividade e desigualdade de representação têm sido observadas em iniciativas brasileiras (Freitas, 2014). Assim, entende-se que a análise da baixa adesão das lideranças não deve se restringir a variáveis como prontidão ou percepção do problema, mas considerar também fatores sociais mais amplos, como a precariedade de recursos, a sobrecarga de papéis sociais e o histórico distanciamento entre comunidades e instituições formais (Baima & Guzzo, 2020; Gonçalves & Portugal, 2016).

Apesar dos desafios, a demanda por respostas às questões de saúde mental e uso abusivo de drogas entre jovens exige sistemas capazes de articular múltiplos contextos de desenvolvimento humano. O CQC, ao combinar protagonismo comunitário e intervenções baseadas em evidências, mostra potencial para gerar impactos positivos em diferentes níveis, (individual, familiar, escolar e comunitário) (Brown et al., 2016). Experiências latino-americanas reforçam essa perspectiva: na Colômbia, a implementação fortaleceu a governança

local e reduziu indicadores de envolvimento com a violência e uso abusivo de substâncias entre os jovens (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2023); no Chile, o *Youth Survey* subsidiou políticas intersetoriais (Eisenberg et al., 2021); e no México, a adaptação “Empresas que se Cuidam” apresentou resultados iniciais positivos no setor privado (Brown et al., 2021). Nesse sentido, os aprendizados do CQC podem orientar políticas públicas mais alinhadas às especificidades locais e articuladas a iniciativas comunitários já existentes.

5. Considerações Finais

A adaptação cultural do CTC ao Brasil, conseguiu implementar os elementos centrais do sistema preventivo conforme previsto, tendo realizado algumas adaptações mediadas pela sensibilidade cultural. Nesta direção, pode-se dizer que ele tem se mostrado viável para ser utilizado como sistema preventivo em nosso país.

O processo de implementação piloto na comunidade participante aqui descrita foi atravessado por diferentes barreiras e desafios, como por exemplo, o atraso significativo na coleta de dados sobre os fatores de risco e proteção da juventude, realizado somente no final do segundo ano de projeto, em função do contexto da pandemia da Covid-19, que implicou em dificuldades de compreensão das lideranças locais do âmbito de atuação da coalizão comunitária. Sendo assim, o atraso destes dados teve um forte impacto sobre a implementação, na medida em que a análise destes é central para o sistema CTC, a fim de a coalizão enxergar o problema do uso de drogas e violências da juventude de seu território e realizar, assim, o planejamento das ações preventivas dirigidos para as necessidades específicas desta comunidade. Esta ausência de dados contribui para a dificuldade da coalizão e lideranças compreenderem o racional do sistema e, assim, se engajarem nas ações previstas para o CTC.

Esta dimensão, a da compreensão das lideranças e membros da coalizão sobre os dos conceitos e princípios preventivos baseados em evidências propostos pelo CTC, é um dos seus elementos essenciais, para que as pessoas envolvidas possam, de fato, entender seu modelo lógico e garantir a implementação com qualidade e fidedignidade. O processo de implementação realizado indicou a necessidade de adaptações culturais no formato de entrega das formações do CTC, que tem um modelo muito centrado em conteúdo e pouco participativo. Inclusive algumas adaptações já foram realizadas no transcorrer dos treinamentos para atender esse desejo de participação, típico das comunidades e lideranças brasileiras

Apesar de certas dificuldades, a lógica de sistemas preventivos trouxe uma iniciativa promissora no Brasil para o campo da saúde mental e da prevenção ao abuso de drogas no Brasil, na medida em que propõe a organização de ações sistematizadas, baseadas em informações e dados consistentes sobre a realidade do território, a partir da participação e protagonismo da própria comunidade. Nesta direção, o Comunidades Que Cuidam estabelece um diálogo profícuo com avanços da ciência da prevenção no mundo e, em especial, com as necessidades da realidade da América Latina. Quanto às limitações deste estudo, pode-se considerar o recorte das fases iniciais (1 e 2) uma verificação parcial da fidelidade do sistema, exigindo assim, que as demais fases (3, 4 e 5) sejam acompanhadas para um diagnóstico integral. Também é preciso destacar que as informações da implementação advieram de um número pequeno de participantes, o que limita sua capacidade de generalização dos dados.

Referências

- Abimanyi-Ochom, J., Rowland, B., Brennan, A., & Toumbourou, J. W. (2024). Australian Communities That Care (CTC) intervention: Evidence and lessons for reducing underage alcohol use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 11602060. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050555>
- Amato, L., Mitrova, Z., Davoli, M., Ferri, M., Burkhart, G., Bo, A., Costa, C., Axford, N., Kock, C., & Faggiano, F. (2017). *Communities That Care (CTC): A comprehensive prevention approach for communities*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/publications/papers/communities-that-care_en
- Baima, L. S., & Guzzo, R. S. L. (2020). Psicologia comunitária e participação: Apontamentos históricos e considerações sobre o modelo do desenvolvimento comunitário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(3), 993–1013. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.54362>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Petersen, I., & Jenkins, R. (Eds.). (2019). *Implementing mental health promotion*. Springer Nature.
- Barrera, M., Berkel, C., & Castro, F. G. (2017). Directions for the advancement of culturally adapted preventive interventions: Local adaptations, engagement, and sustainability. *Prevention Science*, 18, 640–648. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0705-9>
- Brady, S. S., Parker, C. J., Jeffries, E. F., Simpson, T., Brooke-Weiss, B. L., & Haggerty, K. P. (2018). Implementing the Communities That Care prevention system: Challenges, solutions, and opportunities in an urban setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5, Suppl. 1), S70–S81. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.019>
- Brown, E. C., Graham, J. W., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Baldwin, M. M., Oesterle, S., & Abbott, R. D. (2009). Design and analysis of the Community Youth Development Study longitudinal cohort sample. *Evaluation Review*, 33(4), 311–334. <https://doi.org/10.1177/0193841X09337356>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Abbott, R. D. (2007). Effects of Communities That Care on prevention services systems: Findings from the Community Youth Development Study at 1.5 years. *Prevention Science*, 8(3), 180–191. <https://doi.org/10.1007/s11121-007-0068-3>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., Shapiro, V. B., Abbott, R. D., Oesterle, S., & Catalano, R. F. (2014). Prevention system mediation of Communities That Care effects on youth outcomes. *Prevention Science*, 15(5), 623–632. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0413-7>
- Brown, E. C., Montero-Zamora, P. A., Garcia, J. O., Aviles, K., Beaulieu, D., & Haggerty, K. P. (2021). Development and implementation of businesses that care in Zacatecas, Mexico. *Prevention Science*, 22(8), 1139–1149. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01312-w>
- Brown, L. D., Chilenski, S. M., Ramos, R., Gallegos, N., & Feinberg, M. E. (2016). Community prevention coalition context and capacity assessment: Comparing the United States and Mexico. *Health Education & Behavior*, 43(2), 145–155. <https://doi.org/10.1177/1090198115596165>
- Castro, F., & Yasui, M. (2017). Advances in EBI development for diverse populations: Towards a science of intervention adaptation. *Prevention Science*, 18, 623–629. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0809-x>
- Center for Communities That Care. (2019). *Communities That Care tools for community leaders: A guidebook for getting started*. Recuperado de <https://www.communitiesthatcare.net/wp-content/uploads/tools-for-community-leaders.pdf>

- Chu, J., & Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 45–57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Conceição, A. C., et al. (2025). *Implementação das metodologias de prevenção: Guia de ações para gestores* (3ª ed.). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD).
- Creswell, J. W. (2021). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE Publications.
- D'Tólis, P. O. A. (2018). *Avaliação da adaptação cultural do Programa Elos – Construindo Coletivos* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193636>
- Drugnet Ireland. (2025). Communities That Care is being implemented in Ireland for the first time. *Drugnet Ireland*, 94. Health Research Board. Recuperado de <https://www.drugsandalcohol.ie/40112/>
- Eisenberg, N., Brown, E., Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Paredes-Aguilar, M., Cardozo-Macías, F., De Maipo, F., & Guttmannova, K. (2020). Community utilization of risk and protective factor data for prevention planning in Chile and Colombia. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa075>
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoerfer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., Hartman, M., Fernandez, M. E., & Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science*, 13(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Fagan, A. A., Bumbarger, B. K., Barth, R. P., Bradshaw, C. P., Cooper, B. R., Supplee, L. H., & Walker, D. K. (2019). Scaling up evidence-based interventions in US public systems to prevent behavioral health problems: Challenges and opportunities. *Prevention Science*, 20(8), 1147–1168. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01048-8>
- Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Farrington, D. P., & Catalano, R. F. (2019). *Communities That Care: Building community engagement and capacity to prevent youth behavior problems*. Oxford University Press.
- Feinberg, M., Bontempo, D., & Greenberg, M. (2008). Predictors and level of sustainability of community prevention coalitions. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 495–501. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.030>
- Feinberg, M. E., & Greenberg, M. T. (2022). Communities That Care and community epidemiology: Data-driven prevention and coalition building. *Prevention Science*, 23(4), 623–635. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01376-1>
- Ferreira-Junior, V., Valente, J. Y., Andreoni, S., & Sanchez, Z. M. (2023). Effectiveness of D.A.R.E./Keepin' it REAL bullying prevention program among Brazilian students. *Journal of Adolescence*, 95, 311–321. <https://doi.org/10.1002/jad.12115>
- Fixsen, D. L. (2025). Fidelity, not adaptation, is essential for implementation. *Frontiers in Health Services*, 5, 1575179. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1575179>
- Frاندoloso, T. (2023). *Avaliação da fidelidade do processo de implementação piloto do sistema de prevenção Comunidades que Cuidam* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/257817>

- Franzolosso, T., Thurow, C., Gomes, G., & Schneider, D. (2024). Barriers and facilitators to implementing Communities That Care (CTC) in different countries. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.7-352>
- Gonçalves, M. A., & Portugal, F. T. (2016). Análise histórica da psicologia social comunitária no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 562–571. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p562>
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.022>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the Communities That Care prevention system: A community-randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122–129. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019*. IBGE. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). *Censo demográfico: 2000*. IBGE.
- Jonkman, H. (2015). *Communities That Care in Niedersachsen: Ergebnisse der Implementation von CTC in fünf Standorten (2013–2014)*. LPR.
- Jonkman, H. B., Haggerty, K. P., Steketee, M., Fagan, A., Hanson, K., & Hawkins, J. D. (2009). Communities That Care, core elements and context: Research of implementation in two countries. *Social Development Issues*, 30(3), 42–57. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712284/pdf/nihms51349.pdf>
- Kemp, L. (2016). Adaptation and fidelity: A recipe analogy for achieving both in population scale implementation. *Prevention Science*, 17(4), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0642-7>
- Kingston, B. E. (2025). Effects of the Communities That Care (CTC) prevention system during the COVID-19 pandemic: Lessons from urban communities affected by violence. *Journal of Community Psychology*, 53(1), 45–62. <https://doi.org/10.1007/s12103-025-09811-0>
- Kuklinski, M. R., Briney, J. S., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2021). Long-term impacts and benefit-cost analysis of the Communities That Care prevention system at age 23, 12 years after baseline. *Prevention Science*, 22(4), 437–450. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01184-6>
- McDavid, J. C., Huse, I., & Hawthorn, L. R. (2018). *Program evaluation and performance measurement: An introduction to practice*. Sage.
- Mejía-Trujillo, J., & Pérez-Gómez, A. (2023). Ten years of implementation of the preventive system Communities That Care in Colombia. *Journal of Concurrent Disorders*, 5(3), 67–83.
- Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Reyes-Rodríguez, M. F. (2015). Implementación y adaptación en Colombia del sistema preventivo Communities That Care. *Adicciones*, 27(4), 253–264. <https://doi.org/10.20882/adicciones.750>
- Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Eds.). (2015). *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Sinopsys.

- Pedroso, R. T., Juhásová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170566. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Brown, E. C., & Eisenberg, N. (2016). Adaptation and implementation of a science-based prevention system in Colombia: Challenges and achievements. *Journal of Community Psychology*, 44(4), 538–545. <https://doi.org/10.1002/jcop.21781>
- Quinby, R. K., Hanson, K., Brooke-Weiss, B., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Fagan, A. A. (2008). Installing the Communities That Care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 313–332. <https://doi.org/10.1002/jcop.20194>
- Rioseco, L. C. (2017). *Revisión sistemática de la implementación del sistema Communities That Care en Chile* [Unpublished work]. Fundación San Carlos del Maipo.
- Röding, D., Galanti, M. R., Romelsjö, A., Engqvist, U., & Stenström, U. (2021). Study protocol: A non-randomised community trial to evaluate the effectiveness of the Communities That Care prevention system in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 1905. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11935-x>
- Rowhani-Rahbar, A., Oesterle, S., Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., & Catalano, R. F. (2023). Effect of the Communities That Care prevention system on adolescent handgun carrying: A community-randomized trial. *JAMA Network Open*, 6(3), e230412. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6699>
- Sanchez, Z. M., Valente, J. Y., Gusmões, J. D. P., Ferreira-Junior, V., Caetano, S. C., Cogomoreira, H., & Andreoni, S. (2021). Effectiveness of a school-based substance use prevention program taught by police officers in Brazil: Two cluster randomized controlled trials of the PROERD. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103413. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103413>
- Schneider, D. R., Thurow, C. F., Franzoloso, T., Silva, L. G. D., Silva, G. G., Santos, E. L. D., Domingues, L. P., Anjos, L. P. D., Lopes, F. M., & Noto, A. R. (2025). Methodological characteristics of evaluative studies of drug prevention programs in Brazil: Scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33, e4578. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7709.4578>
- Sloboda, Z., & David, S. B. (2021). Commentary on the Culture of Prevention. *Prevention Science*, 22(1), 84–90.
- Steketee, M., Oesterle, S., Jonkman, H., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., & Aussems, C. (2013). Transforming prevention systems in the United States and the Netherlands using Communities That Care. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 19(2), 99–116. <https://doi.org/10.1007/s10610-012-9194-y>
- Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J., & Loxley, W. (Eds.). (2005). *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. John Wiley & Sons.
- Stirman, S. W. (2022). Implementing evidence-based mental-health treatments: Attending to training, fidelity, adaptation, and context. *Current Directions in Psychological Science*, 31(5), 436–442. <https://doi.org/10.1177/09637214221109601>
- Thurow, C. F. (2024). *Avaliação da prontidão comunitária no estudo piloto da adaptação cultural do sistema Comunidades que Cuidam no Brasil* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina.

- Toumbourou, J. W., Rowland, B., Stockwell, T., & Livingston, M. (2024). Using effective community coalitions to prevent mental and behavioral disorders at a national scale: Lessons from Communities That Care. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 40, 100835. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200322>
- Valente, J. Y., & Sanchez, Z. M. (2022). Short-term secondary effects of a school-based drug prevention program: Cluster-randomized controlled trial of the Brazilian version of DARE's Keepin' it REAL. *Prevention Science*, 23(1), 10–23. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01277-w>
- World Health Organization. (2016). *A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.

Informações complementares

Recebido em: 30/11/2023

Aceito em: 19/09/2025

Publicado em: 10/10/2025

Editores responsáveis: Dra. Cristiane Davina Redin Freitas e Dra. Leticia Lorenzoni Lasta

Autor correspondente: Tallita Franzoloso

Email: tallitafranzoloso@gmail.com

Conflito de interesses: Os autores declaram que não possuem qualquer conflito de interesse, financeiro ou não, que possa ter influenciado a elaboração, análise ou publicação deste manuscrito.

Financiamento: O projeto que deu origem a esta publicação foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Contribuição dos autores: Tallita Franzoloso: Conceitualização, análise de dados, pesquisa, metodologia, supervisão, redação do manuscrito original e redação – revisão e edição. Charlene Fernanda Thurow: Conceitualização, análise de dados, pesquisa, metodologia, supervisão, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição. Ana Regina Noto: Supervisão. Eric C. Brown: Metodologia e supervisão. Daniela Ribeiro Schneider: Conceitualização, análise de dados, pesquisa, metodologia, supervisão, redação do manuscrito original e redação – revisão e edição.

Dados dos autores

- *Tallita Franzoloso*. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Possui Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas".

- *Charlene Fernanda Thurow*. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas". Trabalha como psicóloga clínica desde 2017 utilizando a teoria existencialista Sartriana e membro do NEXIS - Núcleo Existencialista Sartriano de Blumenau/SC.

- *Ana Regina Noto*. Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do MBRP-Brasil (Centro de Pesquisa e Formação em *Mindfulness-Based Relapse Prevention*).

- *Eric C. Brown*. Professor Associado no Departamento de Ciências da Saúde Pública da Universidade de Miami. Diretor do programa de Doutorado em Ciência da Prevenção e Saúde Comunitária e Investigador Principal do grupo de Educação e Pesquisa em Prevenção na América Latina (PERLA).

- *Daniela Ribeiro Schneider*. Doutora em Psicologia e Professora titular aposentada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Mestrado profissionalizante em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Líder do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e Outras Drogas". Pesquisadora do PSICLIN/UFSC. Membro do GT Drogas e Sociedade da ANPPEP. Bolsista produtividade em pesquisa 2 pelo CNPQ.

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.
