



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CHARLENE FERNANDA THUROW

**AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO COMUNITÁRIA NO ESTUDO PILOTO DA
ADAPTAÇÃO CULTURAL DO SISTEMA “COMUNIDADES QUE CUIDAM” NO
BRASIL**

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

FLORIANÓPOLIS, SC

2024

CHARLENE FERNANDA THUROW

**AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO COMUNITÁRIA NO ESTUDO PILOTO DA
ADAPTAÇÃO CULTURAL DO SISTEMA “COMUNIDADES QUE CUIDAM” NO
BRASIL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

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

FLORIANÓPOLIS, SC

2024

Thurrow, Charlene Fernanda

Avaliação da Prontidão Comunitária no Estudo Piloto da Adaptação Cultural do Sistema "Comunidades Que Cuidam" no Brasil / Charlene Fernanda Thurrow ; orientador, Daniela Ribeiro Schneider, 2024.

181 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. prontidão comunitária. 3. prevenção. 4. mudança comunitária. 5. Communities That Care. I. Schneider, Daniela Ribeiro. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Charlene Fernanda Thurow

**Avaliação da Prontidão Comunitária no Estudo Piloto da Adaptação Cultural
do Sistema “Comunidades Que Cuidam” no Brasil**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 14 de junho de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Maria Inês Gandolfo Conceição, Dr.(a)
Universidade de Brasília (UnB)

Prof.(a) Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, Dr.(a)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof.(a) Ligia Rocha Cavalcante Feitosa, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

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

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Daniela Ribeiro Schneider, Dr.(a)
Orientadora

Florianópolis, 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente às comunidades de Parelheiros em São Paulo e Santo Antônio de Lisboa em Florianópolis pela possibilidade da realização da pesquisa. Agradeço pela atenção e paciência, esta pesquisa não poderia existir sem a disponibilidade de vocês.

Ao laboratório PERLA da Universidade de Miami, especialmente o Professor Eric e os colegas Arthur, Carol e Francisco. Agradeço a generosidade de compartilhar os aprendizados sobre o Sistema de Prevenção “*Communities That Care*” (CTC) e por tantas reuniões e trocas.

Ao laboratório NEPSIS da Universidade Federal de São Paulo, em especial a Professora Ana e as colegas Elaine, Liz e Leila. Agradeço às construções conjuntas que deram forma ao “Comunidades que Cuidam” (CQC).

Ao nosso PSICLIN, laboratório da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Agradeço a todas as bonitas (e alguns bonitos) que passaram pela minha trajetória de seis anos, de 2018 - 2024 incluindo o mestrado na UFSC. Um carinho especial às bonitas antigas, Adria, Juliana, Milene, Claudia e Gabriela. Agradeço imensamente aos meus companheiros de CQC e grandes amigos Tallita, Guilherme e Leila, que estiveram ao meu lado e contribuíram ativamente na construção desta tese. Obrigada por todo amor, carinho e parceria nesse processo.

Aos meus colegas psicoterapeutas existenciais, especialmente a Bruna, minha dupla eterna e implacável, que está ao meu lado desde o primeiro semestre de graduação. Agradeço pelas construções realizadas no grupo de estudos de casos clínicos com Joana e o Professor Beto, além de todos os colegas do Instituto Nexis que fazem um trabalho transformador e responsável.

Aos meus poucos amigos, mas que se fazem muito presentes. Agradeço ao Lucas e Jorge, Grazi e Fábio, Dudu, July, Jéssica e Thiago por todas as vezes que vocês estiveram ao meu lado e me valorizaram nessas minhas escolhas “doidas” de seguir estudando. Agradeço por todas as vezes que nos encontramos, pelo carinho e acolhimento.

À minha família extensa, que está parte perto e outra parte espalhada pelo mundo, especialmente meu irmão Alexandre e primos irmãos Eloisa, Lucas e Guilherme. Agradeço especialmente às minhas madrinhas presentes, tia Sara e Regina, por acreditarem tanto em mim.

Aos meus pais, Charles e Jane, por serem um fundamento tão sólido e me apoiarem no meu projeto acadêmico. Mesmo que não entendam tudo o que significa, o apoio foi sempre incondicional. Agradeço por valorizarem a minha caminhada, se abrirem para rever suas concepções e me escutarem.

Ao meu amor, Ronan, que há uma década está ao meu lado, me acompanhando, me apoiando e essencialmente me amando. Agradeço pelo imenso companheirismo e carinho.

À minha orientadora eterna, Professora Daniela, que é minha maior mediação como pesquisadora e professora. Agradeço por essa relação pautada no respeito, no mútuo aprendizado e por abrir sua casa, permitir que eu conheça sua família e conviver com a sua mãe querida.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (CAPES), pela bolsa concedida no mestrado e doutorado, sob o código de Financiamento: 001. Este recurso constituiu a condição de possibilidade para meu perfil de pesquisadora.

“Acredito que somos uma comunidade e que devemos cuidar uns dos outros”

Malala Yousafza

Charlene Fernanda Thurow. Avaliação da Prontidão Comunitária no Estudo Piloto da Adaptação Cultural do Sistema “Comunidades Que Cuidam” no Brasil. Florianópolis, 2024. Tese de Doutorado em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ribeiro Schneider. Data da defesa: 14/06/2024.

RESUMO

O *Communities That Care* faz em sua primeira fase a avaliação da prontidão comunitária, verificando fatores como o apego à comunidade, iniciativa, eficácia e liderança local. Essas são características contextuais importantes que influenciam na capacidade de mudança comunitária. Essa pesquisa pertence ao macro projeto: “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”. Esta tese tem por objetivo avaliar a prontidão comunitária no processo de implementação piloto do Sistema de Prevenção “Comunidades Que Cuidam” no Brasil. Os objetivos específicos foram: (a) Levantar o histórico do conceito e das medidas de prontidão comunitária; (b) Analisar a prontidão comunitária, segundo o modelo do *Communities That Care*, na implementação piloto do sistema preventivo ao Brasil; (c) Analisar a prontidão comunitária, segundo o *Community Readiness Model*, na implementação piloto do “Comunidades que Cuidam” no Brasil; e (d) Refletir sobre a relevância do fenômeno da prontidão comunitária para o país e desafios para a próxima implementação. Esta pesquisa possui abordagem mista, delineamento descritivo, de levantamento, observação indireta e corte longitudinal. A amostra foi composta por 70 líderes-chaves que responderam a escala, sendo 34 da comunidade localizada na cidade de São Paulo e 36 na comunidade de Florianópolis. As entrevistas foram realizadas com 06 integrantes da coalizão da comunidade Florianópolis. Os resultados foram sumarizados em três artigos: (1) “O que é prontidão comunitária e quais as suas contribuições para o Brasil?” revisão teórico-conceitual sobre prontidão comunitária; (2) “A prontidão comunitária no estudo piloto do Comunidades que Cuidam no Brasil” aplicação da escala *Community Key Informant Survey* com os líderes-chave das comunidades de São Paulo e Florianópolis; e (3) “Entrevista sobre prontidão comunitária para intervenções preventivas: experiência piloto de adaptação ao Brasil” entrevista baseada no *Community Readiness Model* com a coalizão comunitária de Florianópolis. Por fim, produziu-se uma discussão integrada dos resultados de prontidão e uma reflexão sobre as vantagens dos instrumentos utilizados e desafios para os próximos ciclos de pesquisa. As comunidades se destacaram positivamente em relação à coesão de suas ideias, sua organização e atitudes em relação à prevenção. Entretanto, foi verificada uma dificuldade para produzirem mudanças nos territórios, apresentando movimentos de resistência. As comunidades têm uma percepção de que as drogas estão disponíveis e que seu uso é considerado comum, por outro lado, o uso é entendido como um comportamento de risco e nocivo para a saúde e o ambiente da comunidade. A maioria das lideranças compreende uma urgência para ações preventivas, porém sem conhecimento aprofundado sobre programas baseados em evidência. Esta tese buscou contribuir para a ampliação de propostas preventivas do Brasil, explorando o conceito de prontidão comunitária e duas possibilidades de mensuração, ainda inexistentes no país. A prontidão comunitária não apenas prepara as comunidades para a implementação eficaz de

intervenções preventivas, mas também fortalece a capacidade das comunidades de identificar, mobilizar e abordar problemas de saúde pública de forma proativa e colaborativa.

Palavras-chave: prevenção; prontidão comunitária; *Communities That Care*; mudança comunitária.

Charlene Fernanda Thurow. Assessment of Community Readiness in the Pilot Study of the Cultural Adaptation of "Communities That Care" System in Brazil. Florianópolis, 2024. Doctoral Dissertation in Psychology - Graduate Program in Psychology. Federal University of Santa Catarina. Advisor: Prof. Dr. Daniela Ribeiro Schneider. Defense Date: 06/14/2024.

ABSTRACT

The "Communities That Care" system evaluates community readiness in its first phase, assessing factors such as community attachment, initiative, efficacy, and local leadership. These are important contextual characteristics that influence the capacity for community change. This research is part of the macro project: Pilot study for the cultural adaptation of the "Communities That Care" Prevention System in Brazil. This dissertation aims to evaluate community readiness in the pilot implementation process of the "Communities That Care" Prevention System in Brazil. The specific objectives were: (a) To review the history of the concept and measures of community readiness; (b) To analyze community readiness according to the "Communities That Care" model in the pilot implementation of the preventive system in Brazil; (c) To analyze community readiness according to the "Community Readiness Model" in the pilot implementation of the "Communities That Care" system in Brazil; and (d) To reflect on the relevance of the community readiness phenomenon for the country and the challenges for future implementation. This research has a mixed-methods approach, with a descriptive design, survey, indirect observation, and longitudinal cut. The sample consisted of 70 key leaders who completed the questionnaire, with 34 from the community of São Paulo and 36 from the community of Florianópolis. Interviews were conducted with 06 members of the community coalition in Florianópolis. The results were summarized in three articles: (1) What is community readiness and what are its contributions to Brazil? - a theoretical-conceptual review of community readiness; (2) Community readiness in the pilot study of Communities That Care in Brazil - application of the "Community Key Informant Survey" with key leaders from the communities of São Paulo and Florianópolis; and (3) Interview on community readiness for preventive interventions: pilot adaptation experience in Brazil - interview based on the "Community Readiness Model" with the community coalition of Florianópolis. Finally, an integrated discussion of the readiness results and a reflection on the advantages of the instruments used and challenges for future research cycles were produced. The communities stood out positively in terms of the cohesion of their ideas, their organization, and attitudes towards prevention. However, there was a difficulty in bringing about changes in the territories, showing resistance movements. The communities perceive that drugs are available and that their use is considered common. On the other hand, drug use is understood as risky behavior and harmful to the health and environment of the community. Most leaders understand the urgency for preventive actions but lack in-depth knowledge of evidence-based programs. This dissertation sought to contribute to the expansion of preventive proposals in Brazil, exploring the concept of community readiness and two measurement possibilities, which are still non-existent in the country. Community readiness not only prepares communities for the effective implementation of preventive interventions but also strengthens the capacity of communities to identify, mobilize, and address public health issues proactively and collaboratively.

Keywords: prevention; community readiness; Communities That Care; community change.

Charlene Fernanda Thurow. Evaluación de la Disponibilidad Comunitaria en el Estudio Piloto de la Adaptación Cultural del Sistema “Comunidades que Cuidan” en Brasil. Florianópolis, 2024. Tesis de doctorado en Psicología - Programa de Posgrado en Psicología. Universidad Federal de Santa Catarina. Asesora: Prof^a. Dr^a. Daniela Ribeiro Schneider. Fecha de defensa: 14/06/2024.

RESUMEN

El sistema *Communities That Care* evalúa la disponibilidad comunitaria en su primera fase, destacando factores como el apego a la comunidad, la iniciativa, la eficacia y el liderazgo local. Estas son características contextuales importantes que influyen en la capacidad de cambio comunitario. Esta investigación pertenece al macro proyecto: “Estudio piloto para la adaptación cultural del Sistema de Prevención *Communities That Care* en Brasil”. Esta tesis tiene por objetivo evaluar la disponibilidad comunitaria en el proceso de implementación piloto del Sistema de Prevención “Comunidades que Cuidan” en Brasil. Los objetivos específicos fueron: (a) Revisar la historia del concepto y las medidas de disponibilidad comunitaria; (b) Analizar la disponibilidad comunitaria, según el modelo de *Communities That Care*, en la implementación piloto del sistema preventivo en Brasil; (c) Analizar la disponibilidad comunitaria, según el *Community Readiness Model*, en la implementación piloto de Comunidades que Cuidan en Brasil; y (d) Reflexionar sobre la relevancia del fenómeno de la disponibilidad comunitaria para el país y los desafíos para futuras implementaciones. Esta investigación tiene un enfoque de métodos mixtos, con un diseño descriptivo, encuesta, observación indirecta y corte longitudinal. La muestra consistió en 70 líderes clave que respondieron al cuestionario, con 34 de la comunidad de la ciudad de São Paulo y 36 de la comunidad del Florianópolis. Se realizaron entrevistas con 06 miembros de la coalición comunitaria de Florianópolis. Los resultados se resumieron en tres artículos: (1) “¿Qué es la disponibilidad comunitaria y cuáles son sus contribuciones para Brasil?” revisión teórico-conceptual sobre disponibilidad comunitaria; (2) “La disponibilidad comunitaria en el estudio piloto de Comunidades que Cuidan en Brasil” aplicación del cuestionario *Community Key Informant Survey* con los líderes clave de las comunidades de São Paulo y Florianópolis; y (3) “Entrevista sobre disponibilidad comunitaria para intervenciones preventivas: experiencia piloto de adaptación a Brasil” entrevista basada en el *Community Readiness Model* con la coalición comunitaria de Florianópolis. Finalmente, se produjo una discusión integrada de los resultados de disponibilidad y una reflexión sobre las ventajas de los instrumentos utilizados y los desafíos para los próximos ciclos de investigación. Las comunidades se destacaron positivamente en cuanto a la cohesión de sus ideas, su organización y actitudes hacia la prevención. Sin embargo, se verificó una dificultad para producir cambios en los territorios, presentando movimientos de resistencia. Las comunidades tienen la percepción de que las drogas están disponibles y que su uso es considerado común. Por otro lado, el uso es entendido como un comportamiento de riesgo y perjudicial para la salud y el ambiente de la comunidad. La mayoría de los líderes comprenden la urgencia de acciones preventivas, pero sin un conocimiento profundo sobre programas basados en evidencia. Esta tesis buscó contribuir a la expansión de propuestas preventivas en Brasil, explorando el concepto de disponibilidad comunitaria y dos posibilidades de medición, que aún no existen en el país. La disponibilidad comunitaria no solo prepara a las comunidades

para la implementación eficaz de intervenciones preventivas, sino que también fortalece la capacidad de las comunidades para identificar, movilizar y abordar problemas de salud pública de manera proactiva y colaborativa.

Palabras clave: prevención; disponibilidad comunitaria; *Communities That Care*; cambio comunitario.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria da Mudança que Fundamenta o Sistema de Prevenção <i>Communities That Care</i>	23
Figura 2 - Fases de Implementação do Sistema de Prevenção <i>Communities That Care</i>	24
Figura 3 - Estágios da Relação da Comunidade com a Prevenção de Base Científica.....	26
Figura 4 - Estrutura do Modelo de Desenvolvimento de Prontidão Prevista no <i>Community Readiness Model</i>	40
Figura 5 - Estágios de Prontidão do <i>Community Readiness Model</i> , por Plested et al., 2009...	42
Figura 6 - Síntese dos Artigos Produzidos na Tese com Detalhamento Sobre a Metodologia Utilizada	52
Figura 7 - Localização Geográfica do Distrito de Santo Antônio de Lisboa na Ilha de Florianópolis em Santa Catarina.....	156
Figura 8 - Imagem com os Quatro Bairros Componentes do Distrito de Santo Antônio de Lisboa (Cacupé, Santo Antônio de Lisboa, Sambaqui e Barra do Sambaqui)	157
Figura 9 - Abrangência Geográfica da Unidade Básica de Saúde do Jardim Iporã (Jardim Casa Grande, Jardim Iporã e Jardim Herplin) na Cidade de São Paulo	158
Figura 10 - Modelo de Folha de Pontuação Individual e de Consenso do <i>Community Readiness Model</i> , Presente no Manual Pested et al., 2006.....	178

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do Perfil dos Líderes-chave por Idade, Escolaridade e Tempo de Residência na Comunidade de São Paulo e de Florianópolis, Participantes da Implementação Piloto do Comunidades que Cuidam no Brasil	32
Tabela 2 - Instituição em que os Líderes-chave, Participantes do Piloto do Sistema de Prevenção do Comunidades que Cuidam no Brasil, estão Envolvidos	33
Tabela 3 - Treinamentos Previstos no Estudo Piloto da Adaptação Cultural do Comunidades que Cuidam para o Brasil	44
Tabela 4 - Resultado do Coeficiente Alfa para Cada Dimensão da Escala “ <i>Community Key Informant Survey</i> ”	47
Tabela 5 - Resultados dos Escores de Prontidão Comunitária para Mudança nas Comunidades de São Paulo (São Paulo) e Santa Catarina (Florianópolis)	49
Tabela 6 - Pontuações de Consenso das Entrevistas por Dimensão e Pontuação Final da Prontidão Comunitária em Florianópolis.....	50

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO	1
1.2	ALGUMAS REFLEXÕES	2
1.3	ALGUNS ESCLARECIMENTOS INICIAIS	3
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS DO ESTUDO	29
3.1	OBJETIVO GERAL	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	MÉTODO	30
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	30
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	30
4.3	PARTICIPANTES	31
4.4	INSTRUMENTOS	34
4.4.1	<i>Community Key Informant Survey (CKIS)</i>	34
4.4.2	<i>Community Readiness Model (CRM)</i>	40
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
4.5.1	<i>Procedimentos de coleta de dados quantitativos</i>	45
4.5.2	<i>Procedimentos de coleta de dados qualitativos</i>	45
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.6.1	<i>Análise de dados quantitativos</i>	46
4.6.2	<i>Análise de dados qualitativos</i>	50
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	51
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
5.1	ARTIGO 1 - O QUE É PRONTIDÃO COMUNITÁRIA E QUAIS AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O BRASIL?	53
5.2	ARTIGO 2 - A PRONTIDÃO COMUNITÁRIA NO ESTUDO PILOTO DO “COMUNIDADES QUE CUIDAM” NO BRASIL	81
5.3	ARTIGO 3 - ENTREVISTA SOBRE PRONTIDÃO COMUNITÁRIA PARA INTERVENÇÕES PREVENTIVAS: EXPERIÊNCIA PILOTO DE ADAPTAÇÃO AO BRASIL	105
6	DISCUSSÃO INTEGRADA	128
6.1	A PRONTIDÃO COMUNITÁRIA DO DISTRITO DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA	129
6.2	DEVOLUTIVAS SOBRE OS INSTRUMENTOS DE PRONTIDÃO	137
6.2.1	<i>Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave</i>	137
6.2.2	<i>Entrevista sobre Prontidão Comunitária</i>	140

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	REFERÊNCIAS	147
	ANEXO 1	156
	ANEXO 2	157
	ANEXO 3	158
	ANEXO 4	159
	ANEXO 5	171
	ANEXO 6	173
	ANEXO 7	178
	APÊNDICE A	179

1 APRESENTAÇÃO

Nossa vida é construída através das relações que nos mediam na caminhada, portanto, as pessoas que atravessam essa história que vou contar, são essenciais para a minha trajetória e formação. Nos parágrafos a seguir, me permitirei uma escrita mais livre dos parâmetros formais, com o intuito de melhor traduzir a experiência do meu processo formativo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO

Tive contato com a área da prevenção apenas no último ano da graduação, ao conhecer o professor João Horr, recentemente formado na UFSC que, posteriormente, se tornou meu orientador no trabalho de conclusão do curso. Este professor avaliou, em sua dissertação de mestrado, aspectos da implementação do #tamojunto, adaptação cultural brasileira do programa europeu *Unplugged*. O Governo brasileiro, por meio da Coordenadoria Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, iniciou em 2013 uma série de investimentos sobre programas de prevenção ao abuso de drogas. O #tamojunto, faz parte dos três programas de prevenção baseados em evidência que foram adaptados transculturalmente para a realidade brasileira, inaugurando um novo horizonte no movimento de prevenção do país. A partir desta mediação, eu comecei a estudar e pesquisar na área de prevenção.

Após concluir o curso de graduação em psicologia, apresentei no ano seguinte meu trabalho de conclusão de curso em um congresso de prevenção. Na ocasião, tive a oportunidade de conhecer alguns pesquisadores da área, dentre elas a orientadora de mestrado do professor João, que acabou se tornando minha própria orientadora de mestrado, a professora Daniela Ribeiro Schneider. Identifiquei-me com a perspectiva daquele grupo e me senti motivada para participar da seleção de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP) da UFSC.

No ano de 2018, iniciei o mestrado e me inseri no Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN). Com o objetivo de ampliar as propostas preventivas baseadas em evidências no Brasil, a professora Daniela embarcou em um novo projeto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção Comunitário *Communities That Care* (CTC). Em um projeto multicêntrico, envolvendo a UFSC e o PSICLIN; a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob-responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Ana Regina Noto do Núcleo de

Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e a *University of Miami*, com o Prof. Dr. Eric Brown do *Prevention Education and Research in Latin America* (PERLA Lab.).

Em um primeiro momento, o PSICLIN se focou na adaptação cultural do instrumento *Communities That Care Youth Survey* (CTCYS), utilizado para o diagnóstico sobre os fatores de risco e proteção de jovens na comunidade. Envolvi-me neste projeto e realizei um estudo exploratório sobre o material empírico disponível na literatura científica sobre o instrumento CTCYS que solidificou minha dissertação de mestrado na UFSC.

Empolgada com a possibilidade de trabalhar na adaptação cultural do sistema de prevenção CTC para o Brasil, e ainda mais focada no meu *projeto de ser* professora, entrei no doutorado em 2020. Com o desejo de participar de um trabalho em campo e da implementação de uma estratégia de prevenção mais crítica, que leva em consideração a identidade da comunidade, seu território afetivo e a formação de uma coalizão constituída pelas lideranças comunitárias, surgiu a minha proposta de tese: Avaliação da Prontidão Comunitária no estudo piloto da Adaptação Cultural do Sistema “Comunidades Que Cuidam”.

1.2 ALGUMAS REFLEXÕES

Percebo em minha trajetória um movimento dialético no que diz respeito à perspectiva sobre a ciência da prevenção. Iniciei meus estudos, de certa forma, vislumbrada com a promessa de programas que conseguem comprovar sua eficácia e efetividade, seja em qual contexto for implementado. Aos poucos, fui construindo algumas críticas sobre esse modelo, que hoje não me parecem sensíveis aos contextos ou às necessidades de cada território. Contudo, o processo de criação de uma estratégia preventiva, que consiga atender a estes parâmetros da prevenção baseada em evidências, é complexo. Em síntese, um sistema comunitário que faça a avaliação das necessidades e integre em seu escopo as estratégias já produzidas pela comunidade, assim como, a implementação de ações, estratégias, políticas e programas, me pareceu imperativo.

Hoje, reconheço que luto por uma psicologia que trabalha no sentido de evitar agravos, que busca reduzir a desigualdade social, que valoriza a identidade comunitária e estimula o senso de pertencimento. Uma ciência que é concebida com as pessoas que terão suas vidas afetadas por ela, que se propõe científica, mas também sensível à realidade do

território, às necessidades das pessoas inseridas em um contexto histórico, social, material e afetivo.

Todo esse processo formativo e envolvimento com projetos dessa magnitude, só foi possível a partir do recebimento de bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (CAPES) – código de Financiamento 001.

1.3 ALGUNS ESCLARECIMENTOS INICIAIS

Ao longo dessa tese, a sigla “CTC” será utilizada para identificar o sistema de prevenção de forma geral, adaptado mundialmente. Já a sigla “CQC” representará especificamente a versão Brasileira do sistema, intitulada “Comunidades que Cuidam”, que já é fruto do macro projeto em curso: “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”.

Desejo concluir, esclarecendo que esta tese foi realizada não apenas por mim, mas composta por muitas contribuições, desde os líderes e membros da coalizão comunitária, até os colegas do PSICLIN, bem como do NEPSIS e PERLA. Os desafios e limites metodológicos da pesquisa, que serão dispostos nas páginas a seguir, estão relacionados às dinâmicas do macro projeto, prazos e acordos entre as equipes de implementação. Essa pesquisa pertence a um projeto multicêntrico de relevância para a ciência preventiva brasileira e as dificuldades desse processo são características de projetos desta magnitude.

2 INTRODUÇÃO

A ciência da prevenção está em desenvolvimento e vem possibilitando a qualificação de estratégias preventivas, principalmente devido à aliança da prática com a pesquisa. Nas últimas décadas, percebeu-se que, para que ações preventivas sejam bem-sucedidas, estas devem incluir uma abordagem colaborativa e um planejamento sistemático (Pedroso et al., 2019). Compreende-se, atualmente, a relevância da construção de estratégias fundamentadas na ética da prevenção baseada em evidência, pois estas se comprometem à superação da fragmentação/ desclassificação social, além da responsabilidade dos gastos públicos e da efetividade das estratégias implementadas (Sloboda & Petras, 2014).

Os modelos de intervenções preventivos mais amplos são chamados de sistemas. Possibilitam a articulação de múltiplos componentes preventivos, como políticas, programas e estratégias, tomando a comunidade como base de intervenção (Brown, 2015). Ainda há poucos sistemas desenvolvidos e avaliados devido a sua complexidade, porém, um deles tem ganhado destaque na ciência da prevenção por sua vasta implementação em contextos diversos, sua base teórica consolidada e resultados significativamente positivos: o *Communities That Care* (CTC) (*“Blueprints for Healthy Youth Development | Blueprints Programs,”* n.d.; Sloboda & Petras, 2014).

O sistema CTC foi desenvolvido pelos pesquisadores David Hawkins e Richard Catalano da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, por volta de 1980 (Hawkins et al., 2008). O CTC segue uma estrutura de pesquisa participativa de base comunitária (*Community Based Participatory Research*) e uma abordagem de saúde pública (Palinkas et al., 2010). Busca estabelecer fortes ligações entre empoderamento da comunidade, ciência de prevenção e implementação do programa baseados em evidência (Shapiro et al., 2013, 2015).

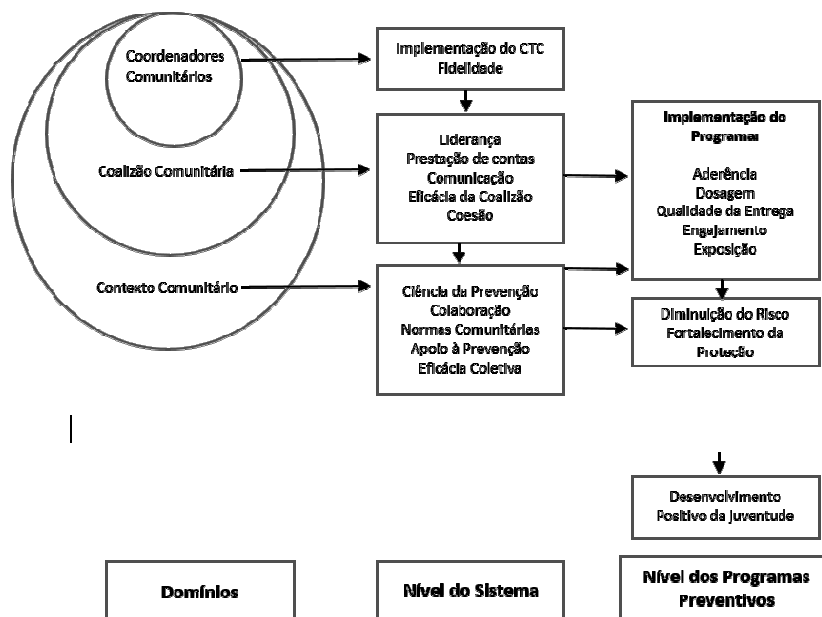
Intervém em diversos âmbitos da estrutura social (comunidade, escola, família, pares e indivíduos) valorizando as características culturais da comunidade (Kim et al., 2015). A assimilação das singularidades do território comunitário é realizada com ferramentas de coleta de dados e relatórios empiricamente validados, para priorizar fatores de risco e de proteção e combiná-los com intervenções preventivas baseadas em evidências (Arthur et al., 2002; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Visa à redução dos fatores de riscos, o aumento de fatores protetivos e a promoção do desenvolvimento saudável da juventude, garantindo que os jovens aprendam as habilidades necessárias para serem bem sucedidos em seu envolvimento e interação comunitária (Hawkins et al., 2002).

Os fatores de risco e desfechos que costumam ser foco do CTC são: a redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas; do comportamento antissocial; de violências; do *bullying*; da gravidez na adolescência; da evasão escolar e da incidência de jovens em conflito com a lei. Os fatores protetivos envolvem: (a) ampliar habilidades sociais nas relações comunitárias; (b) criar oportunidades para a participação do indivíduo nas ações da comunidade; (c) reconhecer os movimentos e conquistas na relação pró-social; (d) potencializar laços afetivos; (e) elucidar quais os comportamentos esperados na relação comunitária (Arthur et al., 2007; Larrosa & Palomo, 2012).

A organização do CTC é baseada na mobilização de pessoas que formam a coalizão comunitária (Abreu et al., 2015). A coalizão comunitária é constituída por representantes dos diversos setores presentes na comunidade que irão refletir sobre os valores da comunidade, compreender as demandas foco de prevenção e implementar as ações do sistema (Brown, 2015). Esta mobilização comunitária implica na diminuição da desorganização social da comunidade, promove o trabalho conjunto e a reciprocidade entre os residentes da comunidade. Potencializa o comprometimento com iniciativas de prevenção e a sensação de pertencimento, possibilitando um envolvimento comunitário gratificante (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). A Figura 1 evidencia a teoria de mudança que fundamenta o sistema de prevenção, segundo Brown et al., 2011.

O CTC é dividido em 5 fases, como apresentado na Figura 2. A primeira fase é focada na preparação da comunidade e avaliação da prontidão comunitária. Essa avaliação é essencial para reconhecer a abertura da comunidade para enfrentar processos de mudança; assim como identificar recursos e barreiras para a implementação do sistema. Os líderes formais e informais são identificados e convidados para conhecer a proposta do sistema. Ainda são mapeadas as escolas da comunidade para realizar a avaliação de risco e proteção dos adolescentes e jovens (Oliveira Corrêa, 2014; “*Programs to Reduce Violence, Alcohol & Tobacco - Communities That Care*,” n.d.).

Figura 1 - Teoria da Mudança que Fundamenta o Sistema de Prevenção *Communities That Care*



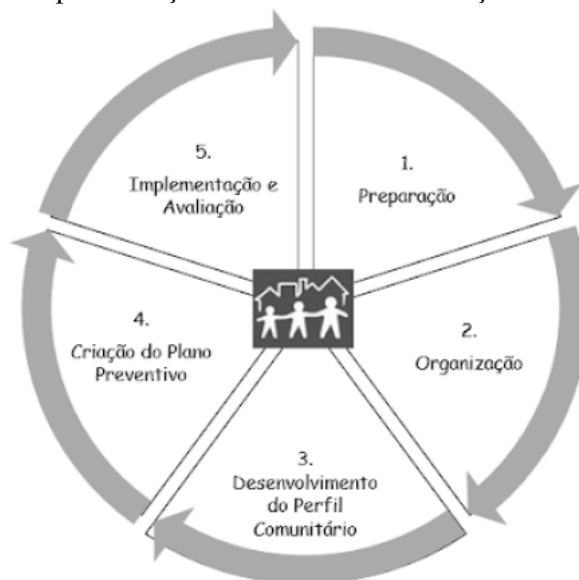
A segunda fase é de mobilização e organização da coalizão comunitária. A coalizão aprende, nesse estágio, sobre a ciência da prevenção, envolve-se em grupos de trabalho e passa por treinamentos contínuos para a implementação do CTC. Na terceira fase é construído o perfil comunitário. Por meio do instrumento *Communities That Care Youth Survey* (CTCYS) são mapeados os fatores de risco e proteção locais e as áreas de maior urgência para a intervenção. As prioridades são estabelecidas, a partir de treinamentos oferecidos à coalizão para a interpretação dos dados. Também são identificados e avaliados os recursos já construídos pela comunidade para prevenção (Hawkins et al., 2008; “Programs to Reduce Violence, Alcohol & Tobacco - Communities That Care,” n.d.).

Na quarta fase o plano estratégico de ação é criado pela coalizão, que define metas objetivas com o foco na mudança dos fatores de risco e desfechos prioritários. A seleção dos desfechos prioritários é realizada a partir do resultado do levantamento da terceira fase e os programas, políticas ou estratégias para intervir nas demandas da comunidade, são escolhidos (“Programs to Reduce Violence, Alcohol & Tobacco - Communities That Care,” n.d.; Sloboda & Petras, 2014).

Na quinta fase a coalizão recebe treinamentos para o monitoramento e avaliação das estratégias de prevenção escolhidas. As fases de implementação do sistema são consideradas cíclicas, devido à reavaliação do processo. Os fatores de risco e proteção presentes na

comunidade são atualizados a cada dois anos, buscando estabelecer novas metas, estendendo-as a outras áreas a serem atendidas no território comunitário (Hawkins et al., 2002; “Programs to Reduce Violence, Alcohol & Tobacco - Communities That Care,” n.d.).

Figura 2 - Fases de Implementação do Sistema de Prevenção *Communities That Care*



Fonte. Site oficial do sistema (<https://www.communitiesthatcare.net/>).

Há vários estudos de eficácia e de efetividade do sistema CTC, publicados na literatura (Brown et al., 2007, 2009, 2014). O mais completo estudo de efetividade chama-se “*Community Youth Development Study*” (Fagan et al., 2019; Hawkins et al., 2008, 2009, 2012, 2014). É um ensaio clínico randomizado realizado entre 2002 e 2008, período de implementação do sistema; e entre 2009 a 2017 em fase de sustentabilidade. Incluiu 4.407 estudantes de 24 comunidades, dentre elas, 12 comunidades controle. Os resultados gerais dos estudos apontaram um impacto significativo, visto que as comunidades que receberam o CTC apresentaram melhor desenvolvimento em comparação às que não receberam (Brown et al., 2009).

De maneira gradativa, os resultados evidenciaram que os estudantes da 7ª série que receberam o CTC apresentaram menor percentual de comportamentos considerados antissociais em comparação aos estudantes das comunidades controle (Hawkins et al., 2008). Na 8ª série, os mesmos estudantes continuaram apresentando menor padrão de uso de álcool e tabaco, além de menores índices de comportamento antissocial (Hawkins et al., 2009). Verificou-se que a evolução dos dados continuou quando os estudantes chegaram ao Ensino

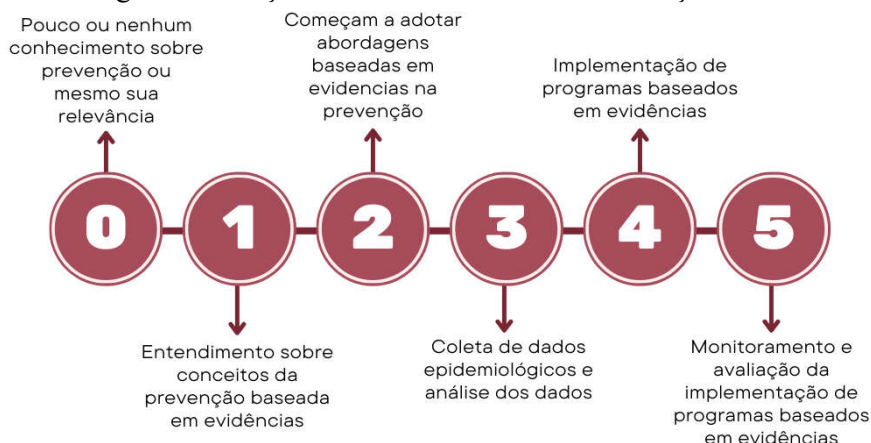
Médio. Estes relataram menor padrão de uso de álcool e tabaco, além do comportamento antissocial, assim como menor índice de comportamentos violentos (Hawkins et al., 2012). Especificamente, houve uma diferença significativa na diminuição de chances do início do uso de álcool ($OR = 0.68$), tabaco ($OR = 0.67$) e envolvimento com crimes ($OR = 0.71$). Estes resultados se mantiveram até a idade de 19 e 21 anos dos jovens (Fagan et al., 2019).

Estudos que consideraram o autorrelato dos líderes comunitários, apontaram efeito significativo do CTC em um, quatro, seis e oito anos após sua implementação (Brown et al., 2007; 2011; Rhew et al., 2013). Em comparação às comunidades controle, comunidades que receberam o CTC apresentaram níveis significativamente maiores de adoção da perspectiva científica de prevenção. Consequentemente, os níveis de colaboração e incentivo às atividades preventivas também expressaram avanço já no primeiro período de avaliação (1 ano e meio após a implementação) e se mantiveram posteriormente. Com relação à sustentabilidade, Gloppen et al. (2012) demonstraram que coalizões comunitárias permaneceram intactas após 20 meses de o apoio financeiro cessar, demonstrando que as comunidades foram bem preparadas e se transformaram a partir da implementação do sistema.

O CTC estimula nas comunidades a adoção da prevenção baseada em critérios científicos, mediante treinamentos que instrumentalizam a coalizão. Integra, em sua primeira fase, a avaliação da disponibilidade da comunidade para a mudança, através dos índices de prontidão comunitária. Uma maior disponibilidade para mudança produz autonomia e engajamento comunitário às ações preventivas, contribuindo para resultados positivos de longo prazo. A valorização da perspectiva científica em prevenção busca diminuir a lacuna histórica entre o saber científico e a base comunitária, baseado na responsabilidade social do sistema (Brown, 2015).

Em paralelo às fases de implementação do CTC descritas anteriormente, são desenvolvidas habilidades que potencializam o funcionamento da coalizão. Essas mudanças envolvem o “nível macro (ampla alteração), meso (funcionamento da coalizão) e micro (entrega de programas por parte de jovens e famílias)” (Sloboda & Petras, 2014, p. 373), produzindo transformações ambientais na relação interpessoal e intersetorial. A Figura 3 detalha os cinco estágios gradativos da relação da comunidade com o saber científico em prevenção, baseado em Brown (2015).

Figura 3 - Estágios da Relação da Comunidade com a Prevenção de Base Científica



O CTC está presente em mais de 600 comunidades, oferecendo a possibilidade de um processo autêntico e autônomo a cada adaptação (Hawkins et al., 2014). Além dos Estados Unidos, está presente em países como: Reino Unido, Holanda, Suécia, Austrália, Alemanha, Canadá, Croácia, Espanha, Guatemala, Honduras, El Salvador, entre outros países que já demonstram interesse na adaptação cultural do CTC (Thurow, 2020).

Em 2011, a Colômbia inaugurou a implementação de sistemas preventivos na América Latina, adaptando culturalmente o CTC com o nome de “*Comunidades que se cuidam*” (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Posteriormente, o Chile realizou sua adaptação cultural do sistema (Rioseco, 2017). O México adaptou o sistema para o ambiente corporativo, construindo o “*Empresas que se Cuidan*” (Thurow, 2020). No Brasil, o instrumento CTCYS está em processo de validação (Oliveira Corrêa, 2014) e uma adaptação piloto do sistema foi iniciada em fevereiro de 2021, em uma comunidade de Santa Catarina (SC) e uma em São Paulo (SP). O sistema foi implementado com a identidade de “Comunidades que cuidam” (CQC).

O CTC tem-se apresentado extremamente promissor para os países da América Latina. É um sistema singular, enquanto estratégia preventiva, especialmente por seu poder de empoderamento das comunidades e conscientização sobre a responsabilidade de modificar futuro dos jovens (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Essa jornada lhe garante o posto de sistema de prevenção mais avaliado mundialmente e com maior potencial de adaptações a outras culturas (“Blueprints for Healthy Youth Development | Blueprints Programs,” n.d.).

Para garantir esse sucesso é imperativo considerar a pluralidade étnica, cultural, social e geográfica, intrínseca às comunidades. Em países continentais como o Brasil, é

esperado se deparar com resultados diferentes, mesmo em comunidades vizinhas ou com características territoriais e culturais próximas. Para compreender e agir sobre essas diferenças, é necessário identificar este ‘ponto de partida’ da realidade comunitária para receber a intervenção. Esse ponto de partida é o “*community readiness*”, traduzido como “prontidão comunitária” (Edwards et al., 2000). A prontidão é um fenômeno multifatorial que engloba elementos que atravessam o preparo prático de uma comunidade para agir sobre suas demandas (Stith et al., 2006), pois envolve “a crença de que a mudança é necessária, aliada à capacidade de fazer a mudança acontecer” (Castañeda et al., 2012, p. 220).

Reúne fatores contextuais como a consciência ou o reconhecimento da comunidade sobre suas demandas, os esforços atuais para resolvê-los, conhecimento e apoio da liderança, recursos e habilidades já presentes na comunidade (Kostadinov et al., 2015). Esse grau de prontidão pode ser desenvolvido em um processo de capacitação, em que a comunidade adquire noções importantes da ciência da prevenção e aprende a identificar e utilizar seus próprios recursos, e outros novos, para viabilizar ações preventivas (Plested et al., 2009).

Uma boa avaliação de prontidão comunitária deve ser abrangente e, ao mesmo tempo, sensível aos fatores contextuais e psicossociais. Estes fatores constituem forças que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento da capacidade comunitária (Simpson, 2002). Avaliações de prontidão, como as previstas no CTC, informam aos planejadores da intervenção sobre o apoio e viabilidade de implementação na comunidade. Como produto dessa avaliação, podem-se extrair estratégias de capacitação específicas para desenvolver a prontidão da comunidade, coerentes com suas possibilidades e crenças (Thurman et al., 2003). Uma intervenção, quando realizada prematuramente no âmbito da prontidão, pode levar a um desfecho iatrogênico (Pedroso et al., 2019).

O CTC integra em sua fase inicial a avaliação da prontidão comunitária através da escala “*Community Key Informant Survey*” (Oliveira Corrêa et al., 2020). Essa escala foi construída no contexto do sistema e avalia elementos da prontidão, como a abertura para mudança e a adoção de estratégias preventivas baseadas em evidência (Niknam et al., 2021). Além do formato de escala, o modelo mais difundido na literatura internacional é o “*Community Readiness Model*” (Edwards et al., 2000). É baseado em entrevista estruturada para avaliar o estágio de prontidão específico para a demanda e propõe estratégias para seu desenvolvimento (Kostadinov, et al., 2015).

Como em outras áreas de pesquisa, a integração de métodos mistos em estudos de avaliação da prontidão comunitária permite uma maior abrangência e compreensão sobre o

fenômeno estudado. Estudos comunitários longitudinais também se fazem necessários, para examinar como a prontidão afeta o funcionamento das coalizões, a qualidade da implementação e a sustentabilidade dos esforços de prevenção (Chilenski et al., 2007; Kostadinov et al., 2015).

Em relação à trajetória total do sistema CTC, ainda são recentes as pesquisas em países latinos e subdesenvolvidos (Oliveira Corrêa, 2020; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Estudos sobre as características da organização comunitária, como previstas na avaliação da prontidão, são essenciais para a compreensão das adaptações culturais Latino Americana (Chilenski et al., 2007; Kostadinov et al., 2015; Sloboda & Petras, 2014).

Essa pesquisa situa-se em um macro projeto, intitulado: “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”. Busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Como se deu o processo de avaliação da prontidão nas comunidades participante da implementação piloto do Comunidades Que Cuidam no Brasil?”. Com este objetivo, visa explorar possibilidades de mensuração de prontidão comunitária, ainda inexistentes no país, e contribuir para a ampliação de propostas preventivas para o Brasil.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prontidão comunitária no processo de implementação piloto do Sistema de Prevenção Comunidades Que Cuidam no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Levantar o histórico do conceito e das medidas de prontidão comunitária;
- 2) Analisar a prontidão comunitária, segundo o modelo do *Communities That Care*, na implementação piloto do sistema preventivo ao Brasil;
- 3) Analisar a prontidão comunitária, segundo o *Community Readiness Model*, na implementação piloto do Comunidades que Cuidam no Brasil;
- 4) Refletir sobre a relevância do fenômeno da prontidão comunitária para o país e desafios para a próxima implementação.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem mista, pois combina estratégias capazes de apreender as dimensões quantitativas e qualitativas do da prontidão comunitária. A abordagem de métodos mistos busca alcançar uma maior diversidade do fenômeno, além de expandir o entendimento de um método para outro, para convergir ou confirmar resultados de diferentes fontes de dados (Creswell & Creswell, 2021).

Seu delineamento é descritivo, pois objetiva descrever as características da prontidão nas comunidades participantes do piloto da implementação do sistema de prevenção “Comunidades que Cuidam “(CQC) no Brasil. Quanto ao tipo, essa proposta se configura em uma pesquisa de levantamento e de observação indireta. Foram feitas coletas de dados em diferentes períodos de tempo, representando uma pesquisa de corte longitudinal (Gil, 2008).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

As comunidades selecionadas estão situadas na cidade de São Paulo (capital do estado de São Paulo) e em Florianópolis (capital do estado de Santa Catarina). Os critérios para a seleção foram: (a) ser uma localidade, auto identificada, com limites geográficos definidos e alguma estrutura de governança existente (por exemplo, subprefeito, chefe de polícia, intendente da prefeitura, diretor de escola, coordenador de Unidade Básica de Saúde - UBS); (b) ter um total populacional entre 4.000 e 40.000 habitantes; (c) não ter implementado, nos últimos dois anos, estratégias preventivas para uso de drogas e/ou violência; (d) apresentar lideranças colaborativas e interessadas no projeto (caracterizando um critério de conveniência nessa implementação piloto do sistema).

A comunidade escolhida em São Paulo abrange parte do Distrito de Parelheiros, no extremo sul do município. Tem como base o território da UBS do Jardim Iporã, com 4,2 km² e 11.385 habitantes. Os bairros que compõem o distrito são: Jardim Casa Grande, Jardim Iporã e Jardim Herplin (Anexo 1). O distrito possui um dos piores índices de urbanização de São Paulo e se depara com lutas por regularização e condições de moradia. Em contrapartida, possui remanescentes de mata atlântica preservadas, caracterizando-se como um polo de eco turístico de São Paulo (Cidade de São Paulo Governo, 2023).

Em Florianópolis, a comunidade escolhida foi o Distrito de Santo Antônio de Lisboa (Anexo 2). Este distrito envolve os bairros: Sambaqui, Barra do Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa e Cacupé (Anexo 3). Possui 7.378 mil habitantes e 22,45 km² de área territorial ao norte da Ilha de Santa Catarina. Está na lista dos m² mais caros do município, apesar dos graves problemas de tratamento de esgoto, contaminação de rios, mares e degradação do meio ambiente local (Sartorato, 2020). É um dos distritos mais antigos de Florianópolis e preserva características de cultura açoriana, como construções históricas, além das vendas de artesanato local e maricultura. Por estas razões, representa um forte polo turístico e gastronômico da cidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

4.3 PARTICIPANTES

O primeiro grupo de participantes foram os líderes-chave, integrantes do Distrito de Parelheiros em São Paulo e do Distrito de Santo Antônio de Lisboa em Florianópolis. Um líder-chave ou informante-chave é uma pessoa com potencial de saber sobre as demandas da comunidade. Não é necessariamente um líder oficial ou tomador de decisões, mas alguém bem informado ou implicado em diversos assuntos que envolvem a comunidade. Foram acessados 70 líderes-chave, 34 de São Paulo e 36 de Florianópolis e a descrição de algumas características desses líderes está presente na Tabela 1.

Um mapeamento dos principais serviços e associações presentes nos distritos foi realizado. Em contato, foi solicitada a indicação de representantes para participar da reunião para conhecer o projeto do CQC. Como critério de inclusão, foram considerados residentes da comunidade ou trabalhadores do território, maiores de idade, dispostos a participar da avaliação relacionada à prontidão comunitária, por meio da escala.

Tabela 1 - Caracterização do Perfil dos Líderes-chave por Idade, Escolaridade e Tempo de Residência na Comunidade de São Paulo e de Florianópolis, Participantes da Implementação Piloto do Comunidades que Cuidam no Brasil

Item	São Paulo (N = 34)		Florianópolis (N = 36)	
	n	%	n	%
Tempo de residência na comunidade				
0 a 10 anos	10	29.4	7	19.4
11 a 30 anos	13	38.2	18	50.0
31 anos ou mais	11	32.4	11	30.6
Idade dos respondentes				
Menos de 25 anos	-	-	1	2.9
Entre 25 e 30 anos	-	-	4	11.8
Entre 31 e 40 anos	8	38.1	5	14.7
Entre 41 e 50 anos	10	47.6	6	17.6
Entre 51 e 60 anos	3	14.3	7	20.6
Entre 61 e 70 anos	-	-	9	26.5
Mais de 70 anos	-	-	2	5.9
Nível de escolaridade dos respondente				
Ensino fundamental completo	1	4.8	1	2.9
Ensino médio incompleto	2	9.5	2	5.9
Ensino médio completo	2	9.5	3	8.8
Curso técnico ou escola profissionalizante	2	9.5	1	2.9
Ensino superior incompleto	1	4.8	5	14.7
Ensino superior completo	10	47.6	4	11.8
Pós-graduação	3	14.3	18	52.9

Foi utilizada a estratégia “bola de neve” (*snowball sampling*) para acessar de maneira complementar líderes-chave que não puderam participar da reunião. Os sujeitos inicialmente acessados indicaram outras pessoas para que também participassem da amostra que, em sua opinião conhecem sobre a comunidade, e assim sucessivamente, até chegar ao ponto de saturação (Flick, 2012). Na Tabela 2 encontram-se as informações sobre as instituições, serviços ou associações nas quais os líderes-chave que participaram da pesquisa estão envolvidos em cada comunidade.

Tabela 2 - Instituição em que os Líderes-chave, Participantes do Piloto do Sistema de Prevenção do Comunidades que Cuidam no Brasil, estão Envolvidos

“Em que tipo de instituição ou organização você está envolvido (a) nessa comunidade?”	São Paulo		Florianópolis	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Associação de Bairro ou de Moradores/Conselho Comunitário	14	22.6	15	25.9
Intendência/ Subprefeitura/ Secretaria Municipal	3	4.8	-	-
Unidade Básica de Saúde (ESF)/NASF/UPA/Hospitais / CAPS	4	6.5	-	-
Escolas/ Creches	2	3.2	6	10.3
Faculdades/Universidades	1	1.6	4	6.9
CRAS/CREAS/Outros dispositivos da Assistência Social	2	3.2	-	-
CONSEG/Polícia	3	4.8	5	8.6
Igreja, Centro Religioso ou outra organização ligada à espiritualidade	8	12.9	7	12.1
Setor de Comércio e Serviços	5	8.1	5	8.6
Fundação/ONG/OSCIP com ações sociais e culturais na comunidade	7	11.3	4	6.9
Grupos de recreação e esportes	2	3.2	2	3.4
Mídia ou setores de comunicação	1	1.6	2	3.4
“Não estou envolvido com nenhuma”	10	16.1	8	13.8
Total	62	100.0	58	100.0

A coleta qualitativa foi realizada a partir da eleição, por conveniência, de uma das comunidades do piloto em implementação. O segundo grupo de participantes integrava a coalizão comunitária do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. As coalizões comunitárias são formadas na segunda fase do sistema e reúnem as lideranças que, ao final do primeiro treinamento, se dispuseram a participar de forma ativa na implementação do CQC. A coalizão da comunidade de Santo Antônio de Lisboa continha oito (8) pessoas no período de coleta e foram entrevistados seis (6), atingindo a saturação das respostas. Os participantes eram de ambos os sexos, tinham de 37 a 78 anos de idade e residiam no distrito entre 10 e 43 anos. Quatro, dos seis eram aposentados e todos tinham pelo menos o ensino superior completo.

4.4 INSTRUMENTOS

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada através de instrumentos escolhidos em consonância com a abordagem de métodos mistos, indo ao encontro dos objetivos da prevenção baseada em evidências e dos pressupostos metodológicos do CTC. Foram utilizados os seguintes instrumentos: “*Community Key Informant Survey*” e “*Community Readiness Model*”.

4.4.1 *Community Key Informant Survey* (CKIS)

Escala autoaplicada de diagnóstico comunitário, que avalia a prontidão da comunidade, a necessidade de treinamento e capacitação das lideranças (Arthur et al. 2002; Brown et al., 2008). Construída no contexto do CTC, a escala pode produzir dados para a avaliação de processo e de resultados do sistema (Oliveira Corrêa et al., 2020). Comumente aplicada antes da implementação do CTC para mensurar a prontidão e após a última fase do sistema (12 ou 18 meses em implementações padrão) para verificar o efeito da prontidão comunitária na implementação do sistema, assim como, o impacto do mesmo no desenvolvimento da prontidão (Arthur et al., 2005).

Utilizou-se uma tradução da versão já aplicada pela Colômbia e Chile, com 76 itens, pois o instrumento original possui até 150 itens (Oliveira Corrêa et al., 2020). A versão utilizada nesta pesquisa é consenso da tradução, para o português brasileiro, de quatro especialistas bilíngues, pesquisadores na área da prevenção no Brasil. Uma adaptação transcultural do instrumento já foi iniciada, porém, devido ao andamento do macro projeto e seus prazos, o procedimento de validação de conteúdo do instrumento foi adiado para um próximo ciclo de implementação. A escala consta como Anexo 4 deste documento e as dimensões investigadas pela escala são:

A. “Questões econômicas” abrange indicadores do quanto que os moradores da comunidade podem estar passando por dificuldades de cunho econômico. Foi mensurado por quatro itens: (a) “... muitas pessoas estão tendo problemas financeiros/econômicos”; (b) “... muitas pessoas estão desempregadas”; (c) “... a maioria dos empregos disponíveis pagam mal”; e (d) “... parece que muitas pessoas se mudaram daqui nos últimos anos”. As opções de

resposta para essas afirmativas foram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

B. “Organização comunitária” é sobre indicadores da organização dos membros para cuidar e preservar a comunidade. Essa escala foi mensurada por cinco itens: (a) “Manter a comunidade limpa”; (b) “Revezar-se cuidando/ supervisionando as crianças enquanto brincam na rua”; (c) “Cuidar das casas uns dos outros”; (d) “Organizar atividades recreativas que acontecem na comunidade”; e (e) “Organizar-se para resolver o problema de um vizinho e/ou da comunidade”. As opções de resposta para essas afirmativas eram *Nunca* (1), *Quase nunca* (2), *Ocasionalmente* (3), *Quase sempre* (4), *Sempre* (5) e *Não sei/ Não quero responder* (9).

C. “Responsabilidade compartilhada” envolve a percepção do quanto a comunidade está unida para fazer mudanças e assumir compromissos. A escala foi mensurada por seis itens: (a) “Os membros desta comunidade estão empenhados em fazer mudanças para melhorá-la”; (b) “As pessoas desta comunidade cumprem suas promessas”; (c) “Os membros desta comunidade sentem-se à vontade para falar sobre os compromissos que assumiram para melhorar a comunidade”; (d) “Em geral, os membros desta comunidade são responsáveis com os compromissos que assumem”; (e) “Em geral, os membros dessa comunidade saem de suas reuniões com uma compreensão clara sobre os compromissos que todos assumiram”; e (f) “Estou disposto a assumir o compromisso de melhorar esta comunidade”. As opções de resposta para essas afirmativas eram *Sempre* (1), *Com frequência* (2), *Raramente* (3), *Nunca* (4) e *Não sei/Não quero responder* (9).

D. “Coesão comunitária” busca verificar se a comunidade está em harmonia em seus valores e atitudes e se há acordos entre diferentes perspectivas. Foi mensurada por sete itens: (a) “... as pessoas são muito unidas”; (b) “... as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos”; (c) “... você pode confiar nas pessoas”; (d) “... a maioria das pessoas tendem a vê-la como seu lar, o lugar ao qual pertencem, em vez de simplesmente um lugar de residência”; (e) “... as pessoas compartilham valores parecidos”; (f) “... a maioria dos moradores estão de fato interessados na comunidade”; e (g) “... as pessoas geralmente NÃO se dão bem”. As opções de resposta para essas afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

E. “Liderança eficaz” avalia as características da liderança nas comunidades e sua capacidade de lidar com as demandas que aparecem. Essa escala foi mensurada por oito itens:

Os líderes da sua comunidade... (a) “... são capazes de representar os membros da comunidade, inclusive “minorias” (étnicas, culturais, de gênero).”; (b) “... são capazes de chegar a um consenso dentro da comunidade”; (c) “... são capazes de obter os recursos necessários para realizar iniciativas comunitárias”; (d) “... são capazes de lidar com conflitos entre diferentes grupos dentro da comunidade”; (e) “... estão comprometidos em reduzir comportamentos problemáticos e promover o desenvolvimento positivo entre adolescentes”; (f) “... conhecem os programas preventivos locais para reduzir a incidência de comportamentos problemáticos em adolescentes”; (g) “... acreditam que programas para prevenir o abuso de álcool e outras drogas na adolescência podem ser efetivos e econômicos”; e (h) “... estão dispostos e são capazes de incluir os membros da comunidade na tomada de decisões”. As respostas para essas afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

F. “Resolução de Conflito” busca compreender como são os conflitos e de que forma eles são resolvidos, ou se eles impedem o desenvolvimento da comunidade. Foi mensurada por quatro itens: (a) “... há muito conflito entre diferentes grupos”; (b) “... as discordâncias dentro da comunidade impedem que os problemas sejam resolvidos”; (c) “... os conflitos dentro da comunidade em geral são resolvidos de forma satisfatória e respeitosa”; e (d) “Embora os moradores da comunidade possam discordar das ideias uns dos outros, essas discordâncias normalmente NÃO impedem o progresso coletivo”. As opções de respostas para essas afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

G. “Eficácia coletiva” diz respeito à percepção do quanto a comunidade é capaz de lidar com seus problemas de maneira assertiva e coletiva. Foi mensurada por treze itens: (a) “Os grupos comunitários têm recursos (por exemplo, finanças, equipe, tempo dedicado) para reduzir os problemas dos adolescentes”; (b) “A maioria dos residentes da minha comunidade participa da tomada de decisões”; (c) “... membros de diferentes setores (ex. governo, saúde, educação, ONGs) participam juntos na tomada de decisões que afetam a comunidade como um todo”; (d) “... existem mecanismos para incentivar os moradores a se envolverem na tomada de decisões”; (e) “... os problemas da comunidade estão além da capacidade dos grupos comunitários locais de resolvê-los”; e (f) “... a maioria das pessoas acha que NÃO pode fazer nada para prevenir o uso de álcool e outras drogas”; (g) “... as coisas que acontecem na comunidade geralmente ocorrem por acaso, sem planejamento”; (h)

“Nos últimos dois anos, a comunidade conseguiu resolver seus problemas com sucesso”; (i) “Minha comunidade é capaz de resolver problemas”; (j) “Minha comunidade NUNCA parece ser capaz de alcançar seus objetivos”; (l) “Se um grupo de crianças ou adolescentes da comunidade está faltando à escola para ficar à toa na rua, qual a probabilidade dos moradores fazerem algo a respeito?”; (m) “Se uma briga acontece na frente da sua casa e uma pessoa está sendo atacada ou ameaçada, qual a probabilidade dos moradores fazerem alguma coisa para separar ou parar a briga?”; e (n) “... a maioria das pessoas acha que NÃO pode fazer nada para prevenir o uso de álcool e outras drogas”. As opções de respostas para essas questões eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9). Para as duas últimas, as possibilidades de resposta foram *Muito improvável* (1), *Improvável* (2), *Nem provável, nem improvável* (3), *Provável* (4), *Muito Provável* (5), ou *Não sei/Não quero responder* (9).

H. “Disponibilidade de drogas na comunidade” busca identificar o acesso de álcool e outras drogas na comunidade pelos adolescentes. Foi mensurada por quatro itens: (a) “Para os adolescentes da sua comunidade acessar bebida alcoólica?”; (b) “Para os adolescentes da sua comunidade acessar cigarro/tabaco?”; (c) “Para os adolescentes da sua comunidade acessar maconha?”; (d) “Para os adolescentes da sua comunidade acessar outras drogas ilegais, como cocaína, crack e ecstasy?”. As opções de respostas para essas perguntas eram *Muito difícil* (1), *Um pouco difícil* (2), *Um pouco fácil* (3), *Muito fácil* (4), e *Não sei/Não quero responder* (9).

I. “Normas contra sobre o uso de drogas pelos adolescentes” remete à percepção da comunidade sobre o uso de álcool e outras drogas, se estas fazem mal ou até se é normal seu uso pelos adolescentes. Foi mensurada por oito itens: (a) “... O uso de álcool é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes”; (b) “... O uso de tabaco é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes”; (c) “... O uso da maconha é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes”; (d) “... O uso de outras drogas ilegais é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes (por exemplo, cocaína, crack ou ecstasy)”;

(e) “... beberem álcool?”; (f) “... fumarem cigarros?”; e (g) “... usarem maconha?”; e (h) “... usarem outras drogas ilegais, como cocaína, crack e ecstasy?”. As opções de respostas para as primeiras quatro afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9). Já as opções para as últimas quatro questões foram *Muito ruim* (1), *Ruim* (2), *Razoável* (3), *Tranquilo* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

J. “Colaboração entre membros e setores” envolve a articulação da comunidade para buscar soluções para seus problemas. Essa escala foi mensurada por nove itens: (a) “Os moradores trabalham juntos para resolver os problemas da comunidade”; (b) “... as instituições e organizações locais trabalham juntas para resolver problemas da comunidade”; (c) “Organizações e instituições em minha comunidade aceitariam um papel específico na implementação de um plano para prevenir comportamentos problemáticos entre adolescentes”; (d) “Organizações na comunidade compartilham recursos (por exemplo, verbas e funcionários) para implementar iniciativas focadas nos adolescentes desta comunidade”; (e) “Os membros desta comunidade participam de reuniões para discutir questões de saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes”; e (f) “Os membros desta comunidade compartilham informações sobre a saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes”; (g) “Organizações e instituições da comunidade coordenam estratégias para prevenir comportamentos problemáticos em adolescentes”; (h) “As pessoas, instituições e organizações nesta comunidade RARAMENTE coordenam suas atividades”; e (i) “Em sua comunidade, existe uma rede de pessoas que trabalham de forma colaborativa para garantir o bem-estar de crianças e adolescentes?”. As opções de respostas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9). O último item tinha como opção de resposta *Sim* (1), *Não* (2) e *Não sei/ Não quero responder* (9).

K. “Engajamento comunitário” abrange o comprometimento e participação dos membros da comunidade para mudança. Foi mensurada por cinco itens: (a) “... a maioria das pessoas acredita que a prevenção de comportamentos problemáticos entre adolescentes é responsabilidade de todos”; (b) “... é difícil engajar os moradores em atividades comunitárias”; (c) “... a maioria das pessoas está comprometida em buscar soluções para os problemas da comunidade em geral”; (d) “... moradores participam pouco das decisões da nossa comunidade” e (e) “... a maioria das pessoas acha que as escolas devem ensinar ativamente os adolescentes sobre prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, do crime, violência e abandono escolar”. As opções de respostas para essas afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

L. “Abertura para mudança” visa captar se a comunidade está aberta e disposta para produzir mudanças. Essa escala foi mensurada por três itens: (a) “Algumas comunidades estão muito abertas à mudança, enquanto outras resistem à mudança. Você diria que a

comunidade em que você mora (ou trabalha) é...”; (b) “... há disposição para testar novas ideias para resolver problemas da comunidade”; e (c) “... a maioria das pessoas têm ideias rígidas e NÃO estão dispostas a mudar de opinião”. O padrão de respostas do primeiro item era *Muito aberta para mudanças* (1), *Um pouco aberta para mudanças* (2), *Um pouco resistente às mudanças* (3), *Muito resistente às mudanças* (4) e *Não sei/Não quero responder* (9). Já para os demais *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

M. “Apoio da comunidade para a prevenção” abarca as crenças e conhecimentos que a comunidade atribui à abordagem de prevenção. Foi mensurada por quatro itens: (a) “A maioria das pessoas da comunidade sente que os programas de prevenção para os adolescentes NÃO funcionam”; (b) “A maioria das pessoas da comunidade estaria disposta a pagar mais impostos para apoiar programas de prevenção para adolescentes”; (c) “Em geral, as pessoas da comunidade acreditam que é possível reduzir os problemas dos adolescentes através de programas de prevenção”; e (d) “Em geral, as pessoas da comunidade sabem sobre programas de prevenção”. As opções de respostas para essas afirmativas eram *Concordo totalmente* (1), *Concordo parcialmente* (2), *Discordo parcialmente* (3), *Discordo totalmente* (4), e *Não sei/ Não quero responder* (9).

N. “Urgência na prevenção” investiga a importância de uma abordagem preventiva para demandas dos adolescentes, na opinião dos membros da comunidade. A escala foi mensurada por quatro itens correspondentes a problemas específicos: (a) “Uso de álcool e outras drogas”; (b) “Crime ou conflito com a lei”; (c) “Violência”; e (d) “Abandono escolar”. As opções de respostas para essas afirmativas eram *Muito importante* (1), *Importante* (2), *Um pouco importante* (3), *Nada importante* (4) e *Não sei/ Não quero responder* (9).

Há poucos estudos sobre a prontidão utilizando a escala CKIS. Oliveira Corrêa et al. (2020) realizaram uma análise dos perfis latentes em 211 comunidades na Colômbia. Com exceção da dimensão “Normas contra sobre o uso de drogas pelos adolescentes” (sendo dividida em “Errado usar” e “Normal usar”), todas as medidas demonstraram um ajuste de modelo aceitável e cargas significativas ($p < 0.001$, $RMSEA = 0.06$, $CFI = 0.94$, $TLI = 0.93$). As correlações foram fortes e significativas ($rs \geq 0.50$, $ps < 0.05$) entre “Apoio da comunidade para prevenção”, “Abertura à mudança”, “Coesão”, “Resolução de conflitos” e “Responsabilidade compartilhada”. Os resultados da pesquisa evidenciaram que “Apoio da comunidade para a prevenção”, “Abertura à mudança”, “Coesão”, “Responsabilidade

compartilhada”, “Resolução de conflitos” e “Liderança” forneceram separação clara entre os perfis latentes, ou seja, identifica os elementos de prontidão comunitária em grupos diferentes. Essas descobertas demonstram que é possível fazer um diagnóstico da prontidão das comunidades e identificar as áreas prioritárias, pois o instrumento demonstra uma separação clara de comunidades que estão em níveis diferentes de prontidão.

4.4.2 *Community Readiness Model (CRM)*

O CRM foi desenvolvido em 1995 pelo *Tri-Ethnic Center for Prevention Research* na *Colorado State University*. É um modelo que permite não só a identificação de estágios de prontidão, através de um roteiro de entrevista, como estabelece sugestão de estratégias para o processo de mudança da comunidade. A descrição das etapas constituintes do modelo pode ser verificada na Figura 4, adaptada do manual de Plested et al. (2006).

Figura 4 - Estrutura do Modelo de Desenvolvimento de Prontidão Prevista no *Community Readiness Model*



É um modelo de mudança comunitária que é sensível à cultura das comunidades, estabelece o nível de prontidão e propõe estratégias para aumentar a sua capacidade para agir sobre as demandas (Plested et al., 2006). O roteiro de entrevista estruturado compõem seis dimensões:

A. “Esforços da comunidade”: até que ponto existem esforços, programas e políticas que abordam as demandas da comunidade?;

B. “Conhecimento da comunidade sobre os esforços”: até que ponto os membros da comunidade sabem sobre os esforços locais e sua eficácia, e os esforços são acessíveis a todos os segmentos da comunidade?;

C. “Liderança”: até que ponto os líderes oficiais e outros membros influentes da comunidade apoiam a prevenção?;

D. “Clima da comunidade”: qual é a atitude predominante da comunidade em relação às suas demandas?;

E. “Conhecimento da comunidade sobre as demandas”: até que ponto os membros da comunidade conhecem ou têm acesso a informações sobre as demandas, sua existência ou impacto na comunidade?;

F. “Recursos relacionados às demandas”: até que ponto os recursos locais - pessoas, tempo, dinheiro, espaço, etc. - estão disponíveis para apoiar os esforços de prevenção?.

O CRM é um instrumento qualitativo, porém produz um escore numérico para cada dimensão de prontidão investigada, além de um resultado em forma de escore geral da prontidão da comunidade. Os estágios de prontidão estabelecidos no modelo iniciam em um estado de desconhecimento sobre a demanda (nível 1), até o estágio máximo em que a comunidade assume propriedade total de intervenção sobre a demanda (nível 9), conforme ilustrado na Figura 5. Detalhadamente, eles correspondem à:

1. Sem conhecimento: a demanda geralmente não é reconhecida pela comunidade ou pelos líderes como um ‘problema’;

2. Negação / resistência: alguns membros da comunidade reconhecem que a demanda é uma preocupação, porém não há reconhecimento de que pode estar ocorrendo localmente;

3. Conhecimento vago: a maioria sente que pode haver uma preocupação local, mas não reconhecem uma motivação imediata ou vontade de fazer algo a respeito;

4. Pré-planejamento: há um claro reconhecimento de que algo deve ser feito e pode até haver um grupo tratando disso, contudo, os esforços ainda não estão focados ou detalhados;

5. Preparação: os líderes ativos começam a planejar seriamente e a comunidade oferece um interesse modesto nos esforços;

6. Iniciação: informações suficientes foram coletadas para justificar o início dos esforços e as atividades estão em andamento;

7. Estabilização: as atividades são apoiadas por administradores ou tomadores de decisão da comunidade, estão passando por treinamentos e os esforços são estáveis;

8. Confirmação / expansão: esforços são estabelecidos por membros da comunidade que se sentem à vontade para usar os serviços e dão suporte; os esforços podem se expandir para questões relacionadas e os dados locais são obtidos regularmente;

9. Alto nível de propriedade da comunidade: existe conhecimento detalhado e sofisticado sobre a demanda, como prevalência, causas e consequências; a avaliação detalhada orienta novas direções e o modelo é aplicado a outras questões.

Figura 5 - Estágios de Prontidão do *Community Readiness Model*, por Plested et al., 2009



O CRM tem alta versatilidade e se adapta com facilidade a qualquer comunidade (geográfica, organizacional, etc.) local e internacional (Kelly et al., 2003). Em quase três décadas, o modelo tornou-se um elemento essencial para a avaliação da prontidão das comunidades antes da implementação de programas de prevenção, por se tratar de uma ferramenta fácil de operacionalizar (Edwards et al., 2000; Oetting et al., 1995). Já foi adaptado em uma variedade de demandas como álcool e outras drogas, depressão, suicídio, violências, doenças cardíacas, câncer de mama, obesidade infantil, doenças sexualmente transmissíveis e outros (Plested et al., 2009; Thurman et al., 2003).

Além de sua versatilidade, o CRM também se demonstra confiável. Um teste de precisão de hipóteses demonstrou a validade do construto do roteiro e da teoria que o modelo é derivado. Avaliações ancoradas e com especialistas produziram a validação das dimensões da entrevista e níveis de prontidão. Foi encontrada alta confiabilidade entre os avaliadores na pontuação, além dos índices de consistência entre os entrevistados (Plested et al., 2006).

Para a presente pesquisa, o roteiro de entrevista foi adaptado em termos da “demanda foco”. As demandas investigadas foram o abuso de drogas e a violência por serem os principais desfechos do sistema CTC. Uma tradução foi realizada e enviada para um grupo bilíngue de pesquisadores em prevenção, para a análise da clareza e preservação das características originais do roteiro. As adaptações sobre o roteiro foram discutidas no grupo de pesquisa que reúne pesquisadores do PSICLIN e NEPSIS. Para verificar a aceitabilidade e compreensibilidade do roteiro, um teste piloto foi realizado com um pequeno grupo de outra comunidade em Florianópolis. O roteiro aplicado na comunidade está presente no Anexo 5 deste trabalho. Pesquisas posteriores devem abarcar processos de validação de conteúdo do modelo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A seguir, serão descritos os procedimentos de coleta de dados para cada etapa da pesquisa. Os procedimentos foram alinhados com as fases e os prazos estipulados no macro projeto: “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”. Os treinamentos previstos no projeto para cada fase de implementação podem ser visualizados na Tabela 3.

Foi conduzido um contato exploratório com cada comunidade, onde uma breve explicação sobre o CQC foi fornecida, visando despertar o interesse de potenciais líderes-chave. Após esse contato inicial, os convites para uma pré-inscrição no treinamento (Orientação de Líderes Chave - KLO) foram enviados, com o objetivo de avaliar o interesse dos participantes.

**Tabela 3 - Treinamentos Previstos no Estudo Piloto da Adaptação Cultural do
Comunidades que Cuidam para o Brasil**

Estágios e Ações - CTC Treinamentos	Descrição da Atividade	Grupo-Alvo	Duração Prevista
Fase 1: Começar (concluída)			
1 - Consultoria Estratégica (<i>Strategic Consultation</i>)	Articulação com lideranças comunitárias e agências financiadoras	Conselho Acadêmico	-
2 - Treinamento de Facilitadores CQC (CTC <i>Facilitator Training</i>)	Treinar novos facilitadores para continuar a implementação do CQC	Futuros facilitadores e coordenadores	-
3 - Orientação para Líderes-chave (<i>Key Leader Orientation - KLO</i>)	Apresentação do sistema CQC para os líderes-chave da comunidade	Líderes-chave	2-3h
Fase 2: Organizar (concluída)			
4 - Orientação da Coalizão Comunitária (<i>Community Board Orientation - CBO</i>)	Formação da coalizão e dos GTs; Desenvolvimento da visão compartilhada dos planos de trabalho e do cronograma de ação	Coalizão Comunitária	3-4h
Fase 3: Criar um Perfil (parcialmente concluída)			
5 - Treinamento de Dados sobre Fatores de Risco e Proteção (<i>Risk and Protective Factor Data Workshop - RPF</i>)	Apresentação sobre fatores de risco e proteção e forma de avaliação do CQC	Coalizão Comunitária	4h
6 - Treinamento de Avaliação Comunitária (<i>Community Assessment Workshop - CAW</i>)	Instrução sobre coleta, uso dos dados e priorização de fatores de risco e proteção	Coalizão Comunitária	2h
7 - Treinamento de Planejamento Comunitário (<i>Community Planning Workshop - CPW</i>)	Especificação dos resultados desejados e identificação das intervenções para atender necessidades	Coalizão Comunitária	2h
8 - Treinamento da Estratégia do Desenvolvimento Social (<i>Social Development Strategy Workshop - SDS</i>) (x2)	Aprender sobre o modelo e aplicação da SDS no cotidiano	Coalizão Comunitária e Líderes-chave	2h
Fase 4: Criar um Plano (não iniciada)			
9 - Treinamento de Comunicação (<i>Communications Workshop - CW</i>)	Desenvolver capacidade local, habilidades de comunicação e criar planos de comunicação	Coalizão Comunitária	2-3h
10 - Treinamento de Planejamento de Implementação (<i>Implementation Planning Workshop - IPW</i>)	Desenvolver planos de implementação detalhados, para entregar programas com fidelidade	Coalizão Comunitária	4h
11 - Treinamento de Observação (<i>Observation Workshop - OW</i>)	Aprender a conduzir observação de programas	Coalizão Comunitária	2-3h
12 - Treinamento de Monitoramento da Implementação de Programas (<i>Monitoring Program Implementation Workshop - MPIW</i>)	Aprender a monitorar programas para garantir fidelidade e qualidade de entrega	Coalizão Comunitária	2-3h
Fase 5: Implementar e Avaliar (não iniciada)			
13 - Revisão de Metas e Indicadores (<i>Milestones and Benchmarks Review - MBR</i>)	Ampliar compreensão sobre propósito e uso das Metas e Indicadores; Criar plano de ação de cada GT	Coalizão Comunitária	3-4h
14 - Treinamento do Plano de Sustentabilidade (<i>Sustainability Plan Workshop - SPW</i>)	Planejar para sustentar o trabalho nos próximos ciclos	Coalizão Comunitária	3-4h

4.5.1 Procedimentos de coleta de dados quantitativos

A escala CKIS foi administrada *on-line*, por meio de interface criada na plataforma *RedCap*. A primeira coleta ocorreu antes do primeiro treinamento da fase 1 do sistema nas duas comunidades de implementação piloto do CQC no Brasil. Este treinamento inicial (KLO) foi direcionado para os líderes-chave, conforme detalhado na Tabela 3. Com o objetivo de apresentar o sistema CQC, foi explicado o conceito de prevenção baseada em evidências e verificou-se a disponibilidade dos participantes para se envolverem e contribuir no processo de implementação.

O *link* da escala foi enviado aos inscritos, acompanhado do *link* de acesso ao treinamento, realizado por videoconferência. Durante o treinamento (KLO), realizou-se um lembrete verbal enfatizando a importância do preenchimento da escala para o processo de implementação do CQC. Ao término do treinamento, o *link* da escala foi novamente enviado, junto ao formulário de avaliação do treinamento. Como não foi atingido o mínimo de 25 respostas na escala, um e-mail foi enviado solicitando que as pessoas da comunidade indicassem outros informantes-chave.

4.5.2 Procedimentos de coleta de dados qualitativos

Para esta etapa da pesquisa, uma comunidade foi selecionada para a segunda avaliação de prontidão, por conveniência da pesquisadora. Utilizou-se o roteiro estruturado do CRM, composto por 23 perguntas em formato de entrevista individual, com duração aproximada de 30 a 60 minutos (Plested et al., 2009). Devido à pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas com o uso de máscaras e distanciamento recomendado, visando à segurança tanto dos entrevistados quanto da pesquisadora.

Os entrevistados eram membros da coalizão comunitária do Distrito de Santo Antônio de Lisboa, em Santa Catarina. Essa coalizão foi formada durante a fase 1 do sistema, a partir do segundo treinamento do CQC (Orientação da Coalizão Comunitária - CBO). Esses membros da coalizão estavam diretamente envolvidos na implementação do CQC e, possivelmente, já haviam preenchido a escala quantitativa (CKIS). O convite para participar das entrevistas foi feito pela coordenadora da coalizão aos seus membros. Foram conduzidas seis (6) entrevistas, atingindo a saturação das informações.

As entrevistas foram realizadas no início da terceira fase do sistema, na qual é realizado o diagnóstico dos fatores de risco e proteção da juventude por meio do “*Communities That Care Youth Survey*” (CTCYS). Espera-se que os resultados do CTCYS forneçam informações sobre o uso de álcool e outras drogas, violência e outros desfechos na comunidade. No entanto, essas informações podem não coincidir com a percepção da comunidade sobre os fenômenos considerados desfechos a serem abordados. Por isso, as entrevistas sobre prontidão foram realizadas antes da análise dos dados do CTCYS, com o objetivo de preservar a percepção dos membros da coalizão sobre as necessidades da comunidade.

Foi solicitado aos participantes que indicassem um local significativo e confortável dentro do território da comunidade para a realização da entrevista. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponível no Apêndice A deste trabalho, foi cuidadosamente lido para cada participante. Nesta etapa, foram apresentados os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta e análise de dados, e foi garantido o sigilo dos participantes.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir, são descritas as formas de análise de dados quantitativos, utilizando a escala “*Community Key Informant Survey*” (CKIS), previsto na adaptação do sistema de prevenção em curso; bem como dados qualitativos provenientes do “*Community Readiness Model*” (CRM), um modelo amplamente difundido na literatura. Esta pesquisa teve como objetivo descrever as primeiras avaliações de prontidão no Brasil, com foco na apresentação de potenciais métricas de prontidão comunitária que serão adaptadas culturalmente de maneira criteriosa posteriormente.

4.6.1 Análise de dados quantitativos

Os procedimentos analíticos foram conduzidos em etapas que incluíram a tabulação e organização dos dados, bem como análises estatísticas descritivas e inferências. Utilizou-se o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 21.0). As análises estatísticas descritivas envolveram estimativas de média e dispersão (amplitude e desvio

padrão). Nas análises inferenciais, foi avaliada a confiabilidade interna das dimensões da escala.

A confiabilidade foi avaliada por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach* (α) (Souza et al., 2017). As análises consistiram na verificação desses índices para cada uma das 14 dimensões iniciais, seguida pelo cálculo do escore de prontidão para cada uma delas. A análise de confiabilidade conduzida separadamente para cada comunidade, e o resultado final está disponível na Tabela 4. Durante a análise, foram examinados índices de mudança a fim de explorar possíveis modificações que pudessem aumentar o coeficiente alfa de cada dimensão da escala, resultando na exclusão de itens que não contribuíam para a confiabilidade. O grupo de pesquisa das universidades envolvidas no projeto se reuniu para identificar possíveis razões para o desempenho inferior dos itens candidatos à exclusão.

Tabela 4 - Resultado do Coeficiente Alfa para Cada Dimensão da Escala “*Community Key Informant Survey*”

Dimensões	Qt. Itens	Brasil		Colômbia α
		SC	SP	
Questões econômicas	4	0.59	0.68	-
Organização comunitária	6	0.91	0.91	-
Responsabilidade compartilhada	6	0.84	0.95	0.65
Coesão comunitária	7	0.81	0.81	0.80
Liderança eficaz	8	0.87	0.96	0.86
Resolução de conflito	4	0.25	0.83	0.60
Eficácia coletiva	12	0.74	0.73	-
Disponibilidade de drogas na comunidade	4	0.85	0.98	-
Normalização do uso de drogas	4	0.90	0.92	0.84
Percepção do nível de risco do uso de drogas	4	0.65	0.90	0.89
Colaboração entre membros e setores	8	0.78	0.68	-
Engajamento comunitário	5	0.72	0.73	-
Abertura para mudança	3	0.71	0.72	0.62
Apoio da comunidade para prevenção	4	0.50	0.31	0.63
Urgência na prevenção	4	0.85	0.89	-

Nota. Os dados relativos à Colômbia foram retirados do trabalho de Oliveira Corrêa et al. (2020) no qual verificaram as consistências internas de algumas dimensões da escala. Não há justificativa para a seleção de

apenas algumas dimensões da escala no estudo. A ausência de alfas é sinalizada na tabela por “-“. SC = Santa Catarina; SP = São Paulo.

As análises de confiabilidade indicaram a necessidade de realizar algumas modificações nas dimensões originais. Na escala de “Normas sobre o uso de drogas pelos adolescentes” observou-se, por meio da inspeção das correlações e dos índices de mudança, que os itens tendiam a se organizar em duas escalas diferentes: “Normalização do uso de drogas” e “Percepção do nível de risco do uso de drogas”. Essa decisão encontrou respaldo em uma publicação anterior, que sugeriu a separação nessas duas escalas ao adaptar o instrumento (Oliveira Corrêa et al., 2020).

A escala de “Resolução de Conflito” apresentou baixíssima consistência interna na amostra de SC, com um Alfa de *Cronbach* (α) de apenas 0.25. Entretanto, na amostra de SP, a escala de “Apoio para a Prevenção” foi a que apresentou menor consistência interna, com $\alpha = 0.31$. Essas escalas foram excluídas da análise devido ao seu alfa consideravelmente baixo em comparação com as demais. Uma revisão posterior dessas duas escalas é necessária para compreender as razões pelas quais apresentaram diferenças significativas entre as amostras.

Verificou-se a necessidade de excluir alguns itens que não contribuíram para a confiabilidade do instrumento, com base na consistência interna das escalas e nos índices de mudança correspondentes. Na escala de “Engajamento Comunitário”, observou-se uma melhoria na confiabilidade ao remover o item “...a maioria das pessoas acha que as escolas devem ensinar ativamente os adolescentes sobre prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, do crime, violência e abandono escolar” (de $\alpha = 0.69$ para 0.72 em SC e de $\alpha = 0.68$ para 0.73 em SP). Na escala sobre “Questões Econômicas da Comunidade”, o item excluído foi: “... parece que muitas pessoas se mudaram daqui nos últimos anos”, apenas para SP (de $\alpha = 0.59$ para 0.68). Na escala de “Abertura para a Mudança”, decidiu-se pela remoção do item: “... a maioria das pessoas têm ideias rígidas e não estão dispostas a mudar de opinião” (de $\alpha = 0.56$ para 0.71 em SC e de $\alpha = 0.67$ para 0.72 em SP). A escala de “Resolução de Conflito” também perdeu um item negativo: “Embora os moradores da comunidade possam discordar das ideias uns dos outros, essas discordâncias normalmente não impedem o progresso coletivo” (de $\alpha = 0.58$ para 0.83 em SP). Entretanto, na escala sobre “Colaboração entre Membros e Setores”, o item: “Em sua comunidade, existe uma rede de pessoas que trabalham de forma colaborativa para garantir o bem-estar de crianças e adolescentes?” foi excluído por ser uma variável dicotômica, o que o diferenciava dos outros itens da escala.

O cálculo dos escores dos itens foi realizado separadamente para cada comunidade, resultando na média aritmética das respostas dadas para cada item da escala. Para garantir a consistência das análises, todos os itens foram ajustados para escalas de quatro pontos (*Discordo totalmente, Discordo, Concordo, Concordo totalmente*). Os escores (*M*) foram calculados utilizando apenas os dados dos participantes que responderam a todos os itens do instrumento na maioria das dimensões. No entanto, respostas inválidas (dados de participantes que não responderam todos os itens) com um coeficiente alfa maior do que 0.73 foram incluídas no cálculo dos escores para as dimensões da escala. Em ambas as comunidades, o desvio padrão médio (*DP*) foi calculado em relação às médias dos escores calculados para toda a amostra. Os dados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Resultados dos Escores de Prontidão Comunitária para Mudança nas Comunidades de São Paulo (São Paulo) e Santa Catarina (Florianópolis)

	São Paulo			Florianópolis		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Questões econômicas	21	1.46	0.44	24	1.74	0.48
Organização comunitária	25	2.04	0.81	32	2.32	0.79
Responsabilidade compartilhada	18	2.62	0.78	25	2.75	0.44
Coesão comunitária	25	2.57	0.57	31	2.8	0.39
Liderança eficaz	19	2.65	0.76	26	2.56	0.57
Resolução de conflito	17	2.35	0.59	24	2.63	0.42
Eficácia coletiva	19	2.23	0.44	29	2.41	0.38
Disponibilidade de drogas na comunidade	21	1.35	0.76	30	1.45	0.53
Normalização do uso de drogas	19	2.84	0.76	32	2.83	0.74
Percepção do nível de risco do uso de drogas	26	3.16	0.80	33	3.46	0.47
Colaboração entre membros e setores	20	2.43	0.45	27	2.45	0.45
Engajamento comunitário	20	2.14	0.57	27	2.2	0.55
Abertura para mudança	24	2.69	0.73	31	2.82	0.63
Apoio da comunidade para prevenção	16	2.19	0.46	27	2.43	0.5
Urgência na prevenção	27	3.94	0.21	36	3.85	0.39

4.6.2 Análise de dados qualitativos

O procedimento de pontuação, que determinou o estágio de prontidão para cada uma das seis dimensões, foi conduzido por dois avaliadores de forma independente. Esse método é recomendado no manual do CRM, visando garantir imparcialidade e maior precisão nos resultados. Os avaliadores leram as transcrições das entrevistas na íntegra e, em seguida, consultaram a "Escala de Classificação Ancorada" (Anexo 6) fornecida no manual do CRM para pontuar cada dimensão.

As respostas da entrevista foram comparadas com a escala ancorada para determinar a pontuação do estágio específico de prontidão para cada dimensão. Para progredir na escala, os níveis anteriores de prontidão precisavam ter sido totalmente alcançados, e os avaliadores atribuíram uma nota de 1.0 a 9.0 que melhor refletisse o que foi declarado na entrevista. Cada avaliador inseriu suas pontuações na tabela denominada "Pontuação Individual", presente no Anexo 7. Posteriormente, os dois avaliadores se reuniram para discutir e chegar a um consenso sobre as pontuações, conforme descrito por Plested et al. (2006) e demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Pontuações de Consenso das Entrevistas por Dimensão e Pontuação Final da Prontidão Comunitária em Florianópolis

Dimensões	#1	#2	#3	#4	#5	#6		Estágio de prontidão
A - ESFORÇO DA COMUNIDADE	1	2	1.5	1	5	1	1.92	Sem conhecimento
B - CONHECIMENTO DA COMUNIDADE SOBRE OS ESFORÇOS	1	2	1.5	1	5	1	1.92	Sem conhecimento
C - LIDERANÇA	4.5	3	2	4	5	4	3.75	Conhecimento vago
D - CLIMA DA COMUNIDADE	4.5	3	3.5	3	2.5	3	3.25	Conhecimento vago
E - CONHECIMENTO DA COMUNIDADE SOBRE O PROBLEMA	3	3	1.5	2	2.5	2	2.33	Negação / resistência
F - RECURSOS RELACIONADOS AO PROBLEMA	3	3	1	3	4.5	2.5	2.83	Negação / resistência
Total geral da comunidade 2.67								Negação / resistência

O escore geral de prontidão da comunidade foi calculado pela média (M) das pontuações de consenso, resultando em 2.67 (estágio de "Negação/resistência"), com um

desvio padrão de 0.75 e uma amplitude de respostas de 1.83. O detalhamento dos resultados da análise qualitativa é explorada no terceiro artigo que compõe esta tese.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram seguidas todas as normativas e parâmetros éticos, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O macro projeto “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil” foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), por meio do protocolo Sigpex nº 202018046 e recebeu parecer positivo sob nº CAAE 50477321.3.0000.0121. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFESP nº CAAE 54755921.6.0000.5505 com parecer favorável de nº 5.780.949.

Foram respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, para garantir os direitos e responsabilidades dos participantes da pesquisa. Todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios esperados, bem como os possíveis riscos e desconfortos associados. Durante a coleta de dados por meio da escala *on-line*, os participantes foram solicitados a ler e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo ao questionário, seguindo as diretrizes do Ofício Circular nº 02, de 24 de fevereiro de 2021, sobre pesquisas em ambiente virtual. Antes das entrevistas presenciais, o TCLE foi lido aos participantes, suas assinaturas foram coletadas e eles receberam uma cópia física do documento, conforme apresentado no Apêndice A desta tese.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta tese teve como objetivo descrever o processo de avaliação da prontidão nas comunidades participantes da implementação piloto do sistema Comunidades Que Cuidam (CQC) no Brasil. Representa a primeira experiência de avaliação da prontidão comunitária no país, utilizando dois instrumentos diferentes. O foco principal foi compreender a relevância do conceito de prontidão comunitária para o contexto brasileiro e apresentar potenciais métricas que serão adaptadas e validadas posteriormente. A tese foi estruturada em três artigos correspondentes aos objetivos específicos, detalhados na Figura 6.

Figura 6 - Síntese dos Artigos Produzidos na Tese com Detalhamento Sobre a Metodologia Utilizada

SÍNTESE DOS ARTIGOS PRODUZIDOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ARTIGOS	METODOLOGIA
a) Levantar o histórico do conceito e das medidas de prontidão comunitária	Artigo 1 - "O que é prontidão comunitária e quais as suas contribuições para o Brasil?"	Revisão teórico-conceitual sobre prontidão comunitária, sua história e relevância
b) Analisar a prontidão comunitária, segundo o modelo do Communities That Care, na implementação piloto do sistema preventivo ao Brasil	Artigo 2 - "A prontidão comunitária na adaptação cultural do "Comunidades que Cuidam" ao Brasil"	Aplicação do questionário CKIS em líderes-chave das comunidades de São Paulo e de Florianópolis
c) Analisar a prontidão comunitária, segundo o Community Readiness Model, na implementação piloto do Comunidades que Cuidam no Brasil	Artigo 3 - "Entrevista sobre prontidão comunitária para intervenções preventivas: Experiência piloto de adaptação ao Brasil"	Entrevista, baseada no modelo CRM com membros da coalizão da comunidade de Florianópolis
c) Refletir sobre a relevância da prontidão para o país e desafios para próxima implementação	Discussão e considerações finais da tese	Articulação dos resultados encontrados, reflexões e sugestões para próximas implementações

5.1 ARTIGO 1 - O QUE É PRONTIDÃO COMUNITÁRIA E QUAIS AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O BRASIL?

Resumo

Comunidade é um o espaço onde os residentes vivenciam a cultura e partilham interesses em comum dentro de uma área geograficamente definida. As intervenções comunitárias estão sujeitas à influência de inúmeras variáveis contextuais locais. Por esta razão, emerge a necessidade de identificar os elementos que evidenciam o preparo da comunidade para enfrentar e agir diante de demandas que instiguem alguma ação coletiva. Esse conjunto de elementos constitui a “prontidão comunitária”. Este artigo busca elucidar o conceito de prontidão comunitária e explorar suas contribuições para o contexto brasileiro. Configura-se como um artigo teórico-conceitual sobre esta temática, através de uma revisão narrativa da literatura internacional sobre o tema. Os resultados possibilitaram uma definição sobre prontidão comunitária, descrição da história, instrumentos, contextos de aplicação, público-alvo e resultados de avaliações sobre prontidão comunitária. Os desafios da avaliação de prontidão comunitária também foram explorados. Conclui-se que para aumentar as chances de sucesso, as intervenções introduzidas numa comunidade devem ser consistentes com o estágio de prontidão para a mudança, assim como o conhecimento e percepção de que algo é uma demanda possível de ser modificada. Considera-se que a prontidão comunitária é especialmente potente para a realidade brasileira, por ser um país de vasta diversidade cultural em que intervenções públicas são implementadas cotidianamente em territórios comunitários.

Palavras-chave: prontidão comunitária; intervenção comunitária; avaliação da prontidão comunitária; mudança comunitária. Brasil.

Abstract

Community is the space where residents experience culture and share common interests within a geographically defined area. Community interventions are subject to the influence of numerous local contextual variables. For this reason, there is a need to identify the elements that demonstrate the community's readiness to address and act upon specific demands. This set of elements constitutes "community readiness." This article seeks to elucidate the concept of community readiness and explore its contributions to the Brazilian context. It is configured as a theoretical-conceptual article on community readiness, through a narrative review of the international literature on the subject. The results allowed for a definition of community readiness, description of the history, instruments, application contexts, target audience, and assessment results regarding community readiness. The challenges of assessing community readiness were also explored. It is concluded that to increase the chances of success, interventions introduced in a community must be consistent with the stage of readiness for change, as well as with the knowledge and perception that something is a demand that can be modified. Community readiness is considered to be particularly potent for the Brazilian reality, given that it is a country of vast cultural diversity where public interventions are implemented daily in community territories.

Keywords: community readiness; community intervention; assessment of community readiness; community change; Brazil.

Introdução

A delimitação de uma comunidade é um processo desafiador, especialmente em áreas extensas ou densamente povoadas. As definições de comunidade são processos complexos, que podem englobar aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos. Referem-se a um grupo de indivíduos unidos por laços sociais, compartilhando crenças, valores e perspectivas comuns, que se envolvem em atividades coletivas dentro de um contexto territorial específico (Edwards et al., 2000).

Este cenário também é atravessado pela diversidade e heterogeneidade dessas delimitações. Vilas, subúrbios, bairros, reservas indígenas, cidades e áreas metropolitanas são exemplos de comunidades com suas próprias dinâmicas e desafios. À medida que as cidades expandem, a heterogeneidade tende levar à divisão da população em numerosas comunidades menores, mais íntimas, devido aos contextos sociais compartilhados. Dentro de uma comunidade maior, como uma cidade, existem ainda subdivisões que podem ser consideradas comunidades próprias, como escolas, bairros ou igrejas (MacQueen et al., 2001).

As comunidades são entidades socioculturais imbuídas de complexidade própria, operando dentro de macro e microssistemas que exercem influências ambientais no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2002). O conceito de comunidade, como sistemas ecológicos e organizacionais complexos, começou a ser discutido há pelo menos 80 anos (Edwards et al., 2000).

No contexto da prevenção em saúde é fundamental compreender a comunidade como o ambiente onde os moradores vivenciam a cultura local e partilham interesses em comum dentro de uma área geograficamente definida (Kostadinov et al., 2015). Esta perspectiva é corroborada pela literatura especializada, que enfatizam a relevância das comunidades como foco de intervenções em saúde pública (Kelly et al., 2003).

No Brasil, a categoria de intervenção comunitária surge como uma maneira de questionar e transformar o *status quo*. Como campo de investigação teórica, as comunidades desafiam a ciência psicológica com seu caráter multideterminado, composto por sistemas e fatores que interagem e influenciam o indivíduo de maneira única (Freitas, 2004; Scarparo & Guareschi, 2007). Desde a década de 1960, a Psicologia Comunitária tem enfatizado a importância da atuação participativa e colaborativa nas comunidades brasileiras (Freitas Campos, 2015).

As intervenções comunitárias, principalmente aquelas com foco preventivo baseadas na comunidade, são influenciadas pelas variáveis contextuais locais. Essas intervenções são consideradas "dependentes do contexto", uma vez que as condições locais afetam não apenas o desenvolvimento e o processo, mas também os resultados e a sustentabilidade das ações de saúde pública (Kostadinov et al., 2015). A diversidade intrínseca às comunidades, seja étnica, cultural, social ou geográfica, é particularmente notável em países de dimensões continentais como o Brasil, onde é comum encontrar resultados variados de intervenções preventivas entre comunidades próximas ou com características semelhantes (Edwards et al., 2000).

Diante dessa realidade, emerge a necessidade de identificar os elementos que evidenciam o preparo da comunidade para enfrentar e agir diante de demandas específicas, que exigem ação coletiva diante de problemáticas em termos de saúde, educação, proteção social, entre outras. Esse conjunto de elementos constituem a “prontidão comunitária”. Este conceito abrange: (a) o reconhecimento da magnitude e gravidade das demandas em diferentes âmbitos e a necessidade de resolvê-las; (b) um clima de disponibilidade da comunidade para aprender e promover mudanças; (c) suas capacidades reconhecidas e os recursos já existentes para enfrentar a estas demandas; (d) a existência de lideranças eficazes para promover a coletividade e sustentar ações necessárias; (e) o histórico da comunidade e suas características sócio materiais; (f) a coesão ou senso de unidade da comunidade; (g) o apego, traduzido nos laços emocionais da identificação com a comunidade; e (h) o empoderamento, que inclui elementos de iniciativa, confiança e eficácia percebida (Feinberg et al., 2002; Stith et al., 2006).

A prontidão comunitária é crucial para descrever o contexto ecológico no qual esforços de mudança serão implementados, aumentando as chances de sucesso das intervenções (Chilenski et al., 2007). O conceito "prontidão comunitária" (*community readiness*, no original) tem uma trajetória consistente na literatura. Contudo, apesar de sua importância, observa-se uma escassez de estudos sobre prontidão comunitária no Brasil, com a maioria das pesquisas concentradas em países desenvolvidos ou em produções incipientes de países latinos e subdesenvolvidos (Brown et al., 2008, 2015; Hawkins et al., 2008, 2014; Oliveira Corrêa, 2014; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015; Rioseco, 2017; Thurow, 2020). Este artigo busca preencher essa lacuna, com o objetivo de elucidar o conceito de prontidão comunitária e explorar suas contribuições para o contexto brasileiro.

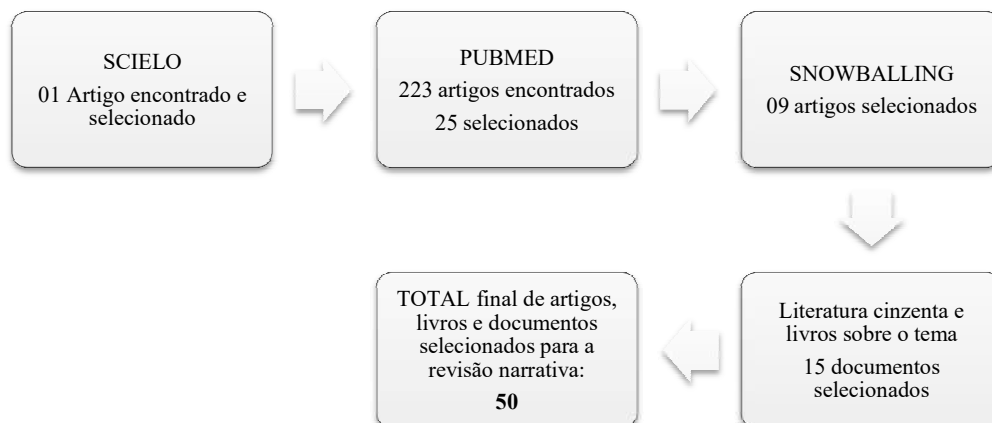
Método

Este estudo configura-se como um artigo teórico-conceitual. Para cumprir com este objetivo, foi realizada uma revisão narrativa, que consiste em uma análise abrangente da literatura internacional. Este tipo de revisão é recomendado quando o intuito é proporcionar uma visão geral, histórica e contextualizada, sobre o objeto de estudo, destacando perspectivas e lacunas (Ferrari, 2015).

A busca inicial foi realizada nas plataformas *SciElo* e *PubMed*, orientada pela chave de busca "*community readiness*" sem outras restrições. A busca na *SciElo* foi realizada em dezembro de 2023 e foi encontrado apenas um único artigo, elaborado por autores espanhóis, sobre uma experiência implementada com imigrantes latinos nos EUA. Já na *PubMed* a busca foi realizada em dezembro de 2023, com a chave de busca mencionada acima, sendo encontrados 223 artigos, publicados entre 1965 e 2023, em sua grande maioria escrito em inglês. Foram aplicados critérios de inclusão pré-definidos: a) artigos teóricos sobre o tema *community readiness*; b) artigos de revisão de literatura sobre este tema; c) artigos que abordassem o desenvolvimento e a validação psicométrica de instrumentos de avaliação de *community readiness*; d) artigos de aplicação deste conceito em diferentes sistemas e contextos de prevenção ou de ações em saúde que discutissem a função deste constructo no modelo lógico da intervenção. Foram selecionados 25 artigos para serem analisados.

A partir disso, a busca foi complementada pela técnica de *snowballing*, que consiste em fazer um escrutínio na lista de referências dos artigos, a fim de identificar estudos potencialmente elegíveis que não foram localizados nas buscas em bases de dados. Foram incluídos nesta etapa mais 09 artigos. Ainda foram acrescentados alguns documentos advindos da "*literatura cinzenta*" — referindo-se a documentos não formalmente publicados, como relatórios técnicos relacionados a experiências na temática, assim como teses e dissertações que abordaram questões relacionadas a *community readiness*. Também foram incluídos livros e capítulos de livros que abordam o tema da prontidão comunitária ou a discussão sobre o conceito de comunidade e seus desdobramentos para o tema em questão, com a inclusão de mais 15 documentos. Com isto, totalizou-se 50 documentos a serem analisados nesta revisão narrativa, conforme Figura 1.

Figura 1 - *Flowchart* da Busca de Artigos e Documentos Para a Revisão Narrativa



Na fase seguinte, procedeu-se à leitura integral de cada artigo selecionado, com o intuito de extrair informações chave relacionadas ao conceito de prontidão. Este processo envolveu a catalogação de elementos como definições, contextos históricos, metodologias de avaliação, resultados obtidos e desafios identificados na literatura. Todas as informações pertinentes foram organizadas sistematicamente em um arquivo de *Word* para organização dos dados e análise.

A fase subsequente envolveu uma análise de conteúdo sem o estabelecimento de categorias de análise prévias (Ruiz-Olabuénaga, 2012). As informações foram agrupadas em categorias temáticas coerentes, incluindo definições de prontidão, contexto histórico, instrumentos de avaliação, resultados de estudos e desafios enfrentados no campo. Esta abordagem permitiu a construção de uma narrativa estruturada sobre o estado da arte da prontidão comunitária, destacando as principais conclusões e lacunas identificadas na literatura examinada.

Com uma abordagem focada na organização e interpretação dos estudos existentes dentro do campo de pesquisa, a escolha metodológica visou não apenas sintetizar os conhecimentos atuais sobre a prontidão comunitária, mas também fundamentar a discussão sobre sua relevância e aplicabilidade no Brasil, contribuindo assim para o avanço teórico e prático na área. Para o refinamento crítico do conceito, realizou-se a apresentação da história e bases epistemológicas do construto, além da descrição de resultados de estudos sobre o tema. Ademais, discutem-se os desafios, limitações e sugestões para futuras investigações.

Resultados

Definição de prontidão comunitária

Uma das principais prerrogativas hodiernas no planejamento de intervenções em saúde e prevenção ao uso de drogas é a consideração do protagonismo daqueles que são o seu público alvo. Envolvendo-os desde o planejamento, execução, avaliação de processo e resultados, é possível referendar as verdadeiras necessidades, interesses e valores que envolvem o público que receberá a intervenção. Quando se trata de ações comunitárias, não pode ser diferente. A comunidade precisa ser considerada como protagonista, com todos os desafios que isto possa significar (Sloboda & Petras, 2014).

A ciência da implementação constatou que uma mesma intervenção pode ter resultados diferentes dependendo da comunidade em que é aplicada (Sloboda & Petras, 2014). Isto significa que a eficácia das atividades preventivas não depende apenas do modelo lógico e da qualidade da aplicação da intervenção, mas também da preparação do contexto que a recebe. Neste sentido, deve-se considerar a organização comunitária, incluindo padrões de liderança, clima social e a abertura para mudanças da comunidade onde o programa preventivo será desenvolvido (Holgado & Maya Jariego, 2010). A estas dimensões costuma-se chamar de prontidão comunitária.

A prontidão comunitária busca identificar a cultura local e os recursos disponíveis, promovendo a cooperação entre diferentes membros e setores da comunidade. As dinâmicas psicossociais, incluindo a participação ativa e o envolvimento dos membros da comunidade, além do senso de pertencimento e identidade, configuram a percepção coletiva da comunidade sobre si mesma. A trajetória histórica de uma comunidade, incluindo suas origens e seu engajamento em esforços anteriores de mobilização, emerge como um componente importante da prontidão comunitária e se relaciona com a noção de eficácia percebida e empoderamento (Chilenski et al., 2007; Plested et al., 2006).

Cada comunidade, caracterizada por sua singularidade, é composta por seus próprios valores, recursos, história, clima político, pontos fortes, fracos e atitudes. Esses elementos podem afetar um esforço local de prevenção, sobretudo se negligenciados nas etapas de planejamento e implementação de um programa (Feinberg et al., 2002). Estas são características psicossociais associadas à prontidão comunitária que delineiam o contexto no qual a comunidade está inserida, podendo facilitar ou dificultar, desse modo, mudanças bem-sucedidas e sustentáveis (Murphy-Berman et al., 2000).

Esses elementos são fundamentais para estabelecer um ambiente favorável à implementação de programas preventivos, salientando a importância de uma colaboração eficaz e de uma comunidade bem informada (Castañeda et al., 2012; Stith et al., 2006). Existe um consenso entre os pesquisadores sobre a relação entre eficácia das intervenções e a valorização dos recursos, da história e das características únicas da comunidade, assim como da adoção de conceitos e práticas culturalmente relevantes. Ou seja, os programas mais eficazes são aqueles que a comunidade percebe como seus, envolvendo-se diretamente no planejamento e na implementação (Chilenski et al., 2007; Oetting et al., 2001).

A prontidão é específica para cada demanda e é avaliada através de múltiplas dimensões. Ela pode ser fomentada por um processo de capacitação, no qual a comunidade ganha conhecimentos fundamentais sobre a ciência da prevenção, aprendendo a identificar e empregar seus recursos — tanto os preexistentes quanto novos — para facilitar a implementação de ações preventivas (Plested et al., 2006). O objetivo é expandir a capacidade comunitária de prevenir desfechos negativos em saúde (Oetting et al., 2001; Stith et al., 2006).

História da prontidão comunitária

A prontidão comunitária tem se apresentado como um pilar fundamental para resultados bem-sucedidos de intervenções preventivas nas últimas três décadas (Oetting et al., 1995; Pozzo & Virgili, 2021; Sloboda & Petras, 2014; Thurman et al., 2003). Entender a evolução desse conceito e o seu papel na saúde pública pode contribuir para o embasamento da sua aplicação eficaz em contextos sociais, econômicos e políticos diversos, incluindo a realidade latino-americana e a brasileira.

O termo "prontidão comunitária" (*community readiness*) foi cunhado por Mary Ann Pentz em 1991, durante a Conferência de Pesquisa em Prevenção de Kentucky, nos EUA. Pentz explanou sobre a correlação entre a preparação de uma comunidade para aceitar intervenções e os resultados positivos na alteração de comportamentos ou culturas comunitárias (Edwards et al., 2000). Na década de 1990, já se discutiam conceitos como fidelidade e adaptação cultural, treinamentos sobre programas de prevenção, assim como a disponibilidade de financiamento para executá-los. Entretanto, os pesquisadores enfrentavam desafios recorrentes no contexto de intervenções comunitárias, conforme documentado por Hawkins et al. (2008; 2014). Esses desafios estavam intrinsecamente ligados à aceitação e preparação da comunidade, evidenciando quanto esses elementos de prontidão interferem e podem explicar certas resistências no processo e resultados (Edwards et al., 2000).

O *Tri-ethnic Center for Prevention Research*, fundado em 1964 e focado na prevenção ao uso de drogas e violência, desempenhou um papel importante nessa exploração, desenvolvendo métodos para medir a prontidão comunitária e estratégias para avançar comunidades através de estágios de preparação. Nesta mesma década, o centro realizava pesquisas em dois projetos de prevenção simultâneos: (1) desenvolvimento de programas de mídia para prevenção ao abuso de álcool e outras drogas e (2) treinamento de profissionais no manejo de comunidades nativas (mexicano-americanas, indígenas americanas e nativas do Alasca). Os esforços foram direcionados para treinamentos de equipes das comunidades sobre a utilização de técnicas de avaliação de necessidades, informações sobre programas de prevenção e como implementar uma campanha nos meios de comunicação social (Edwards et al., 2000).

Apesar do sucesso em campanhas midiáticas e no aumento da conscientização sobre a prevenção as comunidades, frequentemente as equipes enfrentavam barreiras à implementação bem-sucedida de programas. Em algumas delas, a especificidade das demandas locais era mal compreendida e havia resistência ao investimento em mais programas de prevenção. Neste contexto, o conceito de prontidão comunitária, surgia como uma explicação potencial para entender esses resultados e um caminho para superar as barreiras enfrentadas, embora ainda necessitasse de desenvolvimento teórico e prático para se tornar uma ferramenta eficaz (Edwards et al., 2000).

A partir disso, o *Tri-ethnic Center for Prevention Research* focou em construir um método possível e confiável de medir o nível de prontidão ao determinar as dimensões e fases de preparação de uma comunidade. O objetivo era prático: levar as comunidades a aceitarem, investirem e manterem as intervenções. Com essa finalidade, foram compiladas e testadas estratégias para o avanço da comunidade em cada estágio de prontidão. Em 1995, construíram o “Modelo de Prontidão Comunitária” (*Community Readiness Model* - CRM) (Oetting et al., 1995).

Influências no desenvolvimento do primeiro modelo

Para a concepção do Modelo de Prontidão Comunitária (CRM) o *Tri-ethnic Center for Prevention Research* contou com uma equipe de pesquisadores, incluindo Oetting, Jumper-Thurman, Plested, Edwards e Beauvais. Este desenvolvimento teórico inicialmente foi influenciado por duas principais vertentes teóricas: a) prontidão psicológica individual para tratamentos, tais como o de abuso de drogas; e b) o desenvolvimento da comunidade e

ação social (Chilenski et al., 2007).

Inspirados no trabalho de Prochaska, DiClemente e Norcross (1993), que estudaram o conceito desde a década de 1980 para delinear os cinco estágios de prontidão pessoal para o tratamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), a equipe do *Tri-ethnic Center for Prevention Research* procurou entender como esses estágios poderiam ser aplicados em um contexto comunitário. Eles identificaram que, embora a prontidão individual seja unidimensional (Prochaska et al., 1993), a prontidão comunitária é multidimensional, refletindo a complexidade das comunidades e suas variadas necessidades e resultados (Islam et al., 2018). Apesar dessas contribuições relevantes, observou-se que a teoria precisava avançar na descrição dos estágios de prontidão à medida que eram aplicados à comunidade (Kostadinov et al., 2015).

Com base nessa perspectiva, a equipe trabalhou para elaborar um modelo de prontidão comunitária, buscando dimensões para a prontidão nas teorias de desenvolvimento comunitário e organização de grupo (Chilenski et al., 2007). As teorias selecionadas abordaram os processos de tomada de decisão e inovação, descritos por Rogers (1983), bem como a teoria de ação social de Warren (1978), que detalha o processo de mudanças grupais. A integração destas teorias sustentou-se na premissa que a ação coletiva em uma comunidade se baseia em interações entre grupos, facilitando a resolução de problemas por meio de esforços conjuntos e colaboração entre membros e setores diversos (Niknam et al., 2021; Omidvar et al., 2021).

Os pesquisadores propuseram quatro dimensões na composição da prontidão comunitária, entre elas: apego, iniciativa, eficácia e liderança. O primeiro conceito analisado foi o *apego*, que se refere aos laços psicológicos e emocionais que os residentes desenvolvem com seu território comunitário. Este conceito, derivado tanto do *senso de comunidade* da psicologia comunitária quanto da *coesão de equipe* da psicologia organizacional, sugere que um maior nível de confiança emocional no ambiente e no trabalho em equipe aumenta a probabilidade de formação de um grupo coeso e engajado em atividades para atingir objetivos comuns (Beebe et al., 2001; Edwards et al., 2000).

A dimensão denominada como *iniciativa*, descreve o grau de envolvimento ativo dos membros da comunidade em suas atividades. Este conceito enfatiza que um histórico robusto e uma orientação para o envolvimento ativo em assuntos comunitários, com iniciativas em ações concretas em prol das necessidades locais, potencializam a mudança e o sucesso na implementação de programas de prevenção colaborativa (Edwards et al., 2000; Engstrom et

al., 2002).

Relacionado à iniciativa, o terceiro conceito explorado foi a *eficácia*, que se baseia no sucesso anterior de residentes em colaborar para superar seus problemas e melhorar sua comunidade. Esta dimensão foi extraída do conceito de *autoeficácia*, de Bandura, em nível individual e transformado para um nível comunitário. Na esfera individual, sujeitos que se sentem bem-sucedidos têm maior confiança em enfrentar situações novas e desafiadoras (Lehman et al., 2002). Em um nível coletivo, a crença de que o grupo pode ter sucesso em fazer mudanças reforça a confiança para as ações comunitárias. Quando há uma compreensão de que a comunidade teve sucesso em fazer mudanças positivas antes, maiores são as chances de agir no sentido da mudança, bem-sucedida, no atual (Edwards et al. 2000).

O quarto e último conceito proposto foi *liderança*, destacando a importância de líderes comunitários preparados e capacitados para mobilizar e guiar a comunidade em processos de mudança. Também ancorada em teorias da psicologia comunitária e organizacional, concentra-se na importância da presença de um líder focado na tarefa de mudança de uma demanda comunitária (Beebe et al., 2001). Entende-se que as lideranças comunitárias precisam estar preparadas para a tarefa, conhecer de prevenção, resolver os conflitos, articular e mobilizar a comunidade interna e externamente. Além de valorizar o que a comunidade tem de melhor e ajudar a transformar aquilo que pode ser aprimorado (Oliveira Corrêa et al., 2020; Stith et al., 2006). Quanto maiores às habilidades dos líderes locais de gestão da construção colaborativa, maior a possibilidade de apoio dos membros da comunidade e, por consequência, a eficácia de uma estratégia (Oetting et al., 1995).

Após testes empíricos e modificações, a proposta final foi formulada (Plested et al., 2009). O CRM, enquanto um modelo pioneiro, fomentou uma vasta sequência de estudos e pesquisas subsequentes focados na relevância da prontidão comunitária para a mudança (Engstrom et al., 2002).

Instrumentos, contextos de aplicação e públicos-alvo

As dimensões que constituem a prontidão comunitária são fatores psicossociais e contextuais, mensurados através da percepção de integrantes da comunidade sobre o contexto coletivo, além do próprio comportamento individual. Representam um desafio em termos de mensuração, pois englobam aspectos como o reconhecimento das demandas específicas da comunidade, sua organização, o apoio de suas lideranças, a disponibilidade de recursos e habilidades, além dos esforços em curso para endereçar essas questões (Kostadinov et al.,

2015).

Uma avaliação adequada da prontidão comunitária objetiva ser abrangente e sensível aos fatores psicossociais e contextuais presentes na sutileza do clima comunitário que pode ser favorável ou desfavorável ao desenvolvimento da capacidade comunitária. É ainda uma avaliação da preparação da comunidade, do seu esforço e de respostas às demandas, assim como do avanço dela ao longo da intervenção, compreendendo seu impacto na história da comunidade (Kostadinov et al., 2015). Ou seja, sua avaliação auxilia na compreensão do “ponto de partida” comunitário, assim como na mensuração do avanço do potencial coletivo, pois as próprias intervenções afetam diretamente a prontidão da comunidade, fazendo-a avançar (Plested et al., 2009).

Esse processo contribui com um diagnóstico inicial, pois auxilia no mapeamento das condições atuais da comunidade e delineamento de caminhos para a intervenção. É essencial que este diagnóstico não se restrinja aos dados epidemiológicos de fatores de risco, vulnerabilidade e proteção da comunidade, indo em direção a uma investigação complementar sobre a percepção do funcionamento e dinâmica local, além da compreensão das demandas específicas da comunidade. As crenças e valores da comunidade contribuem para o clima e atitudes em relação ao que se é considerado ‘problema’, que pode não ser compatível com os dados de levantamento em saúde pública da região. Se este é o caso, os membros da comunidade possivelmente não terão um histórico de envolvimento ativo em esforços de mudança anteriores sobre a demanda, o que leva a níveis mais baixos de *iniciativa e eficácia* percebida (Chilenski et al., 2007).

Quantificar essas dimensões em uma comunidade é um desafio, para tal, alguns instrumentos foram desenvolvidos, entre eles, os modelos mais presentes na literatura são: a) entrevista do “*Community Readiness Model*” (CRM) (Edwards et al., 2000; Oetting et al., 1995); b) escala “*Community Key Informant Survey*” (CKIS) do sistema de prevenção “*Communities That Care*” - CTC (Arthur et al., 2002; Brown et al., 2008; Oliveira Corrêa et al., 2020); e o c) escala “*PROSPER Readiness Scales*” do sistema “*Promoting School–community–university Partnerships to Enhance*” - PROSPER (Chilenski et al., 2007; Spoth et al., 2004).

O CRM, já citado neste texto, desempenha um papel crucial no desenvolvimento histórico da prontidão comunitária como um campo conceitual (Oetting et al., 1995). Este é um modelo com estratégias para avanço da prontidão comunitária, que identifica através de um roteiro de entrevista estruturado o escore do nível de preparação comunitária (Plested et

al., 2006, 2009). Devido à sua adaptabilidade e eficácia, o CRM tem sido amplamente adotado, tornando-se a estratégia mais prevalente em pesquisas sobre o tema até o momento (Oetting et al., 2001; Sloboda & Petras, 2014; Thurman et al., 2003).

A transição do CRM de uma ferramenta desenvolvida para fomentar a capacidade de resposta das comunidades ao abuso de álcool para uma aplicação mais abrangente ilustra sua versatilidade. Foram publicadas pesquisas que utilizam o CRM, voltadas para o combate à obesidade infantil, redução de doenças sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/AIDS), câncer, doenças cardíacas, deficiências, traumas, prevenção do suicídio, depressão e violência (Kostadinov et al., 2015). Além disso, sua aplicação se estendeu a esforços de prevenção ambiental, como iniciativas para melhorar a qualidade da água e do ar, gestão de resíduos e reciclagem (Edwards et al., 2000). Essa diversidade de estudos tem ajudado a aprimorar e consolidar como uma ferramenta independente e confiável na literatura (Islam et al., 2018; Niknam et al., 2021).

Em uma revisão sistemática sobre o modelo, 40 pesquisas empíricas foram rastreadas entre 1999 e 2013. Os estudos foram realizados, em sua maioria, nos EUA (85.0%), com definição de comunidade baseada em fronteiras geográficas, sendo 47.5% de característica rural e 30.0% em espaços urbanos. A amostra de comunidades variou de 1 a 102 ($M = 11.7$, $DP = 19.2$), no entanto, 60.0% tinham menos de 10 comunidades e 30.0% dos estudos focavam em apenas uma comunidade. O número de entrevistas por comunidade variou entre 1 e 33 ($M = 7.3$, $DP = 5.9$), com 15.0% dos estudos usando menos do que as quatro entrevistas recomendadas pelo manual do modelo (Kostadinov et al., 2015).

Os outros dois instrumentos utilizados para avaliação da comunidade no campo da ciência da prevenção - “*Community Key Informant Survey*” e “*PROSPER Readiness Scales*” - são escalas que estão situadas na estrutura de dois dos sistemas de prevenção mais emergentes da atualidade, segundo o “*Blueprints for Healthy Youth Development | Blueprints Programs*”¹. Os sistemas possibilitam a articulação de múltiplos componentes preventivos, como políticas, programas e estratégias, tomando, em específico, a comunidade como sua base interventiva (Brown, 2015). São emaranhados complexos que comportam distintas ações (investigações, intervenções e avaliações) nas múltiplas estruturas sociais (comunidade, escola, família, grupos e indivíduos) e abrangem diversas estratégias preventivas e desfechos esperados (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Ainda que os sistemas de prevenção reconheçam o impacto da prontidão e integram em sua construção esse pressuposto, existem

¹ <https://www.blueprintsprograms.org/>

poucos exemplos desenvolvidos e avaliados devido a sua complexidade, entre eles, o CTC e o PROSPER têm ganhado destaque na prevenção baseada em evidências (Sloboda & Petras, 2014).

Em relação ao público-alvo para avaliação, um grupo particularmente importante é o dos informantes-chave, também chamados de líderes-chave. Esses indivíduos possuem um conhecimento profundo sobre as dinâmicas locais e, frequentemente participam dos processos de transformação social das comunidades que residem ou trabalham. Estão diretamente envolvidos e comprometidos com os esforços de mudança, trazendo conhecimentos valiosos sobre as necessidades e desafios enfrentados pela comunidade (Feinberg et al., 2002). Eles detêm informações críticas sobre as questões e problemas locais, apesar de não ocuparem necessariamente posições de liderança formal ou de tomada de decisão (Oetting et al., 1995). Esse público-alvo tem uma longa e bem-sucedida história na avaliação de necessidades para o campo preventivo (Feinberg et al., 2002) e a psicologia comunitária também teorizou sobre sua relevância em intervenções comunitárias (Beebe et al., 2001).

A avaliação de prontidão possibilita aos pesquisadores classificarem as comunidades de acordo com seus estágios de prontidão. No campo da implementação de intervenções, ganhou destaque ao constatar que comunidades com características similares podem, na realidade, apresentar níveis de preparação bastante distintos para responder a uma necessidade específica. Além de facilitar a identificação desses estágios diferenciados, a avaliação de prontidão comunitária possibilita que as próprias comunidades estabeleçam seus objetivos prioritários em variados contextos e desenvolvam estratégias direcionadas para articular a comunidade em prol de causas coletivas e efetuar mudanças significativas (Plested et al., 2006).

Os indicadores de prontidão têm ganhado destaque como evidências de desfechos para pesquisas em comunidades, ao identificar a viabilidade e a eficácia geral dos esforços de vários componentes do território, buscando avaliar o engajamento comunitário como um resultado a ser alcançado. O uso de ferramentas de avaliação da prontidão pode ser utilizado para monitorar mudanças ao longo do tempo ao avaliar indicadores como mudanças nas normas das comunidades, apoio às lideranças locais, entre outros aspectos relevantes (Pedroso et al., 2019). Pode-se verificar ainda a capacidade de sustentabilidade da perspectiva preventiva após o afastamento da instituição implementadora. Os métodos tradicionais de avaliação de eficácia tendem a não evidenciar estes aspectos essenciais sobre o desenvolvimento da racionalidade da comunidade (Kostadinov et al., 2015; Plested et al.,

2006).

Indica-se, portanto, que a avaliação da prontidão seja realizada na fase inicial da implementação, assim como, a reavaliação sistemática durante o processo, pois a prontidão incide desde o planejamento, implementação e avaliação, até nas dinâmicas de integração e institucionalização de ações, bem como, no movimento de sustentabilidade da prevenção (Oliveira Corrêa et al., 2020). Em um período relativamente curto, intervenções relacionadas à prontidão podem levar a aumentos na preparação da comunidade, transformando a percepção de abertura para a mudança. Por outro lado, o desenvolvimento da prontidão, em período mais longo, pode produzir mudanças nos resultados de saúde de maneira sustentável (Kostadinov et al., 2015). Pesquisadores na área da prevenção defendem ainda que, o mero ato de conduzir uma avaliação da prontidão na comunidade ajuda a aumentar a conscientização sobre suas demandas por líderes e partes interessadas (Feinberg et al., 2004; Kostadinov et al., 2015; Oetting et al., 2001; Oliveira Corrêa et al., 2020).

Resultados de avaliações de prontidão comunitária

A avaliação da prontidão informa aos planejadores sobre a viabilidade de implementação de uma intervenção planejada no território, que pode ser, como aqui discutido, um sistema ou programa de prevenção. Ela permite identificar se a comunidade apoiará ação planejada, se as estratégias de capacitação específicas enquadram-se no estágio de preparação da comunidade, para planejar intervenções coerentes com a implicação e possibilidades coletivas (Simpson, 2002; Thurman et al., 2003). Quando as características da comunidade não estão alinhadas com os objetivos dos programas de prevenção, podem surgir obstáculos adicionais para alcançar bons resultados (Edwards et al., 2000), sendo assim, conhecer a prontidão de uma comunidade evita a implementação de estratégias que não sejam sensivelmente adequadas às necessidades de uma comunidade (Niknam et al., 2021).

Essa medida é relevante para preparar intervenções que desafiem a comunidade a avançar em seu nível de prontidão, sem serem excessivamente ambiciosas a ponto de não conquistarem aderência por ainda não estarem prontas para esse desafio (Plested et al., 2009). Ou seja, mesmo uma intervenção efetiva, se realizada prematuramente, no que diz respeito à prontidão da comunidade, pode levar a um desfecho iatrogênico (Niknam et al., 2021; Pedroso et al., 2019). Portanto, combinar a intervenção ao nível de prontidão da comunidade para cada demanda é essencial para o sucesso da implementação (Plested et al., 2006). Esta reflexão é bem sustentada em estudos do campo da ciência da prevenção, mas também valem

para outros campos de intervenção comunitária, como o da psicologia social, saúde coletiva, assistência social, educação, cultura, entre outras.

O nível de prontidão para aceitar e apoiar um programa é um elemento-chave para a consistência do processo de planejamento e, sem a avaliação da prontidão, o sucesso e mesmo o fracasso não podem ser atribuídos somente à qualidade de um programa de prevenção (Donnermeyer et al., 1997). Um processo com aceitabilidade, adesão e efetividade se baseia na construção e organização entre implementadores e comunidades participantes, que transformam a si mesmas e aos padrões interacionais ao longo da implementação (Pedroso et al., 2019).

Inclusive, é recomendável que os treinamentos para equipes comunitárias considerem esses fatores e forneçam ferramentas práticas para otimizar os recursos comunitários, direcionar esforços para resultados desejados e minimizar dificuldades. Dessa forma, as iniciativas locais terão um impacto maior e mais sustentável na solução de problemas comunitários e no estabelecimento de novas normas e comportamentos. Quando uma intervenção é adotada pela comunidade como força motriz, ela tem maiores chances de alcançar resultados positivos e de se manter como uma prática cultural, mesmo após o término do financiamento (Edwards et al., 2000).

Um bom exemplo da necessidade de qualquer intervenção ser fundamentada nas crenças e possibilidades de uma comunidade é uma das primeiras experiências de implementação do CRM relatadas na literatura. Em 1995 duas tribos indígenas americanas vivenciaram uma contaminação por pó de urânio causada por mineração inadequada. Sofreram graves consequências em saúde devido à radiação e perderam muitos membros com câncer, além dos impactados ambientalmente, devido à morte de animais e destruição de medicamentos tradicionais vegetais (Oetting et al., 2001). O CRM foi apresentado aos anciãos tribais como uma ferramenta útil, passível de ser adaptada aos valores culturais e focado nas necessidades de detecção precoce do câncer. Os anciãos tribais classificaram as comunidades em um estágio específico de prontidão e, para a maioria das dimensões da entrevista estavam em “*Conhecimento vago*”, primeiro nível de prontidão do modelo. Com essa constatação, foi possível desenvolver um plano de ação para avançar um passo de preparação da comunidade de cada vez. Essa experiência demonstrou a versatilidade da adaptação cultural do modelo para outros campos (Donnermeyer et al., 1997; Edwards et al., 2000; Oetting et al., 2001).

Pesquisas longitudinais sobre prontidão comunitária evidenciam que, quanto mais tempo uma comunidade fica exposta a uma intervenção preventiva, maior é o aumento da

prontidão das comunidades. Estima-se que uma comunidade avance de 0,5 a 1 nível de prontidão por ano de exposição à intervenção (Kostadinov et al., 2015). Outros estudos já apresentaram resultados maiores, como 1 ou 2 níveis de prontidão, após um ano de intervenção (Allen et al., 2009; Ogilvie et al., 2008), porém a média costuma permanecer em 0,6 nível (Kostadinov et al., 2015).

Embora as intervenções possam levar a aumentos na prontidão da comunidade em um período relativamente curto, um tempo mais longo parece ser necessário para observar as mudanças nos resultados de intervenções preventivas em saúde. Devido à pluralidade do próprio construto da prontidão, o nível global da comunidade pode precisar de mais tempo para avançar essa mudança de racional. Altos níveis de prontidão podem ser compreendidos como uma herança deixada por uma intervenção preventiva que marca uma comunidade significativamente (Kostadinov et al., 2015).

Slater et al. (2005) reuniram pesquisas sobre o CRM e chegaram ao nível cinco, estágio de “*Preparação da comunidade*”, como o nível comum de prontidão que estavam associados ao início de mudanças positivas em indicadores de saúde. Esse resultado converge com outros resultados empíricos que já haviam indicado que iniciar e implementar programas de prevenção baseados em evidências que sejam bem sucedidos é viável apenas quando uma comunidade atinge pelo menos o quarto nível de prontidão, que é a fase de “*Planejamento da ação*” (Basic, 2015; Oetting et al., 2001).

Esta compreensão denota um nível de prontidão mínimo a ser alcançado a fim de indicar o início da implementação de alguma ação e possibilitar resultados positivos. Isso reforça a necessidade de desenvolver a prontidão nas comunidades, para que toda a intervenção possa, não só ser aceita, mas também ser efetiva, inclusive nos critérios de prevenção comunitária para mudança em saúde (Slater et al., 2005).

Coalizões comunitárias são grupos organizados que lideram a implementação e a manutenção de mudanças significativas nas comunidades, sendo sua articulação estratégias importantes dos sistemas de prevenção. Existe uma interdependência entre a eficácia das coalizões e a prontidão comunitária, onde a capacitação dessas coalizões é diretamente influenciada pelo grau de preparo da comunidade. Um estudo desenvolvido por Anderson-Carpenter et al. (2017) destacam essa relação, evidenciando como a prontidão comunitária prediz o sucesso das coalizões. Simultaneamente, a eficácia das coalizões em operar positivamente reflete na comunidade, melhorando o ambiente e as percepções sobre prevenção (Feinberg et al., 2004).

Uma investigação com sete comunidades encontrou associações positivas entre maiores níveis de preparação da comunidade e uma maior capacidade de desempenho da coalizão para prevenir o abuso de álcool e outras drogas. O CRM foi aplicado como um pré e pós teste e as coalizões alcançaram uma melhoria média do nível de prontidão de 1 a 3 estágios ($t(6) = -4.92, p = 0.003, d = -2.53$). Foram encontradas fortes correlações entre o aumento das parcerias colaborativas e a melhoria da preparação da comunidade ($r(5) = 0.74, p = 0.056$) e entre mudanças comunitárias e melhora nos níveis de prontidão ($r(5) = 0.72, p = 0.066$). Além da percepção de um aumento do conhecimento e da implementação de estratégias de prevenção baseadas em evidências. Esse resultado evidencia a íntima relação sobre colaboração e formação multissetorial e prontidão comunitária. Assim como, o desempenho da coalizão comunitária pode fazer avançar a prontidão da comunidade como um todo, ao longo do tempo (Anderson-Carpenter et al., 2017).

Feinberg et al. (2004) investigaram essa relação entre o funcionamento da coalizão e a prontidão da comunidade e constataram que um elemento é significativo nessa relação: a eficácia percebida. Em seu estudo, encontraram uma associação significativa e substancial entre a prontidão comunitária, o funcionamento da coalizão ($r = 0.82, p < 0.01$) e eficácia percebida ($r = 0.78, p < 0.01$). Além disso, o funcionamento da coalizão também foi altamente relacionado com a eficácia percebida ($r = 0.75, p < 0.01$). Atitudes e conhecimento sobre prevenção foram correlacionados significativamente com a prontidão e o funcionamento da coalizão ($r = 0.44$ e 0.43 , respectivamente, $p < 0.05$ para ambos). Os resultados da análise mediacional sugerem que a relação entre a prontidão comunitária e a percepção da eficácia da coalizão é mediada pelo funcionamento da coalizão.

Coalizões ou conselhos comunitários podem se formar também em ambientes institucionais de trabalho e ensino, entre outros espaços de formação grupal de coletivos. O sistema PROSPER foi desenvolvido para catalisar parcerias escola - comunidade - universidade para a disseminação da prevenção. Com esse intuito, utiliza uma estrutura de agentes de ligação para desenvolver uma equipe de prevenção, baseada na comunidade que inclui liderança comunitária e escolar (Spoth et al., 2004). Uma avaliação com 28 comunidades de implementação do sistema buscou investigar o funcionamento da escola e outros indicadores que se relacionam com a prontidão comunitária. Além do funcionamento da escola, outros fatores foram encontrados, como questões estruturais do tamanho da comunidade e indicadores de pobreza, junto com os níveis de colaboração dos membros e normas de uso de drogas na comunidade. Verificou-se que a postura proativa da escola se

relaciona com uma boa prontidão da comunidade e indica um senso de empoderamento e possibilidade de construir iniciativas de prevenção baseadas em evidência (Chilenski et al., 2007).

No contexto do outro sistema de prevenção, uma pesquisa de adaptação cultural do *Communities That Care* na Croácia analisou dados da prontidão comunitária utilizando o instrumento quantitativo CKIS (Brown et al., 2008; Oliveira Corrêa et al., 2020). Os resultados evidenciaram alta conscientização entre os líderes-chave sobre a relevância da prevenção e disposição para o apoio a programas preventivos. No entanto, demonstraram resistência sobre iniciativas de ação nessa direção. Isso não se restringiu às novas estratégias, pois 80.0% desses líderes-chave não estavam interessados em melhorar os programas de prevenção já existentes em suas comunidades. Suas principais dificuldades relatadas foram sobre dar apoio financeiro à prevenção e colaborar com outras organizações de prevenção em suas comunidades. Um efeito importante da pesquisa foi uma série de acordos que puderam ser traçados para continuar o avanço e aprimorar a organização da coalizão e, com isso, reduzir as resistências (Basic, 2015).

Desafios da prontidão comunitária

A prontidão comunitária é um processo complexo em sua integralidade e pode levar tempo para ser desenvolvida. Envolve múltiplas dimensões, níveis, temporalidades, populações-alvo, marcadores de qualidade de vida, habilidades e dificuldades, além da disponibilidade e acessibilidade dos recursos humanos e não humanos. Por essa razão, à luz de tudo o que foi descrito nos tópicos acima, classifica-se a prontidão e a mobilização da comunidade como elementos desafiadores na condução de programas de prevenção e da eficácia dos mesmos na comunidade (Basic, 2015).

Ainda que não haja muita variedade nas medidas de avaliação da prontidão, estas apresentam diferenças em suas formas de mensuração e multidimensões (Oliveira Corrêa et al., 2020). Os pesquisadores dos diferentes modelos não coincidem em alguns construtos específicos, porém concordam que uma avaliação abrangente advinda de respondentes de vários segmentos da comunidade é necessária para caracterizá-la (Castañeda et al., 2012; Foster-Fishman et al., 2007).

A integração de métodos mistos em estudos com pesquisas em prevenção comunitária permite uma avaliação mais abrangente e significativa da prontidão. A combinação entre instrumentos, como a aplicação de questionários e entrevistas, pode

abranger um número maior de respostas para a amostra comunitária e atender a dimensões diversificadas sobre prontidão. Para isso, novos estudos se fazem necessários sobre a validade e articulação de métodos de avaliação de prontidão (Kostadinov et al., 2015). No Brasil, esses estudos são iniciais e precisam continuar a serem desenvolvidos.

Uma questão teórica e empírica aberta à investigação longitudinal é: “a percepção de quais atores da comunidade é mais relevante para mensurar o construto de prontidão?”. A literatura em psicologia comunitária e as pesquisas já desenvolvidas em saúde pública compreendem que os informantes-chave estão altamente envolvidos nos esforços de mudança e, por isso, são entendidos como atores foco de avaliação de prontidão (Chilenski et al., 2007). A prontidão é um construto coeso, porém multidimensional e está relacionado à percepção geral da comunidade, além das características individuais do respondente. Neste sentido, a prontidão pode ser medida em vários níveis e mais estudos se fazem necessários sobre as teorias de mudança e seu funcionamento para medir a prontidão ao longo do tempo (Feinberg et al., 2002).

O CRM apresenta uma proposta de desenvolvimento para a prontidão em cada estágio. A sugestão de um modelo de auto-organização da comunidade para avançar a cada estágio de prontidão, ou lidar com carências em suas dimensões pode ser algo interessante a ser integrado nos demais questionários, conforme já sugerido por Oliveira Corrêa (2022), especialmente em se tratando de sistemas, como CTC e PROSPER, que são projetos de grande escala envolvendo vários parceiros da comunidade. A prontidão, para ser desenvolvida, não se restringe à sua avaliação, mas depende do desenvolvimento de ações específicas focadas em desfechos pré-estabelecidos a partir da avaliação dos quesitos que a envolvem (Basic, 2015).

Os instrumentos de avaliação da prontidão comunitária podem ser considerados ferramentas fáceis de aplicar e podem ajudar a avaliar a eficácia geral dos esforços de maneira que os métodos tradicionais de avaliação, não o fazem. Entretanto, pode ser desafiador porque é difícil medir mudanças complexas ao longo do tempo. Estudos longitudinais no nível da comunidade são necessários para examinar como a prontidão afeta o funcionamento da coalizão ou equipe responsável pela intervenção, a qualidade da implementação e a sustentabilidade dos esforços de prevenção (Sloboda & Petras, 2014).

Uma maior precisão sobre a média de prazos necessários para a mobilização da comunidade e o avanço nos níveis de prontidão, também se faz necessária em estudos (Kostadinov et al., 2015). Ainda há pouca evidência sobre as estratégias de intervenção

específicas necessárias para aumentar a preparação das comunidades ao longo do tempo e como isso pode se manter. A integração de outros mapeamentos e estudos organizacionais permite uma avaliação mais abrangente e significativa da prontidão geral do território (Pedroso et al., 2019; Plested et al., 2009).

Apesar de seus resultados positivos e transformadores de longo prazo em relação à prontidão, essa valorização pode não se refletir na prática sobre o apoio das agências de fomento (Feinberg et al., 2004). A dimensão da prontidão também é um elemento frequentemente negligenciado em outras intervenções preventivas, por ser especialmente desafiador (Niknam et al., 2021; Thurman et al., 2003). O sistema CTC, por exemplo, tem avançado com adaptações no território Latino Americano recentemente, sendo implementado no Brasil, Chile, Colômbia e México. Contudo, em relação à trajetória total do sistema, os estudos sobre como a prontidão da comunidade afeta a qualidade da implementação e a sustentabilidade dos esforços de prevenção ainda são incipientes (Oliveira Corrêa, 2014; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015; Rioseco, 2017; Thurow, 2020).

Considerações Finais

Este artigo buscou discorrer sobre o conceito de prontidão comunitária e explorar suas contribuições para o contexto brasileiro. Verificou-se que, para aumentar as chances de sucesso, as intervenções introduzidas numa comunidade devem ser consistentes com o nível de preparação para a mudança, assim como o conhecimento e percepção de que algo é uma demanda coletiva, possível de ser modificada, visando à melhoria da qualidade de vida comunitária. Desconsiderar a diversidade de contextos entre diferentes comunidades ao planejar intervenções, equivale a assumir erroneamente que todas compartilham uma realidade homogênea. Um grande equívoco em intervenções comunitárias é considerar que uma comunidade é como uma tela em branco na qual conhecimentos novos podem ser indiscriminadamente depositados, esperando-se uma absorção passiva e uma transformação instantânea da realidade. Tal abordagem revela-se ineficaz e irresponsável, pois desconsidera a história e a realidade local e a necessidade de envolver o protagonismo da comunidade como chave na eficácia de ações para o território.

Para reduzir essa fragmentação, as estratégias de intervenção devem ser adequadas ao estágio de prontidão da comunidade. O mapeamento das habilidades dos integrantes da comunidade e da estrutura das organizações torna-se ponto essencial para o reconhecimento

de recursos, clima e condições de mobilização. O desafio pode estar, exatamente, na imposição de condições prévias que não estão disponíveis, mas podem ser desenvolvidas. Portanto, fornecer uma avaliação de quão preparada a comunidade está em aceitar que algo precisa ser resolvido, ajuda a identificar recursos e obstáculos.

É contraproducente impor comportamentos ou diretrizes específicas a indivíduos e coletividades que não compartilham das mesmas convicções ou cujas realidades diferem significativamente. A eficácia de qualquer intervenção está condicionada à sua relevância e aplicabilidade ao contexto e às crenças do grupo alvo. Entretanto, uma de nossas preocupações sobre a prontidão é que ela não se restrinja a uma forma de seleção de comunidades, mas sim um motor de desenvolvimento delas. Compreendemos que não se pode deixar de implementar ações de prevenção em contextos adversos e, portanto, excluir aqueles que não atendem aos critérios seria aumentar estigmas e desigualdades sociais.

Consideramos que o conceito da prontidão comunitária é especialmente potente para a realidade brasileira, um país de vasta diversidade cultural onde intervenções públicas são implementadas cotidianamente em territórios comunitários, através de sistemas como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Rede de Educação e as Políticas Públicas de Cultura, de Segurança, entre outras. Neste cenário, a prontidão emerge como uma ferramenta estratégica essencial, não apenas para os equipamentos públicos, mas também para o fortalecimento das diversas iniciativas comunitárias não governamentais em operação no país. Para a implementação de ações preventivas de âmbito comunitárias elas podem ser estratégias essenciais pra garantir a eficácia em relação ao plano preventivo.

A prontidão comunitária no Brasil precisará, entretanto, enfrentar desafios históricos e contextuais relacionado à constituição da realidade comunitária, sendo necessário debruçar-se sobre demandas macrosociais e estruturais, que são condição para desvelar o grau de desenvolvimento desigual entre comunidades. Compreendemos que o aprimoramento da prontidão transcende sua função preliminar de mera informação ou instrumento; ela também representa um desfecho das intervenções, indicativo do avanço e do amadurecimento da capacidade comunitária para enfrentar e resolver suas questões, sendo uma importante estratégia a ser melhor desenvolvida para a realidade brasileira.

Limitações e sugestões

Embora não fosse o objetivo do estudo, estamos cientes de que não esgotamos a

literatura internacional sobre o tema, haja vista que o artigo não se trata de uma revisão de escopo ou sistemática. Recomendamos uma posterior revisão sistemática de literatura internacional sobre os resultados de pesquisas empíricas sobre prontidão comunitária. Conceitualmente, sugerimos um aprofundamento na reflexão sobre como a prontidão pode se relacionar epistemologicamente com teorias da psicologia comunitária ou sócio-histórica. Sugerimos ainda, a adaptação transcultural das ferramentas que avaliam prontidão comunitária, com o objetivo de testar as propriedades psicométricas junto à população brasileira.

Referências

- Allen, J., Mohatt, G., Fok, C. C. T., Henry, D., & People Awakening Team. (2009). Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 274–291. <https://doi.org/10.3402/IJCH.V68I3.18328>
- Anderson-Carpenter, K. D., Watson-Thompson, J., Jones, M. D., & Chaney, L. (2017). Improving community readiness for change through coalition capacity building: Evidence from a multisite intervention. *Journal of community psychology*, 45(4), 486–499. <https://doi.org/10.1002/jcop.21860>
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26(6), 575–601. <https://doi.org/10.1177/0193841X0202600601>
- Basic, J. (2015). Community Mobilization and Readiness: Planning Flaws which Challenge Effective Implementation of Communities that Care (CTC) Prevention System. *Substance Use and Misuse*, 50(8–9), 1083–1088. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007655>
- Beebe, T. J., Harrison, P. A., Sharma, A., & Hedger, S. (2001). The community readiness survey: Development and initial validation. *Evaluation review*, 25(1), 55–71. <https://doi.org/10.1177/0193841X0102500103>
- Blueprints for Healthy Youth Development | Blueprints Programs. (n.d.). <https://www.blueprintsprograms.org/>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artmed.
- Brown, E. C. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamento de jovens. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 558–579). Sinopsys.
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Van Horn, M. L. (2008). Multilevel analysis of a measure of community prevention collaboration. *American Journal of Community Psychology*, 41(1–2), 115–126. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9154-8>
- Castañeda, S. F., Holscher, J., Mumman, M. K., Salgado, H., Keir, K. B., Foster-Fishman, P. G., & Talavera, G. A. (2012). Dimensions of community and organizational readiness for change. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 6(2), 219–226. <https://doi.org/10.1353/cpr.2012.0016>

- Chilenski, S. M., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347–365. <https://doi.org/10.1002/jcop.20152>
- Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Oetting, G., & Littlethunder, L. (1997). Community readiness and prevention programs. *Journal of the Community Development Society*, 28(1), 65–83. <http://doi.org/10.1080/15575339709489795>
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9)
- Engstrom, M., Jason, L. A., Townsend, S. M., Pokorny, S. B., & Curi, C. J., (2002) Community Readiness for Prevention. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 24(1), 29–46. http://doi.org/10.1300/J005v24n01_03
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: a study of communities that care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3–4), 163–176. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027003.75394.2b>
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., Anderson, A., & Babinski, L. (2002). The effects of training community leaders in prevention science: Communities That Care in Pennsylvania. *Evaluation and Program Planning*, 25(3), 245–259. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(02\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(02)00019-8)
- Foster-Fishman, P. G., Cantillon, D., Pierce, S. J., & Van Egeren, L. A. (2007). Building an active citizenry: the role of neighborhood problems, readiness, and capacity for change. *Springer*, 39(1–2), 91–106. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9097-0>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Freitas Campos, R. H. (2015). *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Vozes.
- Freitas, M. F. Q. (2004). Desafios contemporâneos à Psicologia Social Comunitária: Que visibilidade e que espaços têm sido construídos? *Psicologia e Argumento*, 22(36), 33–47.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Murray, D. M. (2008). Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 9(3), 178–190. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0092-y>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention

- system: a community-randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122–129.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>
- Holgado, D., & Maya Jariego, I. (2010). La participación de mujeres latinas en ensayos clínicos para la prevención del cáncer de mama: un caso de aplicación del modelo de preparación comunitaria. *Investigación y Desarrollo*, 18(1), 114-141.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-32612010000100006&lng=en&tlng=es
- Islam, S., Small, N., Bryant, M., Yang, T., de Chavez, A. C., Saville, F., & Dickerson, J. (2018). Addressing obesity in Roma communities: a community readiness approach. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(2), 79-90.
<http://doi.org/10.1108/IJHRH-06-2018-0038>
- Kelly, K. J., Edwards, R. W., Comello, M. L. G., Plested, B. A., Thurman, P. J., & Slater, M. D. (2003). The Community Readiness Model: A complementary approach to social marketing. *Marketing Theory*, 3(4), 411–426.
<https://doi.org/10.1177/1470593103042006>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., & Cargo, M. (2015). Assessing community readiness online: A concurrent validation study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1953-5>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., Gancia, A., & Cargo, M. (2015). A systematic review of community readiness tool applications: Implications for reporting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3453–3468.
<https://doi.org/10.3390/ijerph120403453>
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., Trotter, R. T., (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929–1938. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.12.1929>
- Murphy-Berman, V., Schnoes, C., & Chambers, J. M. (2000). An early stage evaluation model for assessing the effectiveness of comprehensive community initiatives: Three case studies in Nebraska. *Evaluation and program planning*, 23(2), 157-163.
[https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(00\)00010-0](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(00)00010-0)
- Niknam, M., Omidvar, N., Amiri, P., Eini-Zinab, H., & Kalantari, N. (2021). Community readiness for childhood obesity prevention programs: findings from an urban population in Iran. *Health promotion international*, 36(3), 824-835.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa101>
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Kelly, K. J., & Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *Substance Use and Misuse*, 30(6), 659–683. <https://doi.org/10.3109/10826089509048752>

- Oetting, E. R., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., & Edwards, R. W. (2001). Community readiness and health services. *Substance use & misuse*, 36(6-7), 825-843. <http://doi.org/10.1081/JA-100104093>
- Oliveira Corrêa, A. (2014). *Adaptação e validação do Communities That Care Youth Survey (CTCYS) para uma comunidade brasileira: um estudo piloto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/17238>
- Oliveira Corrêa, A., Brown, E. C., Lee, T. K., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Eisenberg, N. (2020). Assessing Community Readiness for Preventing Youth Substance Use in Colombia: a Latent Profile Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(2), 368–381. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00191-1>
- Oliveira Corrêa, A. (2022). *Developing an Implementation Strategy for Improving Community Readiness for Deployment of Prevention Interventions in Latin America and the Caribbean* [Tese de Doutorado não publicada]. University of Miami.
- Ogilvie, K. A., Moore, R. S., Ogilvie, D. C., Johnson, K. W., Collins, D. A., & Shamblen, S. R. (2008). Changing community readiness to prevent the abuse of inhalants and other harmful legal products in Alaska. *Journal of Community Health*, 33, 248–258. <http://doi.org/10.1007/s10900-008-9087-7>
- Pedroso, R. T., Juhászová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). Evidence-based science in public policies for reinventing alcohol and drugs use prevention. *Interface: Communication, Health, Education*, 23, e170566. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Pérez-Gómez, A., & Mejía-Trujillo, J. (2015). Implementação de um sistema preventivo baseado em evidências: perspectivas para a América Latina. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 713–732). Sinopsys.
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). *A Handbook for Successful Change*. Fort Collins: Tri-Ethnic Center for Prevention Research. http://warehouse.olc.edu/~moapple/socialwork_old/OnlineLibrary/ReadinessHandbook.pdf
- Plested, B. A., Jumper-Thurman, P., & Edwards, R. W. (2009). *Community Readiness: Advancing “this issue” prevention in Native communities* (Community Readiness Model Manual, Revised Edition). Fort Collins, Ethnic Studies Department.
- Pozzo, R., & Virgili, V. (2021). Community readiness for local COVID-19 management. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 5, 602200. <https://doi.org/10.3389/frma.2020.602200>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Journal of Addictions Nursing*, 5(1), 2-16. <http://doi.org/10.3109/10884609309149692>

- Rioseco, L. C. (2017). *Revisión sistemática de la implementación del sistema Communities That Care en Chile*. Fundação San Carlos del Maipo.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). Free Press.
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (vol. 15). Universidad de Deusto.
- Scarparo, H. B. K., & Guareschi, N. M. F. (2007). Psicologia social comunitária e formação profissional. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 100-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171–182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00231-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00231-3)
- Slater, M. D., Edwards, R. W., Plested, B. A., Thurman, P. J., Kelly, K. J., Comello, M. L. G., & Keefe, T. J. (2005). Using community readiness key informant assessments in a randomized group prevention trial: Impact of a participatory community-media intervention. *Journal of Community Health*, 30, 39-53. <https://doi.org/10.1007/s10900-004-6094-1>
- Sloboda, Z., & Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2>
- Spoth, R., Greenberg, M., Bierman, K., & Redmond, C. (2004). PROSPER community-university partnership model for public education systems: Capacity-building for evidence-based, competence-building prevention. *Prevention Science*, 5(1), 31–39. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013979.52796.8b>
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., & Linkh, D. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *Journal of Primary Prevention*, 27(6), 599–617. <https://doi.org/10.1007/s10935-006-0062-8>
- Thurman, P. J., Plested, B. A., Edwards, R. W., Foley, R., & Burnside, M. (2003). Community readiness: The journey to community healing. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 27–31. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399990>
- Thurrow, C. F. (2020). *Aplicabilidades e propriedades psicométricas do Communities That Care Youth Survey (CTCYS): Subsídios para sua adaptação cultural ao contexto brasileiro*. [Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/221268>
- Warren, R. (1978). *The community in American* (3rd ed.). Rand-McNally.

5.2 ARTIGO 2 - A PRONTIDÃO COMUNITÁRIA NO ESTUDO PILOTO DO “COMUNIDADES QUE CUIDAM” NO BRASIL²

Resumo

Prontidão comunitária envolve a perspectiva de lideranças sobre a necessidade de mudanças no território, aliada à capacidade local para promovê-las. “Comunidades que Cuidam” é um sistema de prevenção em adaptação no Brasil. Objetiva-se descrever a avaliação da prontidão comunitária no estudo piloto do “Comunidades Que Cuidam”, com 34 líderes da comunidade de São Paulo e 36 de Florianópolis. Resultados demonstraram algumas diferenças entre comunidades, verificou-se coesão de opiniões entre lideranças, porém dificuldades para produzir mudanças em ambas as comunidades. É unânime que usar drogas é comportamento considerado de risco, mas de fácil acesso nas comunidades. Há percepção de urgência para aplicar programas preventivos, ainda que muito pouco conhecidos. Conclui-se que investir na avaliação da prontidão pode ser importante para subsidiar intervenções comunitárias.

Palavras Chaves: Comunidades que Cuidam; prontidão comunitária; sistema de prevenção; avaliação de processo; prevenção do abuso de drogas; mudança cultural.

² Artigo submetido à revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, em janeiro, de 2024.

Abstract

Community readiness involves the perspective of leaders on the need for changes in the territory, combined with the capacity to promote them. “Communities That Care” is a prevention system being adapted in Brazil. The objective is to describe the community readiness evaluation in the “Communities That Care” pilot study, with 34 community leaders from São Paulo and 36 from Florianópolis. Results demonstrated some differences between communities, but there was cohesion of opinions between leaders. It is unanimous that using drugs is a risky behavior, but it is easily accessible in communities. There is a perception of urgency to implement preventive programs, although they are very little known. It is concluded that investing in readiness assessment can be essential to support community interventions.

Keywords: Communities That Care; community readiness; prevention system; process evaluation; drug abuse prevention; cultural change.

Introdução

A prontidão comunitária é um conceito amplo, que envolve a percepção das lideranças comunitárias sobre o fato de que mudanças em seu território se fazem necessárias, aliada à capacidade local de construir ações que viabilizem transformações preventivas diante de problemas significativos na comunidade (Castañeda et al., 2012). O grau de preparação ou de prontidão é específico para cada demanda comunitária, sendo multifacetado em sua constituição. Há uma discussão sobre sua importância como elemento crucial a ser considerado na organização de um plano de ações de prevenção comunitária (Kostadinov et al., 2015).

A prontidão comunitária pode ser desenvolvida por meio de um processo de formação permanente, aonde a comunidade vai adquirindo noções fundamentais da ciência da prevenção, aprendendo a analisar e produzir dados que ajudem a compreender as reais necessidades da comunidade, a identificar e utilizar seus próprios recursos, além de buscar novos, para viabilizar ações preventivas (Castañeda et al., 2012). A avaliação da prontidão possibilita uma visão geral dos principais resultados referentes às mudanças nos processos organizativos e nas normas das comunidades, a qualidade do apoio das lideranças locais, entre outros aspectos relevantes, promovendo mais segurança para a implementação de treinamentos, estratégias e programas preventivos (Kostadinov et al., 2015).

O *Communities That Care* (CTC) é um sistema de prevenção de origem norte-americana que está em sua adaptação cultural piloto no Brasil, com denominação em português de “Comunidades que Cuidam” (CQC) (Franceloso, 2023). É um sistema de prevenção baseado em evidências que busca produzir a articulação e capacitação de lideranças comunitárias (Brown et al., 2011; Hawkins et al., 2008). Este sistema se fundamenta em uma abordagem de saúde pública, tendo como base uma estrutura participativa e baseada nos territórios alvos, que apresenta a possibilidade da construção de um planejamento preventivo específico, conforme o perfil comunitário construído (Hawkins et al., 2014).

Os principais resultados de prevenção almejados pelo CTC envolvem a redução de fatores de risco e a promoção de fatores de proteção relacionados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, de comportamento antissocial e violências (Rhew et al., 2013). Estudos apontam que o sistema CTC está associado a 32% menos probabilidade de jovens participantes fazerem uso abusivo de álcool e 25% menos chance de se envolverem em

conflitos com a lei, quando comparados com um grupo controle de jovens que não participaram da intervenção. O CTC acumula 30 anos de trajetória, com estudos empíricos de alta qualidade, adaptado em mais de 600 comunidades, o que o torna reconhecido como um dos sistemas de prevenção mais implementados e avaliados no mundo (Brown, 2015).

Ao longo de sua ampla trajetória de implementação, o CTC identificou a importância de considerar a dimensão da prontidão comunitária para a mudança (*community readiness for change*) e integrou esse pressuposto na sua fase inicial, através da escala “*Community Key Informant Survey*” (CKIS) (Oliveira Corrêa et al., 2020). Avaliar o nível de preparo da comunidade para desenvolver a CTC passou a ser um primeiro passo essencial do sistema de prevenção. Sendo assim, na primeira fase do sistema há a tarefa dos implementadores de entrevistar e aplicar a escala com líderes-chave para determinar a prontidão da comunidade. Nas próximas fases, busca-se utilizar os pontos fortes da comunidade levantados nesta avaliação e desenvolver uma abordagem sobre as barreiras locais para estimular a abertura para mudança em forma de ações (Parker et al., 2018).

O CTC é avaliado como um sistema preventivo extremamente promissor para os países da América Latina, como Colômbia, Chile e México (Thurow, 2020), principalmente por seu potencial de empoderamento das comunidades através do estímulo ao desenvolvimento de níveis de prontidão maiores (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015). Na Colômbia o sistema foi implementado em várias comunidades e o instrumento de prontidão comunitária (CKIS) foi adaptado transculturalmente. A experiência reafirmou a relevância da escala para o processo diagnóstico de avaliação de diferentes níveis de prontidão em múltiplos perfis e áreas de intervenção (Oliveira Corrêa et al., 2020).

As adaptações do CTC para a realidade Latino Americana são recentes se comparadas à trajetória de implementações mundiais, assim como estudos sobre a própria prontidão comunitária. As fontes de produção científica sobre prontidão comunitária são mais restritas à países desenvolvidos (Chilenski et al., 2007; Feinberg et al., 2004; Hawkins et al., 2008) ou algumas iniciativas em países latino-americanos, com produções ainda insipientes (Oliveira Corrêa et al., 2020; Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015; Thurow, 2020).

Mesmo com uma trajetória bem consolidada no Brasil de intervenções comunitárias como ações nas favelas, em bairros populares, em comunidades eclesiais de base, e um desenvolvimento potente de uma psicologia social comunitária (Freitas Campos, 2015), identifica-se uma escassez de artigos, livros e publicações científicas qualificadas que abordem a dimensão da prontidão comunitária em contextos de implementação de estratégias

comunitárias no Brasil. Destaca-se, deste modo, que estas ações comunitárias ainda não foram direcionadas para o campo preventivo. A fim de enfrentar a lacuna exposta, o presente artigo objetiva descrever o processo de avaliação inicial da prontidão comunitária nos dois territórios participantes, as primeiras evidências de fidedignidade da escala e seus desdobramentos na implementação piloto em curso no Brasil.

Método

Este estudo configura-se como uma pesquisa quantitativa e descritiva, de recorte transversal. Em termos da pesquisa em prevenção é uma investigação no campo da ciência da implementação do Sistema de Prevenção *Comunidades que Cuidam* (CQC) em adaptação cultural piloto, que ocorreu entre novembro de 2020 e junho de 2023, em duas comunidades brasileiras. Trata-se de um projeto multicêntrico intitulado de “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil” que envolve a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a University of Miami. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), sob nº CAAE 50477321.3.0000.0121 e parecer nº 5.087.043, assim como no Comitê de Ética da UNIFESP nº CAAE 54755921.6.0000.5505 e parecer nº 5.780.949.

Contexto

Foram selecionadas comunidades com limites territoriais definidos, que apresentavam lideranças colaborativas e interessadas na implementação de projetos de prevenção, uma na região Sul e outra na região Sudeste. Estes locais não deveriam, nos últimos dois anos, ter implementado estratégias preventivas para uso de drogas ou violência.

Em São Paulo, a comunidade escolhida é o segundo maior distrito do município em extensão territorial, embora seja um dos menos povoados, com 153 km² e 202.321 habitantes (levantamento de 2017) (Wikipédia, 2023). É considerada uma comunidade com índices elevados de vulnerabilidade social da cidade de São Paulo. Assim, como outras periferias desta metrópole brasileira, possui um dos piores índices de urbanização da cidade. É marcada por um longo histórico de lutas por regularização fundiária e condições de moradia, pela dificuldade de acesso a serviços públicos e distância do centro da cidade. Entretanto, possui maior preservação do meio ambiente local, com remanescentes da mata atlântica e aldeias

indígenas que mantêm protegida sua cultura. Em razão disto, a comunidade foi oficializada como polo eco turístico de São Paulo, sendo um possível potencial econômico para esta região empobrecida (Cidade de São Paulo Governo, 2023).

A comunidade situada na capital de Santa Catarina conta com 22.45 km de área e tem uma população de 7.378 mil habitantes. Esta comunidade é uma das mais antigas da capital catarinense. Região de cultura típica da colonização açoriana que se consolidou economicamente como um lócus de maricultura e pesca artesanal, assim como um polo gastronômico e de turismo de Florianópolis (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000). É considerado um bairro de classe média na cidade, com um dos m² mais caros do município. No entanto, a população enfrenta problemas no que diz respeito a questões ambientais, como o tratamento de esgoto na região, onde 20.9% dos moradores utilizam de ligações irregulares para despejar seus efluentes, o que leva a contaminação de rios, mares e degradação do meio ambiente local (Sartorato, 2020).

Participantes

Participaram do estudo 70 líderes chaves, sendo 34 de São Paulo e 36 de Florianópolis. Estes representantes das duas comunidades eram de ambos os sexos e, em sua maioria, moravam entre 11 a 30 anos na comunidade (38.2%, $n = 13$ em São Paulo e 50.0%, $n = 18$ em Florianópolis). Em São Paulo, 47.6% ($n = 10$) têm entre 41 e 50 anos. Já em Florianópolis, o maior agrupamento foi entre 61 e 70 anos, que representou 26.6% ($n = 9$) da amostra. Em relação ao nível de escolaridade, 47.6% ($n = 10$) possuíam ensino superior completo em São Paulo e em Florianópolis, 52.9% ($n = 18$) possuíam pós-graduação.

Estes líderes-chave estavam envolvidos em associações de bairro ou conselhos comunitários (22.6%, $n = 14$ em São Paulo e 25.9%, $n = 15$ Florianópolis); instituições de ensino (4.8%, $n = 3$ em São Paulo e 17.2%, $n = 10$ em Florianópolis); igrejas ou centros religiosos de diferentes correntes (12.9%, $n = 8$ em São Paulo e 12.1%, $n = 7$ em Florianópolis); organizações não governamentais (ONGs) ou fundações culturais (11.3%, $n = 7$ em São Paulo e 6.9%, $n = 4$ em Florianópolis); setores de comércio e serviços (8.6%, $n = 5$ em São Paulo e Florianópolis); setores de segurança (4.8%, $n = 3$ em São Paulo e 8.6%, $n = 5$ em Florianópolis); ou aqueles que participaram por iniciativa própria, sem vínculos com qualquer organização (16.1%, $n = 10$ em São Paulo e 13.8%, $n = 8$ em Florianópolis). Representantes de instituições públicas de saúde foram reportados somente na comunidade de São Paulo (6.5%, $n = 4$). Essa variabilidade do perfil dos líderes e dos setores representados

pelas lideranças envolvidas no processo é bastante positiva, pois possibilita um olhar multifacetado às respostas da escala sobre a prontidão comunitária.

Instrumento

Utilizou-se a Escala sobre Prontidão Comunitária (*Community Key Informant Survey* - CKIS; Arthur et al., 2002) que avalia indicadores de prontidão para a mudança na comunidade. A versão original, norte americana do instrumento possui aproximadamente 150 itens, porém utilizou-se uma versão adaptada para o contexto latino americano já aplicada na Colômbia e Chile, com 15 dimensões, 76 itens e opções de resposta de 4 pontos para a maioria dos itens, que variou entre *Concordo totalmente* (1), *Concordo* (2), *Discordo* (3), *Discordo totalmente* (4) (Oliveira Corrêa et al., 2020). Foi realizada a tradução para o português brasileiro da versão em espanhol, por quatro pesquisadores bilíngues, referências na área da prevenção no Brasil. A versão final, utilizada na presente coleta de dados, é o consenso das traduções entre os avaliadores. Processos de validade psicométrica do instrumento estão em andamento e serão publicados em artigos posteriores.

Oliveira Corrêa et al. (2020) realizaram uma análise dos perfis latentes em 211 lideranças comunitárias de 16 comunidades na Colômbia e utilizaram algumas dimensões citadas acima. Em seu estudo foram verificadas as consistências internas da dimensão de “Normas em relação ao uso de drogas” ($\alpha = 0.80$), “Apoio a prevenção” ($\alpha = 0.63$), “Abertura para mudança” ($\alpha = 0.62$), “Coesão comunitária” ($\alpha = 0.80$), “Resolução de conflito” ($\alpha = 0.60$), “Liderança eficaz” ($\alpha = 0.86$) e “Responsabilidade compartilhada” ($\alpha = 0.65$).

Procedimento de coleta de dados

A escala sobre Prontidão Comunitária foi aplicado em formato *on-line*, por meio de interface criada na plataforma *RedCap*. O *link* da escala foi enviado por e-mail em agosto de 2021 aos inscritos do primeiro treinamento (Orientação de Líderes-Chave / *Key Lieder Orientation* - KLO) antes do seu início. Ao final do treinamento, o *link* foi enviado juntamente com o formulário de avaliação do treinamento. A escala ainda foi enviada por mensagem via *WhatsApp* para outras lideranças que mostram interesse no CQC, mas que não puderam estar presentes no treinamento em função da impossibilidade de participar no horário realizado.

Procedimento de análise dos dados

As análises estatísticas realizadas foram descritivas sobre a frequência das respostas dos itens e inferências através de teste de confiabilidade interna das dimensões, utilizando o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 21.0). A análise da confiabilidade foi examinada através do coeficiente Alfa de *Cronbach* (α) (Souza et al., 2017). As análises consistiram na verificação dos índices para cada uma das 15 dimensões realizadas para cada comunidade.

O cálculo dos escores dos itens também ocorreu em separado para cada comunidade e consistiu em computar a média aritmética das médias das respostas dadas para cada um dos itens que compunham uma escala *likert*. Para a maioria das dimensões, o cálculo dos escores (M) incluiu apenas os dados de participantes que haviam respondido a todos os itens. Contudo, o cálculo de escores para as dimensões com coeficiente alfa maior do que 0.73 permitiu a inclusão de algumas respostas não válidas (i.e., dados de participantes que não responderam todos os itens). O desvio padrão (DP) médio foi calculado em relação às médias dos escores calculados para toda a amostra (i.e., ambas as comunidades).

Os autores definiram por detalhar as discussões de cada escore através de uma análise das discordâncias e concordâncias das lideranças sobre as características de suas comunidades, para facilitar as comparações entre os territórios e seus impactos na dimensão da prontidão comunitária com foco na prevenção. Sendo assim, as respostas dos itens foram agrupadas de maneira categórica em *Discordo* e *Concordo* para a maioria das escalas de 4 pontos (*Discordo* e *Discordo totalmente* X *Concordo* e *Concordo totalmente*) e um agrupamento em 3 opções para as escalas de 5 pontos. Os resultados que se destacaram em cada comunidade por abarcar pelo menos 75% ou mais de respostas (1/4 da amostra) foram descritos em frequências na seção a seguir.

Resultados

Inicialmente buscou-se investigar as análises de fidedignidade da medida de prontidão comunitária em adaptação cultural para o Brasil. Os resultados demonstraram que a maioria das dimensões tiveram padrões de fidedignidade aceitáveis para as duas comunidades alvo. Boa parte dos valores estava no nível satisfatório (valores em torno de 0.70), altos (com valores em torno de 0.80) ou muitos altos (com valores em torno de 0.90) na maioria dos constructos (Gliem & Gliem, 2003), indicando um bom desempenho da escala e seu potencial

de usabilidade para a realidade brasileira. Na Tabela 1 está exposto o número de respostas para cada dimensão, além das médias aritméticas (escores), o desvio padrão médio e os alfas de *cronbach* por comunidades.

Tabela 1
Resultados de Consistência Interna e Escores de Prontidão Comunitária para Mudança nas Comunidades de São Paulo (São Paulo) e Santa Catarina (Florianópolis)

	São Paulo				Florianópolis			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	α	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Questões econômicas	21	1.46	0.44	0.68	24	1.74	0.48	0.59
Organização comunitária	25	2.04	0.81	0.91	32	2.32	0.79	0.91
Responsabilidade compartilhada	18	2.62	0.78	0.95	25	2.75	0.44	0.84
Coesão comunitária	25	2.57	0.57	0.81	31	2.8	0.39	0.81
Liderança eficaz	19	2.65	0.76	0.96	26	2.56	0.57	0.87
Resolução de conflito	17	2.35	0.59	0.83	24	2.63	0.42	0.25
Eficácia coletiva	19	2.23	0.44	0.73	29	2.41	0.38	0.74
Disponibilidade de drogas na comunidade	21	1.35	0.76	0.98	30	1.45	0.53	0.85
Normalização do uso de drogas	19	2.84	0.76	0.92	32	2.83	0.74	0.90
Percepção do nível de risco do uso de drogas	26	3.16	0.8	0.90	33	3.46	0.47	0.65
Colaboração entre membros e setores	20	2.43	0.45	0.68	27	2.45	0.45	0.78
Engajamento comunitário	20	2.14	0.57	0.73	27	2.2	0.55	0.72
Abertura para mudança	24	2.69	0.73	0.72	31	2.82	0.63	0.71
Apoio da comunidade para prevenção	16	2.19	0.46	0.31	27	2.43	0.5	0.50
Urgência na prevenção	27	3.94	0.21	0.89	36	3.85	0.39	0.85

Algumas exceções, porém, apareceram em dimensões, que necessitaram ser excluídas ou modificadas. A principal alteração se deu na dimensão de “Normas sobre o uso de drogas pelos adolescentes” que, a partir da inspeção das correlações e dos índices de mudança, os itens tenderam a se organizar em duas dimensões diferentes: “Normalização do uso de drogas” e “Percepção do nível de risco do uso de drogas”. Essa decisão encontrou respaldo em uma publicação anterior, que sugeriu a necessidade de separar em duas dimensões durante a adaptação do instrumento para um contexto latino-americano (Oliveira Corrêa et al., 2020).

A dimensão de “Resolução de Conflito” apresentou baixíssima consistência interna na amostra de Florianópolis ($\alpha = 0.25$), enquanto a dimensão de “Apoio para a Prevenção” apresentou consistência interna muito baixa na amostra de São Paulo ($\alpha = 0.31$) e um valor limítrofe para Florianópolis ($\alpha = 0.50$). Essas dimensões foram, portanto, retiradas das análises dos escores para as comunidades. Alguns itens precisaram ser modificados em algumas dimensões para melhora na fidedignidade. Será apresentado em outro artigo, em processo de submissão a periódico científico, os resultados específicos da validação deste instrumento.

Na Tabela 2 constam os percentuais médios das respostas totais dos líderes-chave de São Paulo e Florianópolis para as dimensões de prontidão para mudança do instrumento. A seguir são apresentados os dados mais significativos por comunidade, com esta subdivisão por proximidade de dimensões do instrumento: (a) questões estruturais das comunidades; (b) como se organizam as comunidades; e (c) crenças sobre drogas e a pauta preventiva.

Tabela 2
Percentuais Médios das Respostas Totais dos Líderes-chave de São Paulo e Florianópolis para as Dimensões de Prontidão para Mudança

	São Paulo				Florianópolis			
Questões econômicas	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>
	4.8%	-	95.2%	38.2%	15.9%	-	84.1%	23.2%
Indicadores sociais da comunidade	Pouco grave	-	Muito grave	<i>Missing</i>	Pouco grave	-	Muito grave	<i>Missing</i>
	8.2%	-	91.8%	42.8%	27.9%	-	72.1%	11.1%
Organização comunitária	Nunca/ Quase nunca	Ocasionalmente	Quase sempre/ Sempre	<i>Missing</i>	Nunca/ Quase nunca	Ocasionalmente	Quase sempre/ Sempre	<i>issing</i>
	55.4%	26.7%	17.9%	24.7%	45.6%	27.5%	26.8%	9.4%
Responsabilidade compartilhada	Nunca/ Raramente	-	Com frequência/ Sempre	<i>Missing</i>	Nunca/ Raramente	-	Com frequência/ Sempre	<i>Missing</i>
	54.3%	-	45.7%	44.1%	34.9%	-	65.1%	21.3%
Coesão comunitária	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>
	47.7%	-	52.3%	21.4%	28.2%	-	71.8%	8.7%
Liderança Eficaz	46.9%	-	53.1%	44.9%	43.1%	-	56.9%	24.9%
Resolução de conflito	43.4%	-	56.6%	46.1%	46.6%	-	53.5%	23.2%
Eficácia coletiva	69.4%	-	30.6%	35.6%	54.8%	-	45.2%	16.4%
	Muito improvável/ Muito	Nem provável nem improvável	Provável/ Muito	<i>Missing</i>	Muito improvável/ Muito	Nem provável nem improvável	Provável/ Muito	<i>Missing</i>

	Improvável		provável		Improvável		provável	
	43.5%	9.8%	46.8%	39.71%	28.1%	14.1%	57.8%	11.1%
Disponibilidade de drogas para a comunidade	Fácil	-	Difícil	<i>Missing</i>	Fácil	-	Difícil	<i>Missing</i>
	90.2%	-	9.8%	39.0%	89.9%	-	10.1%	13.9%
Normalização do uso de drogas	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>
	59.7%	-	40.3%	43.4%	69.3%	-	30.7%	11.8%
Percepção do nível de risco do uso de drogas	Ruim	-	Razoável	<i>Missing</i>	Ruim	-	Razoável	<i>Missing</i>
	76.6%	-	23.4%	24.3%	88.7%	-	11.3%	6.9%
Colaboração entre membros e setores	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>	Discordo	-	Concordo	<i>Missing</i>
	52.9%	-	47.1%	35.3%	52.8%	-	47.2%	16.7%
Engajamento comunitário	73.7%	-	26.3%	25.7%	66.7%	-	33.3%	11.1%
Apoio da comunidade para prevenção	63.8%	-	36.2%	42.7%	56.5%	-	43.5%	14.6%
Abertura para mudança	28.0%	-	72.0%	26.5%	12.9%	-	87.1%	13.9%
	Resistente à mudança	-	Aberta à mudança	<i>Missing</i>	Resistente à mudança	-	Aberta à mudança	<i>Missing</i>
	51.9%	-	48.2%	20.6%	42.4%	-	57.6%	8.3%
Urgência na prevenção	Não importante	-	Importante	<i>Missing</i>	Não importante	-	Importante	<i>Missing</i>
	0.0%	-	100.0%	20.6%	4.2%	-	95.8%	0.0%

Questões estruturais das comunidades

A maioria dos líderes concorda que os moradores estão passando por dificuldades econômicas (95.2% em São Paulo e 84.1% em Florianópolis). Na comunidade da cidade de São Paulo, todos os líderes-chave que responderam à escala ($n = 21$) concordam que as pessoas estão tendo problemas financeiros e muitas estão desempregadas. Em Florianópolis, o percentual de concordância foi de 93.1% ($n = 27$) para problemas financeiros e 70.4% ($n = 19$) para desemprego. Na avaliação sobre os empregos disponíveis, 85.7% ($n = 18$) em São Paulo e 88.9% ($n = 24$) em Florianópolis concordam que o valor de salário oferecido é desvalorizado e insuficiente. Ao responder sobre a percepção da presença de pessoas empobrecidas na comunidade, em São Paulo há uma unanimidade sobre a ocorrência desta situação em seu território (100%, $n = 21$), já em Florianópolis o índice sobre pobreza foi de 67.7% ($n = 23$). Tais indicadores apontam a existência de algumas diferenças entre as condições socioeconômicas das duas comunidades alvos deste estudo piloto.

Sobre os indicadores sociais há uma percepção geral de que as condições de vulnerabilidade da comunidade de São Paulo são muito graves, com a concordância de 91.8% dos seus líderes. Na comunidade de Florianópolis, a percepção de gravidade sobre os indicadores sociais por parte dos líderes foi de 72.1%. O detalhamento dos itens nos mostra que em São Paulo, 100.0% ($n = 21$) consideraram muito grave o consumo de álcool e outras drogas por adolescentes da comunidade. Em contrapartida, os líderes da comunidade de Florianópolis consideraram muito grave o uso de álcool, com percentual de 81.8% ($n = 27$) e outras drogas, com 84.9% ($n = 28$).

No que tange a presença de conflitos com a lei e de violências, 95.2% ($n = 20$) consideraram muito grave a sua ocorrência na comunidade de São Paulo e 81.3% ($n = 26$) na de Florianópolis. Para gravidez na adolescência, 95.0% ($n = 19$) consideraram muito grave sua presença em São Paulo, sendo que o índice baixa para 76.7% ($n = 23$) na comunidade de Florianópolis, ainda que seja alto. São Paulo ainda apresenta índices elevados para a percepção da presença de Gangues ou facções na comunidade (94.4%, $n = 17$), para a existência de prostituição infantil (88.9%, $n = 16$), assim como para a percepção de educação de baixa qualidade (95.2%, $n = 20$). Há também indicadores altos da presença de quadros de saúde mental como depressão e suicídio na comunidade (95.0%, $n = 19$). Os mesmos percentuais para Florianópolis foram todos abaixo de 72%.

As vulnerabilidades econômicas, percepção de envolvimento de seus membros com violência e outras questões psicossociais são percebidas por seus líderes como mais graves na comunidade de São Paulo, o que corrobora com alguns indicadores sociais levantados pelos pesquisadores e pode impactar o levantamento de necessidades e das intervenções específicas que se fazem imprescindíveis para a prevenção em cada realidade local. Entretanto, as lideranças indicam que há presença de problemas significativos em ambas comunidades, ainda que os dados mostrem algumas diferenças estruturais entre as duas comunidades.

Como se organizam as comunidades

A dimensão de “Organização comunitária” teve as respostas mais frequentes para os itens nunca e quase nunca, concentrando 55.4% em São Paulo e 45.6% em Florianópolis. Esse resultado indica uma percepção de frágil organização das comunidades, no que tange à manutenção e limpeza da comunidade, revezamento para o cuidado de crianças e disponibilidade de atividades recreativas no território.

Em “Responsabilidade compartilhada” foi evidenciada uma diferença entre as perspectivas dos líderes das duas comunidades. Enquanto em São Paulo, predominaram as respostas de “nunca” e “raramente” para os itens de responsabilidade (54.3%), em Florianópolis as respostas predominantes foram “com frequência” e “sempre” (65.1%). Destaca-se que, em São Paulo, 75.0% ($n = 15$) afirmam que nunca, ou raramente as pessoas da comunidade cumprem suas promessas. Em contrapartida, 73.1% ($n = 19$) declaram que os membros da comunidade de Florianópolis são responsáveis com os compromissos que assumem. Apesar dessas diferenças, ambas as comunidades declaram através das respostas dos líderes que com frequência ou sempre estão dispostos a assumir compromissos para melhorar a vida na comunidade, 85.7% ($n = 18$) em São Paulo e 73.5% ($n = 25$) em Florianópolis.

Para a dimensão de “Coesão comunitária”, 71.8% dos líderes em Florianópolis concordam que a comunidade está em harmonia em seus valores e atitudes, enquanto em São Paulo a perspectiva é mais dividida, 52.3% concordam e 47.76% discordam. A comunidade de Florianópolis afirmou em 77.4% ($n = 24$) que você pode confiar nas pessoas e 87.9% ($n = 26$) estão dispostas a ajudar seus vizinhos. Concordam ainda em 86.7% ($n = 26$) que as pessoas tendem a se dar bem e 82.9% ($n = 29$) acreditam que as pessoas se sentem pertencentes à comunidade. Os percentuais de respostas para os mesmos itens não alcançam 68% para São Paulo, indicando uma demanda a ser desenvolvida na comunidade paulistana.

Em relação à “Liderança eficaz”, as respostas para ambas as comunidades apresentaram certa divisão entre o polo de discordância e o de concordância, sendo que em São Paulo 46.9% discordam e 53.1% concordam com a eficácia da liderança em lidar com as demandas. Em Florianópolis segue a mesma tendência de 43.1% discordam e 56.9% concordam.

A dimensão de “Resolução de conflito” apresentou uma leve predominância das respostas dos líderes, ao concordar sobre a habilidade das comunidades em mediar conflitos, 56.6% concordaram em São Paulo e 53.5% em Florianópolis, enquanto as discordâncias foram de 43.4% e 46.6%, respectivamente. Serão necessárias outras avaliações psicométricas para aprofundar a análise sobre esta dimensão que possui apenas 3 itens e que, em termos de consistência interna, apresentou diferenças nas duas amostras.

Por fim, quanto à “Eficácia coletiva”, os líderes discordam que os problemas das comunidades são manejados de maneira assertiva e coletiva (69.4% em São Paulo e 54.8% em Florianópolis). Discordam especificamente que os grupos comunitários têm recursos para

reduzir os problemas dos adolescentes, em 90.5% ($n = 19$) em São Paulo e 96.6% ($n = 28$) em Florianópolis, e que os residentes participam juntos das tomadas de decisões, 90.5% ($n = 19$) em São Paulo e 85.7% ($n = 24$) em Florianópolis. Em São Paulo ainda discordam que há um planejamento para o que acontece na comunidade (79.0%, $n = 15$). No entanto, 76.7% ($n = 23$) dos líderes de Florianópolis acreditam que a comunidade é capaz de resolver seus problemas, porém 79.0% ($n = 15$) dos líderes em São Paulo acreditam no contrário, que os problemas da comunidade estão além da capacidade dos membros de resolvê-las.

Crenças sobre drogas e a pauta preventiva

Sobre a “Disponibilidade de drogas na comunidade” a maioria relata ser fácil para os jovens terem acesso a álcool e outras drogas (90.2% em São Paulo e 89.9% em Florianópolis). No Brasil, as drogas legais de maior consumo são o álcool e o cigarro de tabaco/nicotina, e essa realidade é exposta nas comunidades investigadas. Em São Paulo, 95.2% ($n = 20$) dos líderes compreendem que é fácil os adolescentes acessem bebida alcoólica na comunidade, e em Florianópolis, 97.0% ($n = 32$) concordam com essa facilidade. No que tange ao tabaco, 95.2% ($n = 20$) em São Paulo e 93.9% ($n = 31$) dos líderes em Florianópolis também acreditam ser fácil aos jovens acessarem esses cigarros na comunidade. A maconha, apesar de ser uma droga ilegal no país, também está presente nas comunidades com facilidade, 90.5% ($n = 19$) em São Paulo e 90.0% ($n = 27$) em Florianópolis. Todavia, as demais drogas ilegais, como cocaína, crack e ecstasy o acesso é percebido como levemente menor, 80.0% ($n = 16$) em São Paulo e 78.6% ($n = 22$) em Florianópolis. Esses resultados evidenciam um grande desafio sobre a disponibilidade de drogas nas comunidades, mesmo para adolescentes menores de idade que estariam, supostamente, impedidos de acessar drogas, mesmo as legais.

Outro ponto relevante na perspectiva das comunidades sobre as drogas diz respeito à sensação de normalidade do uso de drogas na rotina dos adolescentes. As respostas para essa dimensão sobre “Normalização do uso de drogas” foram um pouco mais divididas do que a dimensão anterior. Contudo, 79.0% ($n = 15$) em São Paulo e 87.5% ($n = 28$) em Florianópolis discordam de que o uso de drogas ilegais (cocaína, crack e ecstasy) seja normal e esperado para a fase da adolescência.

Essa disponibilidade e normalidade pode se agravar quando associada a uma percepção que relativiza os prejuízos do uso de drogas por adolescentes, porém, este não parece ser o cenário presente nas comunidades investigadas. Os resultados apontam que na dimensão de “Percepção do nível de risco do uso de drogas”, as comunidades concordam que

o uso de drogas faz mal ou são ruins para o desenvolvimento saudável dos adolescentes (76.6% em São Paulo e 88.7% em Florianópolis). Esse percentual variou um pouco entre as comunidades e sobre o tipo de droga questionada, como na dimensão anterior. Para o álcool, 81.8% ($n = 27$) dos líderes em Florianópolis consideram ruim, assim como, 78.8% ($n = 26$) no caso dos cigarros de nicotina. Os percentuais em São Paulo não ultrapassaram os 64%, evidenciando uma pequena diferença na perspectiva sobre as drogas das comunidades. Entretanto, sobre a maconha, 84.6% ($n = 22$) em São Paulo e 94.1% ($n = 32$) dos líderes em Florianópolis caracterizam como ruim. Esse percentual chega em 100.0% das respostas ($n = 34$) em Florianópolis para as drogas ilegais mais estigmatizadas e em São Paulo representou 96.2% ($n = 25$) das respostas. Ou seja, há uma percepção de que as drogas estão disponíveis nas comunidades, seu uso é considerado comum, com exceção das drogas ilegais, contudo, o uso é massivamente entendido como um comportamento de risco e ruim para a saúde e para a comunidade.

As respostas sobre “Colaboração entre membros e setores” foram similares entre as comunidades e a leve maioria de 52.9% em São Paulo e 52.8% em Florianópolis discordam que há essa articulação na comunidade para buscar soluções para suas demandas. Organizações e instituições em ambas as comunidades declaram aceitar um papel específico na implementação de um plano para prevenir comportamentos de risco dos adolescentes. Concordaram com esta afirmação um total de 95.7% ($n = 22$) em São Paulo e 80.0% ($n = 24$) líderes em Florianópolis. Entretanto, outras discordâncias ficaram evidentes. Em São Paulo, 75.0% ($n = 15$) declararam não existir uma rede para garantir o bem-estar de crianças e adolescentes. Já em Florianópolis, as maiores dificuldades da comunidade então concentradas na coordenação estratégias preventivas simultâneas (79.3%, $n = 23$) e no compartilhamento de recursos (76.9%, $n = 20$) para implementar iniciativas focadas nos adolescentes.

Em relação ao comprometimento e participação dos membros da comunidade, a maioria de 73.7% em São Paulo e 66.7% em Florianópolis discorda que haja um “Engajamento comunitário” para prevenção. As respostas demonstram que os líderes-chave discordam que os moradores participam das decisões, 81.0% ($n = 17$) em São Paulo e 80.0% ($n = 24$) em Florianópolis. Em São Paulo, constatou-se ainda a dificuldade de engajar os moradores em atividades comunitárias, com 81.5% ($n = 22$).

Os resultados da dimensão “Abertura para a mudança” demonstraram disposição das comunidades para testar novas ideias para resolver problemas, com 72.0% dos líderes-chaves concordando em São Paulo e 87.1% em Florianópolis. Entretanto, a abertura das comunidades

para a mudança ainda se apresenta como um desafio, pois em São Paulo 51.9% ($n = 14$) dos líderes compreende que a comunidade é resistente à mudança e em contrapartida, a maioria de 57.6% ($n = 19$) acredita que a comunidade de Florianópolis é aberta.

A dimensão de “Apoio da comunidade para prevenção” verificou a crença e conhecimento que a comunidade atribui à abordagem de prevenção, sendo que 63.8% em São Paulo e 56.5% em Florianópolis discordam que há esse apoio. Em ambas as comunidades as pessoas não estão dispostas a pagar mais impostos para apoiar programas de prevenção, com índices de 84.2% ($n = 16$) em São Paulo e 93.3% ($n = 28$) em Florianópolis. No que se refere à legitimidade de ações preventivas, em Florianópolis, 75.8% ($n = 25$) concordam que é possível reduzir os problemas dos adolescentes através de programas de prevenção. Em contrapartida, em São Paulo, 76.2% ($n = 16$) desconhecem sobre programas de prevenção.

No que tange a “Urgência na prevenção”, 100.0% dos líderes em São Paulo e 95.8% em Florianópolis caracterizam como importante a abordagem preventiva para lidar com as demandas dos adolescentes. As comunidades se destacam positivamente ao considerar muito importante prevenir comportamentos pouco saudáveis entre os jovens como o uso de drogas, crime ou conflito com a lei, violência e abandono escolar. Por fim, a partir dos resultados relacionados à prevenção, verificou-se a necessidade de investir em treinamentos que estimulem o apoio, engajamento e colaboração entre membros e setores das comunidades para a prevenção, apesar de já compreenderem a sua relevância.

Discussão

Questões estruturais das comunidades

A demarcação da inscrição social envolve duas dimensões: a primeira é a inserção no mundo do trabalho, com seus condicionantes, seus riscos e proteções; e a segunda, as relações de proximidade, que abarcam as relações familiares, as de vizinhança e outras relações sociais e comunitárias, que fornecem ao sujeito condições de proteção e segurança (Castel, 1998).

Nesta direção, é importante pensar como as relações de proximidade podem fornecer para as pessoas condições de risco ou proteção e, assim, estabelecer uma relação direta com os pressupostos para as ações preventivas, como as que focam no uso de drogas e violências. Ao avaliar a prontidão comunitária dos dois territórios alvos do estudo piloto do Sistema de Prevenção “Comunidades que Cuidam” (CQC) no Brasil, verificamos que as condições de vulnerabilidade, conforme acima discutida (Castel, 1998) são mais fortemente marcadas na

comunidade de São Paulo do que na de Florianópolis, ainda que as lideranças de ambos os territórios indiquem a presença de problemas econômicos e fragilidades nos indicadores locais.

Abordar esses determinantes estruturais e compensar injustiças históricas exige, por um lado, mudança de políticas em larga escala, mas trazem, por outro, a tarefa de planejar mudanças práticas nos determinantes sociais das comunidades (Brownson et al., 2021). Ainda que as ações preventivas não consigam alterar por si só os macro determinantes, devem levá-los em consideração para planejar as intervenções preventivas que busquem dar conta da dialética da produção das subjetividades e de estilos de vidas que expressam os vários níveis de determinação social.

Como se organizam as comunidades

Destaca-se aqui a forma como as pessoas participam das decisões que envolvem pautas coletivas, se há ou não coesão nestes movimentos de melhoria do território, assim como a perspectiva da eficácia das lideranças comunitárias e da articulação necessária para as lutas por melhorias locais. Neste sentido, conhecer como as comunidades se organizam pode impactar a eficácia do plano preventivo desenvolvido pelas coalizões comunitárias (Castañeda et al., 2012). Produzir uma melhora nos índices de eficácia coletiva é trabalhar para uma visão positiva da comunidade para que seus integrantes a reconheçam como força potente de transformação (Edwards et al., 2000).

As comunidades de Florianópolis e São Paulo se destacaram positivamente em relação à coesão de suas opiniões e ideias sobre a comunidade, seu funcionamento e atitudes em relação à prevenção, contudo, foi verificada uma dificuldade em ambas as comunidades para produzirem mudanças no território. Por essa razão, buscar a articulação das várias iniciativas e lideranças já existentes, potencializando ações coletivas e o desenvolvimento de um racional sobre sistemas de cuidado conjunto, pode ser um movimento importante em prol da mudança de atitude e do engajamento das pessoas para mudanças significativas no território (Kostadinov et al., 2015).

A adoção de estratégias preventivas baseadas em evidência é um dos elementos centrais do CQC (Franceloso, 2023). Em paralelo às fases de implementação são desenvolvidos conhecimentos e habilidades focadas na abordagem preventiva científica e no funcionamento produtivo da coalizão, potencializando ações conjuntas e o fortalecimento das relações interpessoais e intersetoriais. Tais mudanças são essenciais para promover resultados

de longo prazo do sistema de prevenção, pois trazem mudanças na organização comunitária, com foco na autonomia, empoderamento e engajamento das lideranças em ações preventivas com indicadores de eficácia (Brown, 2015).

Crenças sobre drogas e na ciência da prevenção

As duas comunidades alvo do estudo piloto do CQC no Brasil têm uma percepção de que as drogas estão facilmente disponíveis nas comunidades e que seu uso é considerado comum pelos jovens e por suas famílias, principalmente as drogas lícitas, como o álcool e tabaco, assim como, também, a maconha, ilícita no Brasil. Por outro lado, o uso de drogas é massivamente entendido como um comportamento de risco e nocivo para a saúde e o ambiente da comunidade.

Avaliações sobre o processo de implementação do CTC demonstraram que o aumento de normas contra o abuso de drogas nas comunidades promoveu redução do índice do uso de drogas pelos jovens nas fases de implementação e de sustentabilidade do sistema preventivo (Rhew et al., 2013). Esses resultados corroboram com a teoria de mudança do CTC, que compreende que níveis de prontidão e engajamento comunitários altos, promoção de vínculos positivos, de normas claras, reconhecimento de comportamentos pró-sociais e a adoção da perspectiva baseada em evidências, são capazes de estimular, de maneira geral, comportamentos saudáveis entre os jovens (Brown et al., 2011).

A maioria das lideranças das duas comunidades piloto brasileiras entenderam que há uma urgência para a pauta preventiva. Apesar do senso de urgência, não existe um conhecimento aprofundado sobre estratégias e programas preventivos baseados em evidência, pois as lideranças declararam existir certo desconhecimento da população local dessas iniciativas. Ainda prevalecem em ambas as comunidades um olhar para a prevenção baseado no já questionado modelo de “guerra às drogas”, sustentado na passagem de informações através de palestras de especialistas e ex-usuários, com base em amedrontamento e descrição dos efeitos das substâncias (Freitas Campos, 2015; Sodelli, 2010).

Esta é uma questão a ser trabalhada, visto que a atitude de uma comunidade que confia na abordagem da prevenção baseada em evidências relaciona-se diretamente com a diminuição de índices de uso de álcool e outras drogas e violência (Hawkins et al., 2014). Por exemplo, nos Estados Unidos, um estudo clínico randomizado revelou uma maior aceitação das estratégias preventivas baseadas em evidências entre as comunidades submetidas ao CTC, quando comparadas às comunidades de controle, após um período de um a quatro anos e meio

de implementação (Brown et al., 2011). Os líderes nas comunidades CTC continuaram a relatar estágios mais elevados da adoção de abordagem baseada na ciência mesmo no período de sustentabilidade (Rhew et al., 2013). Os treinamentos do CTC sobre “o que é a prevenção baseada em evidências” são apontados como de grande relevância pelos líderes comunitários para estimular essa nova perspectiva e abertura para a ciência da prevenção (Gloppen et al., 2016).

As comunidades estarem abertas para a mudança é o ponto de partida para qualquer sucesso de estratégias interventivas nos territórios, não sendo diferente com implementação do sistema CTC. Outro fator relevante diz respeito à abertura para mudança. Sem esse ponto de partida, há possibilidade que uma intervenção produza resultados almejados (Basic, 2015). Talvez um dos maiores desafios a serem superados nessa primeira adaptação cultural do CQC no Brasil seja, além da necessidade da construção de um conhecimento em ciência da prevenção, o desenvolvimento de ferramentas para alterar os níveis de prontidão comunitária e de fato preparar a comunidade para ser protagonista de mudanças significativas em seu território. Sendo assim, as intervenções do CTC, que promovem formação contínua para as lideranças e membros da coalizão comunitária em ciência da prevenção podem ser, de fato, um recurso necessário para que as comunidades passem de um estágio de contemplação para um estágio de ação efetiva da mudança (Gloppen et al., 2016).

Por fim, conhecer a prontidão para mudança de uma comunidade, escola, ou outra instituição é um passo relevante no processo de implementação de estratégias preventivas de qualidade, substanciadas na perspectiva científica e com bons índices de aderência por sua população-alvo. A prontidão pode fazer um papel de moderador para a eficácia e efetividade da intervenção, tendo em vista que compreende elementos de adesão e viabilidade do processo de implementação e de resultados, além de dar indicativos da manutenção e sustentabilidade das intervenções preventivas (Basic, 2015; Chilenski et al., 2007).

Considerações finais

Esta pesquisa está relacionada à adaptação cultural do Sistema Preventivo *Communities That Care* (CQC) e revelou a importância de considerar a dimensão da prontidão para consolidar um planejamento preventivo qualificado de base comunitária. A prontidão comunitária para mudança permite que a comunidade seja a protagonista do

conjunto de atividades a serem desenvolvidas e, desta forma, estabelece-se uma conexão mais potente com os valores e a dinâmica local, trazendo maior efetividade para as ações.

A temática da prontidão comunitária é, ainda, muito pouco desenvolvida no Brasil, apesar da tradição que este país traz de intervenções sociocomunitárias. Sendo assim, discutir conceitos e bases teóricas para pensar este construto, assim como adaptar ou desenvolver instrumentos que o avaliem, é uma iniciativa importante. Além de contribuir com a ciência da prevenção em nosso país, a prontidão comunitária para mudança pode dialogar com a psicologia social comunitária tão consagrada no país e outras iniciativas de base na articulação das forças presentes nos territórios.

O CQC, como um sistema preventivo, tem se mostrado promissor para ser implementado no Brasil, na medida em que traz contribuições para refletir e qualificar as intervenções de base comunitária e, assim, ter uma base consistente para programas preventivos para abuso de álcool e outras drogas baseados em evidência. O presente estudo é pioneiro na temática da prontidão comunitária no contexto da implementação do CQC no país. Novos estudos que envolvam mais comunidades e outras regiões brasileiras começam a ser desenvolvidos, para de fato, verificar sua viabilidade e eficácia para o fortalecimento da prevenção comunitária no Brasil.

Algumas limitações do estudo são importantes de serem destacadas: o instrumento CKIS não passou por adaptação cultural completa neste estudo piloto, necessitando de verificações de validade psicométricas, que possibilitem a fidedignidade de seus resultados. Apesar de países da América Latina terem aplicado o mesmo instrumento, os resultados não estão ainda disponíveis para consulta, para que possamos estabelecer diálogos e comparações com países com características mais próximas a nossa e, assim, clarificar melhor os resultados iniciais da adaptação brasileira. Outra questão a ser apontada é que esta pesquisa envolveu um estudo de caso de duas comunidades, com realidades muito específicas, o que não pode ser generalizado, ainda que aponte alguns indicativos sobre os desafios da intervenção no constructo da prontidão comunitária para nosso país.

Novas atividades investigativas se fazem necessárias para dar sequência ao processo iniciado neste estudo piloto de adaptação do CQC ao Brasil. Sendo assim, promover um estudo psicométrico do instrumento CKIS é fundamental, para ser usado em futura pesquisa. Na sequência, realizar novas aplicações dos questionários e comparação dos dados pré e pós-intervenção do CQC, para verificar se o sistema auxilia, de fato, na melhoria dos índices de prontidão comunitária em relação ao tema de prevenção ao uso de drogas, violências ou

outras temáticas de interesse público ou acadêmico. Desta forma, estudos de eficácia e efetividade do CQC se fazem necessários neste processo de adaptação cultural do sistema preventivo ao Brasil.

Referências

- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26(6), 575–601. <https://doi.org/10.1177/0193841X0202600601>
- Basic, J. (2015). Community Mobilization and Readiness: Planning Flaws which Challenge Effective Implementation of Communities that Care (CTC) Prevention System. *Substance Use and Misuse*, 50(8–9), 1083–1088. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007655>
- Brown, E. C. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamento de jovens. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 558–579). Sinopsys.
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. A. (2011). Prevention Service System Transformation Using Communities That Care. *Journal of Community Psychology*, 39(2), 183–201. <https://doi.org/10.1002/jcop.20426>
- Brownson, R.C., Kumanyika, S.K., Kreuter, M.W & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Sci* 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>
- Castañeda, S. F., Holscher, J., Mumman, M. K., Salgado, H., Keir, K. B., Foster-Fishman, P. G., & Talavera, G. A. (2012). Dimensions of community and organizational readiness for change. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 6(2), 219–226. <https://doi.org/10.1353/cpr.2012.0016>
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Vozes.
- Chilenski, S. M., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347–365. <https://doi.org/10.1002/jcop.20152>
- Cidade de São Paulo Governo. (2023, 08 de Julho) *Notícias*. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/>.
- Conteúdo aberto (2023, 08 de Janeiro). In *Wikipédia*. https://pt.wikipedia.org/wiki/Conte%C3%BAdo_aberto .
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9)
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: a study of communities

- that care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3–4), 163–176.
<https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027003.75394.2b>
- Frandoloso, T. (2023). *Avaliação da fidelidade do processo de implementação piloto do sistema de prevenção comunidades que cuidam*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Freitas Campos, R. H. (2015). *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Vozes.
- Gliem, J. A. & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. In *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education* (Vol. 1, pp. 82-87).
https://www.researchgate.net/publication/31591315_Calculating_Interpreting_And_Reporting_Cronbach's_Alpha_Reliability_Coefficient_For_Likert-Type_Scales
- Gloppen, K. M., Brown, E. C., Wagenaar, B. H., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., & Oesterle, S. (2016). Sustaining adoption of science-based prevention through Communities That Care. *Journal of community psychology*, 44(1), 78-89.
<https://doi.org/10.1002/jcop.21743>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Murray, D. M. (2008). Testing Communities That Care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 9, 178–190. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0092-y>
- Hawkins, J.D., Oesterle, S., Brown, E.C., Abbott, R.D. & Catalano, R.F. (2014). Youth Problem Behaviors 8 Years after Implementing the Communities That Care Prevention System: A Community-Randomized Trial. *JAMA Pediatr.* 168(2),122–129. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *O projeto de reformulação das estatísticas econômicas: 2014*.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv92712.pdf>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., & Cargo, M. (2015). Assessing community readiness online: A concurrent validation study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1953-5>
- Oliveira Corrêa, A. O., Brown, E. C., Lee, T. K., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Eisenberg, N. (2020). Assessing community readiness for preventing youth substance use in Colombia: A latent profile analysis. *International journal of mental health and addiction*, 18(2), 368-381. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00191-1>
- Parker, C. J., Winston, W., Simpson, T., & Brady, S. S. (2018). Community Readiness to Adopt the Communities That Care Prevention System in an Urban Setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), Supplement 1.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.022>

- Pérez-Gómez, A., & Mejía-Trujillo, J. (2015). Implementação de um sistema preventivo baseado em evidências: perspectivas para a América Latina. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 713–732). Sinopsys.
- Rhew, I. C., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Briney, J. S. (2013). Sustained effects of the Communities That Care system on prevention service system transformation. *American Journal of Public Health*, 103(3), 529-535. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300567>
- Sartorato, I. P. (2020). *Análise de indicadores de saneamento ambiental nos bairros de Sambaqui e de Santo Antônio de Lisboa (Florianópolis/Florianópolis) integrando a percepção da comunidade local*. [Trabalho de conclusão de curso do curso de Engenharia Sanitária e Ambiental da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/218311>
- Sodelli, M. (2010). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 637-644. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300005>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Thurrow, C. F. (2020). *Aplicabilidades e propriedades psicométricas do Communities That Care Youth Survey (CTCYS): Subsídios para sua adaptação cultural ao contexto brasileiro*. [Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/221268>

5.3 ARTIGO 3 - ENTREVISTA SOBRE PRONTIDÃO COMUNITÁRIA PARA INTERVENÇÕES PREVENTIVAS: EXPERIÊNCIA PILOTO DE ADAPTAÇÃO AO BRASIL

Resumo

A prontidão comunitária é um fenômeno que tenta englobar o quanto uma comunidade está preparada para assumir ações necessárias sobre uma demanda. Este trabalho tem por objetivo a descrição da primeira tradução para o português e aplicação piloto do *Community Readiness Model* em uma comunidade brasileira. Os entrevistados eram membros da coalizão comunitária de uma cidade do Sul do país, em sua maioria, aposentados, com idade entre 37 e 78 anos e tempo de residência na comunidade que variava de 10 a 43 anos. No resultado geral de prontidão, a comunidade está no segundo nível que denota “Negação/resistência”. A comunidade variou nos três primeiros níveis, dos nove percorridos no modelo. Nas dimensões de “Esforços” e “Conhecimento da comunidade sobre os esforços”, a comunidade está no primeiro nível “Sem conhecimento”. Nas dimensões de “Conhecimento da comunidade sobre a demanda” e “Recursos relacionados à demanda”, no segundo nível. Atingiram o nível 3 de “Conhecimento vago” nas dimensões de “Liderança” e “Clima da comunidade”. Estes resultados demonstram necessidade de desenvolvimento da comunidade em termos de prontidão. Focar na prontidão produz autonomia, empoderamento e o engajamento comunitário às ações preventivas. Desenvolver a prontidão comunitária pode ser uma importante iniciativa para fortalecer as ações de prevenção comunitária do país.

Palavras-chave: prontidão comunitária; mudança comunitária; intervenção comunitária; *Community Readiness Model*; ações preventivas.

Abstract

Community readiness is a phenomenon that attempts to encompass how prepared a community is to take necessary actions regarding a demand. This work aims to describe the first translation into Portuguese and pilot application of the Community Readiness Model in a Brazilian community. The interviewees were members of the community coalition in a city in the southern region of the country, mostly retirees, aged between 37 and 78 years old, with a residency time in the community ranging from 10 to 43 years. In the overall readiness result, the community is at the second level, denoting 'Denial/Resistance.' The community varied across the first three levels of the nine traversed by the model. In the dimensions of 'Efforts' and 'Community knowledge about efforts,' it is at the first level, 'No knowledge.' In the dimensions of 'Community knowledge about demand' and 'Resources related to demand,' it is at the second level. They reached level 3 of 'Vague knowledge' in the dimensions of 'Leadership' and 'Community climate.' These results demonstrate the need for community development in terms of readiness. Focusing on readiness yields autonomy, empowerment, and community engagement in preventive actions. Developing community readiness can be an important initiative to strengthen the country's community prevention efforts.

Keywords: community readiness; community change; community intervention; Community Readiness Model; preventive actions.

Introdução

O “*community readiness*”, traduzido como “prontidão comunitária” é um fenômeno que tenta englobar o quanto uma comunidade está preparada para assumir ações necessárias sobre uma demanda (Stith et al., 2006). A prontidão é um elemento mensurável por meio de várias dimensões, tais como: liderança, abertura para mudança, eficácia coletiva, coesão, colaboração entre membros e setores, entre outros. Busca identificar e descrever o contexto ecológico em que serão implementados os esforços para a mudança, para que se possam construir estratégias preventivas específicas para o desenvolvimento da comunidade (Chilenski et al., 2007).

A primeira menção do conceito de “prontidão comunitária” aconteceu na Conferência de Pesquisa em Prevenção de Kentucky, em 1991, pela pesquisadora Mary Ann Pentz. Em seu artigo, Mary Ann enfatizou que, a menos que uma comunidade esteja preparada para receber um programa de prevenção, seria improvável que esta tivesse resultados positivos para mudar a cultura da comunidade. O papel moderador da prontidão na implementação de programas e seus resultados ganhou constatações empíricas na literatura nas últimas três décadas (Parker et al., 2018; Pozzo & Virgili, 2021; Sloboda & Petras, 2014).

Pesquisas da Universidade Estadual do Colorado apontavam que uma intervenção preventiva, mesmo que bem implementada e com financiamento, poderia não ter bons resultados se a comunidade não estivesse preparada para recebê-la ou não aceitasse a proposta da intervenção. A construção de uma teoria forte e de uma ferramenta útil para compreender como as comunidades mudam e como mudar as comunidades, passou a ser a prioridade. O centro de pesquisas desta universidade, chamado de *Tri-ethnic Center for Prevention Research*, foi responsável pelos primeiros trabalhos empíricos sobre prontidão, pois até aquele momento não existia nenhum método padrão para descrever ou avaliar a prontidão. Determinaram dimensões de prontidão, criaram um método para medir o fenômeno e desenvolveram sugestões para intervenções específicas necessárias para avançar em cada estágio. Por volta de 1995, criaram o *Community Readiness Model* (CRM) (Edwards et al., 2000).

O modelo de prontidão comunitária foi inspirado em duas tradições de pesquisa: sobre a prontidão psicológica para o tratamento individual e sobre o desenvolvimento da comunidade e ação social. A prontidão psicológica para a mudança, também conhecida como modelo transteórico de mudança, de Prochaska e DiClement, concentra-se nos estágios da

tomada de decisão individual para modificar ou adquirir novos comportamentos. As teorias de desenvolvimento comunitário constataram que a ação coletiva dentro de uma comunidade baseia-se em interações entre grupos, o que pode levar a resolução de problemas através de colaborações entre membros e setores (Chilenski et al., 2007; Niknam et al., 2021).

O CRM busca elementos do quão preparada a comunidade está para a implementação de intervenções preventivas, através da compreensão da cultura da comunidade e do conhecimento da mesma sobre suas demandas. Sustenta-se nas seguintes premissas: a) as comunidades estão em diferentes estágios de prontidão para lidar com uma demanda específica; b) o estágio de prontidão pode ser avaliado e esta avaliação é fundamental para as intervenções; e c) as comunidades podem ser trabalhadas para alterar seus estágios de prontidão a fim de desenvolver, implementar, manter e melhorar programas de prevenção. O modelo constitui assim, em um roteiro semiestruturado de entrevista, que visa avaliar os estágios de prontidão de cada comunidade e oferece sugestões de estratégias para a comunidade avançar nos estágios (Plested et al., 2009).

O modelo vem sendo adaptado mundialmente em uma variedade de projetos e contextos de pesquisa. Foi inicialmente utilizado em programas preventivos do abuso de álcool e outras drogas, porém rapidamente começou a ser implementado em uma ampla gama de programas de prevenção, como estratégias voltados para depressão, suicídio e violências. Já foi utilizado também em programas de prevenção de saúde geral, como doenças cardíacas, câncer de mama, nutrição e obesidade infantil, e redução de doenças sexualmente transmissíveis, além de estratégias com foco no meio ambiente sobre condições ambientais e meteorológicas. Sendo assim, por mais que quantificar a prontidão da comunidade seja complexo, o CRM apresenta alta versatilidade para se adaptar com facilidade a diversos territórios locais e internacionais (Edwards et al., 2000; Oetting et al., 1995; Plested et al., 2006; Thurman et al., 2003).

O Brasil possui uma trajetória bem consolidada de intervenções em comunidades (Freitas Campos, 2015), porém identifica-se uma escassez de publicações científicas que abordem a incidência de prontidão comunitária em contextos de implementação de estratégias preventivas no Brasil (Oliveira Corrêa, 2014; Thurow, 2020). Este trabalho tem por objetivo a descrição da primeira tradução para o português e aplicação piloto do *Community Readiness Model* em uma comunidade brasileira, dentro de um macro projeto de adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* ao Brasil (Franceloso, 2023). Busca contribuir com a ampliação do escopo de propostas preventivas para o Brasil e auxiliar na consolidação

da ciência preventiva baseada em evidências em nosso país, através do processo de adaptação cultural de instrumentos que mensuram a prontidão comunitária.

Método

Esse estudo se caracteriza por uma pesquisa de dados qualitativos, delineamento descritivo (Gil, 2008) e teve como contexto da intervenção uma das comunidades que participaram do projeto multicêntrico, intitulado: “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”. Envolve a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mais especificamente o Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN); a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS); além do *Prevention Education and Research in Latin America* (PERLA Lab), da *University of Miami*, com o *Department of Public Health Sciences, Division of Prevention Science & Community Health*.

O CTC é um sistema implementado em diversos países que tem como proposta uma articulação de lideranças comunitárias que se voltam para a tarefa da prevenção com base em evidências para o abuso de álcool e outras drogas, violências e conflitos com a lei, almejando o desenvolvimento positivo da comunidade (Hawkins et al., 2009). O sistema tem se destacado pelos resultados de eficácia e efetividade para prevenção ao uso de drogas e comportamentos violentos de jovens (Oliveira Corrêa, 2014; Pedroso et al., 2019; Sloboda & Petras, 2014). Sua implementação acontece em cinco etapas: 1) preparação do sistema e articulação das lideranças da comunidade; 2) organização da coalizão comunitária e sua dinâmica de funcionamento; 3) desenvolvimento do perfil comunitário; 4) criação de um plano preventivo; 5) implementação de intervenções baseadas em evidência e avaliação contínua. As coalizões comunitárias são construídas a partir do segundo treinamento de implementação do sistema, realizado na fase 1, e reúnem as lideranças que se dispuseram a participar de forma mais colaborativa com o CTC, através de um envolvimento com as atividades da implementação do sistema, divididos em grupos de trabalho. A avaliação da prontidão comunitária faz parte da proposta do CTC, sendo realizado através do “*Community Key Informant Survey*” (CKIS). A equipe brasileira decidiu agregar o CRM, com abordagem mais qualitativa, para complementar os dados quantitativos produzidos no CKIS, visando dados mais robustos sobre esse importante quesito.

No sistema CTC a avaliação da prontidão passa por fatores como o apego à comunidade, presença de lideranças locais e sua eficácia, ações comunitárias conjuntas, iniciativas preventivas já existentes na comunidade, assim como outras características contextuais importantes para verificar o nível de prontidão desta comunidade que influencia na sua abertura para a mudança. A avaliação e reavaliação da prontidão é um aspecto essencial para intervenções preventivas e comunitárias, como o CTC, pois está relacionado ao posterior funcionamento da coalizão comunitária e o comprometimento de membros em treinamentos de prevenção e outras atividade propostas pela coalizão (Chilenski et al., 2007; Feinberg et al., 2004).

Os participantes do estudo foram os integrantes da coalizão comunitária do projeto piloto em Florianópolis, localizada no norte da Ilha de Santa Catarina. Este território conta 22,45 km de área e tem uma população de 7.378 mil habitantes. É um dos distritos mais antigos de Florianópolis e teve um papel importante na colonização da cidade e ainda preserva muitas casas e construções históricas. Região de cultura típica açoriana, representa um forte centro gastronômico da cidade de Florianópolis e de vendas de artesanato local. As atividades econômicas mais comuns nessa comunidade são a pesca artesanal e a maricultura, por um lado e, por outro, a gastronomia e o turismo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

Instrumento

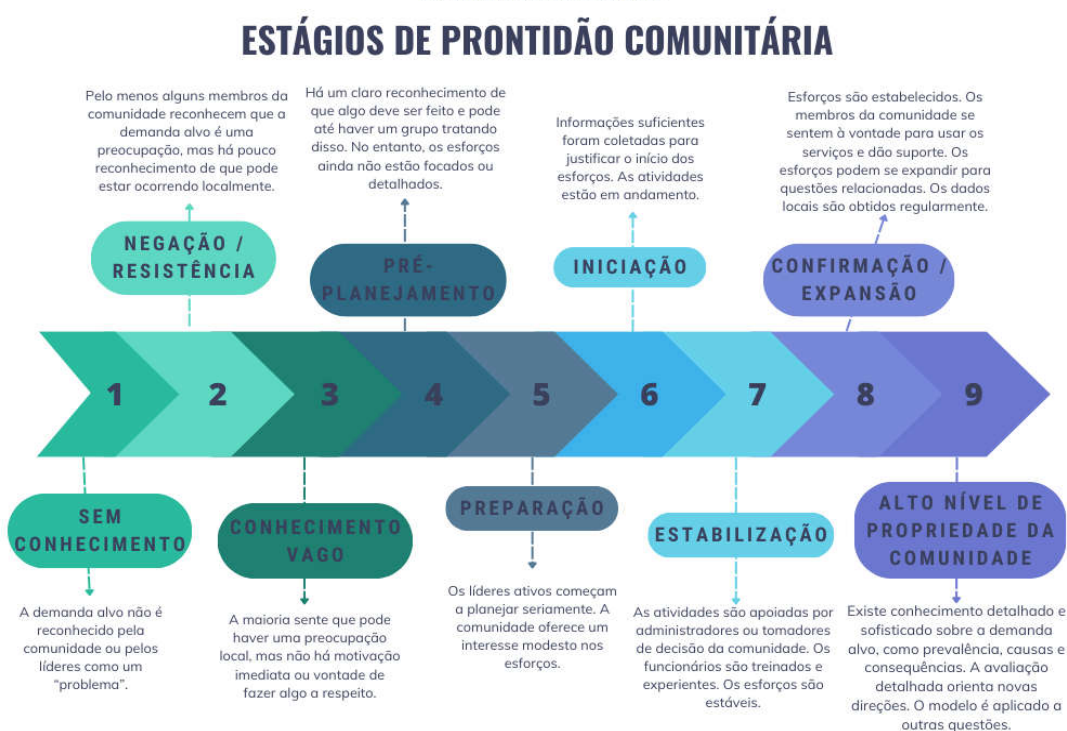
O *Community Readiness Model* (CRM) sustenta-se em premissas qualitativas, porém produz um escore numérico para cada dimensão de prontidão mensurada e um escore geral para a comunidade. Uma comunidade pode estar em diferentes estágios de prontidão nas dimensões investigadas. As dimensões de prontidão pesquisadas são fatores-chave que influenciam a preparação de sua comunidade para agir sobre seus problemas (Plested et al., 2009).

O roteiro é dividido em seis dimensões abrangentes: a) Esforços da comunidade para a prevenção (existem esforços, programas e políticas que abordam o desfecho alvo?); b) Conhecimento da comunidade sobre os esforços (os membros da comunidade sabem sobre os esforços locais e sua eficácia?); c) Liderança (os membros influentes da comunidade apoiam a prevenção?); d) Clima da comunidade (qual é a atitude predominante da comunidade em relação ao desfecho alvo?); e) Conhecimento da comunidade sobre o desfecho (os membros da comunidade conhecem ou têm acesso a informações sobre as demandas da comunidade?);

e f) Recursos relacionados ao desfecho alvo (os recursos locais - pessoas, tempo, dinheiro, espaço, etc. - estão disponíveis para apoiar os esforços de prevenção?). No caso do CTC o desfecho alvo é o abuso de álcool e outras drogas e o envolvimento com a violência.

A pontuação da comunidade em relação a cada uma das dimensões formará a base do nível geral de prontidão da comunidade. Os estágios de prontidão, estabelecidos por Plested et al. (2009), vão desde um estado de não conhecimento, até o estágio da comunidade assumindo total propriedade sobre um desfecho alvo, conforme detalhado na Figura 1.

Figura 1
Estágios de Prontidão Progressivos no Community Readiness Model
COMMUNITY READINESS MODEL



A validação das dimensões da entrevista original e etapas de prontidão foi realizada por meio de um extenso processo envolvendo avaliadores especialistas e escalas de avaliação ancoradas (Edwards et al., 2000; Oetting et al., 1995; Stith et al., 2006; Thurman et al., 2003). A validade de construto do roteiro e da teoria que se baseia foi demonstrada, por meio do teste da precisão das hipóteses que derivam da teoria subjacente (Plested et al., 2006). Quanto à confiabilidade, foram encontrados padrões consistentes ao observar sistematicamente as mudanças na prontidão da comunidade ao longo do tempo. Outro aspecto da confiabilidade

altamente importante para determinar a utilidade desse modelo é a confiabilidade entre avaliadores. Foram encontrados altos índices de consistência entre os entrevistados e confiabilidade entre avaliadores na pontuação (Plested et al., 2009).

Procedimentos de coleta de dados

Foram realizadas seis entrevistas, alcançando a totalidade dos membros ativos da coalizão comunitária. São lideranças locais que se dispuseram a participar da organização do sistema CQC no distrito em que ocorreu o projeto piloto. Na Tabela 1 aparecem os dados destes, que representam diferentes setores dos serviços e instituições da comunidade, como educação, saúde, segurança, cultura e lazer. O perfil dos entrevistados foi caracterizado por aposentados, com anos de residência na comunidade, sendo o menor tempo de 10 anos.

Tabela 1
Dados Sociodemográficos dos Entrevistados na Comunidade de Florianópolis

Membros Coalizão	Idade	Sexo	Profissão	Tempo na comunidade
#1	68 anos	F	Professora (aposentada)	19 anos
#2	68 anos	M	Agente de turismo (aposentado)	35 anos
#3	78 anos	M	Bancário (aposentado)	15 anos
#4	66 anos	M	Economista, Produtor Cultural (aposentado)	39 anos
#5	37 anos	F	Mestre em teatro	10 anos
#6	53 anos	F	Técnica em enfermagem	43 anos

Nota. F = Feminino; M = Masculino.

A entrevista aconteceu na fase 3 da implementação do CQC, antes da formulação do perfil comunitário, através da aplicação do instrumento de risco e proteção com a juventude. O roteiro foi adaptado, em termos da “demanda foco”, a partir dos dois principais desfechos do CQC que são o abuso de drogas e a violência. Foi realizada uma tradução do manual do CRM e do roteiro de entrevista por pesquisadores bilíngues do PSICLIN, sendo que um grupo de pesquisadores envolvidos com a implementação do sistema da Universidade de São Paulo e da *University of Miami* foram consultados como especialistas para verificar a clareza e preservação das características essenciais do roteiro. Um teste piloto foi realizado com um pequeno grupo de outra comunidade em Florianópolis, a fim de verificar a compreensibilidade e a aceitabilidade do instrumento. É relevante ressaltar que esse processo não atende a todas as necessidades de uma validação de conteúdo, pois não foram realizadas traduções reversas ou ainda grupos focais com a função de pré-testes cognitivos. Esse

processo de validação mais completo foi planejado para ser realizado em uma próxima pesquisa.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em hora escolhida pelo entrevistado e em local de escolha que fosse significativo para sua relação com a comunidade, em março de 2022, com uma pesquisadora principal e um auxiliar da equipe do PSICLIN. As entrevistas foram gravadas, sob autorização, transcritas e analisadas em seu conteúdo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes.

Procedimento de análise de dados

Para calcular a pontuação que forneceu o estágio de prontidão para cada uma das seis dimensões da comunidade, dois avaliadores leram cada entrevista na íntegra, para compreender a percepção da comunidade derivada dos dados dos entrevistados. Posteriormente, compararam as respostas com a classificação do modelo CRM, para receber a pontuação em um estágio específico de prontidão em cada dimensão. O escopo da pontuação do CRM vai de 1.0 a 9.0. O avaliador seleciona a nota que acredita que melhor reflete o que é declarado na entrevista, sendo que os níveis anteriores de prontidão devem ter sido completamente atendidos. Na folha de pontuação, cada avaliador inseriu suas pontuações de dimensão na tabela denominada “pontuação individual”.

Posteriormente, os dois avaliadores se reuniram para discutir as pontuações e chegar a um consenso para calcular a pontuação final de prontidão da comunidade. O escore geral foi extraído da média das pontuações finais de todos os escores e participantes. Por fim, nos comentários, foram anotadas impressões sobre a comunidade e outros detalhes que possam estar relacionadas à pontuação (Plested et al., 2006, 2009). Uma análise de conteúdo foi realizada, tomando como base o roteiro da entrevista e as falas dos entrevistados foram dispostas no decorrer dos resultados para dar sustentação às análises sobre prontidão do modelo.

Foram seguidas todas as normativas e parâmetros éticos, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto maior “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil” foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), sob nº CAAE 50477321.3.0000.0121.

Resultados

Os participantes relataram ter gostado de participar das entrevistas e consideraram importante falar sobre sua visão da organização comunitária, assim como de seu histórico de participação na mesma. A pontuação obtida para prontidão da comunidade, por dimensão, está presente na Tabela 2. O escore geral de prontidão para a mudança da comunidade foi de 2.67 com desvio padrão de 0.75 e amplitude de 1.83. No resultado geral de prontidão, a comunidade está no segundo estágio que denota “Negação/resistência”. Os resultados a seguir descreverão os estágios de prontidão para cada dimensão do CRM e as falas dos entrevistados que lhe dão sustentação.

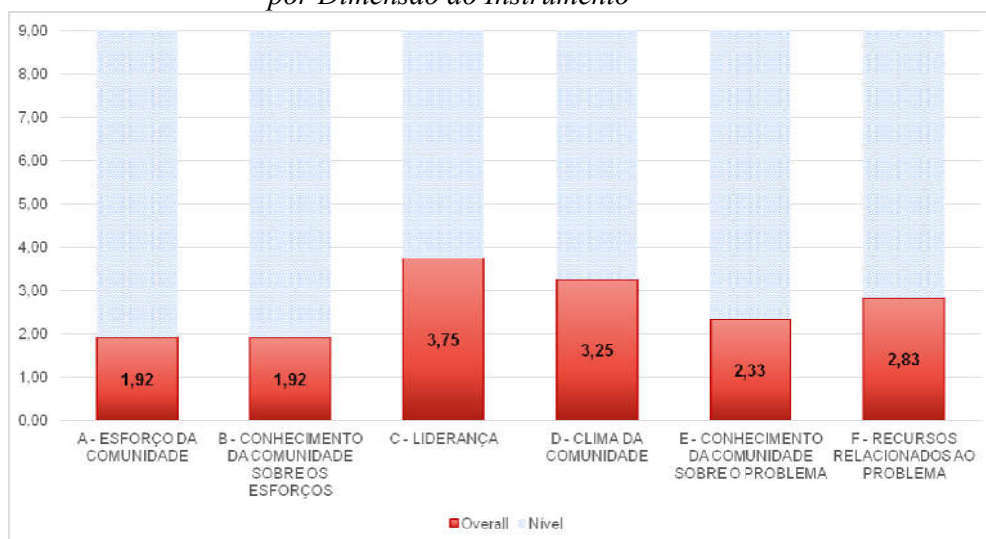
Tabela 2
Pontuações de Consenso das Entrevistas por Dimensão e Pontuação Final, segundo Plested et al. (2006)

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	Soma por Dimensão	Pontuação Final
Dimensão A	1	2	1.5	1	5	1	11.5	1.92
Dimensão B	1	2	1.5	1	5	1	11.5	1.92
Dimensão C	4.5	3	2	4	5	4	22.5	3.75
Dimensão D	4.5	3	3.5	3	2.5	3	19.5	3.25
Dimensão E	3	3	1.5	2	2.5	2	14	2.33
Dimensão F	3	3	1	3	4.5	2.5	17	2.83

A Figura 2 detalha os resultados da comunidade, por dimensão do instrumento. A dimensão A e B dizem respeito à percepção dos entrevistados sobre os esforços da comunidade relacionados à aplicação de programas, ações e políticas que abordam o abuso de drogas ou violências e o conhecimento da comunidade sobre estes esforços. Foi avaliado, também, se os esforços são acessíveis a todos os segmentos da comunidade. A pontuação foi a mesma, 1.92 que coloca a comunidade no primeiro estágio de “Sem conhecimento”.

Quando questionados sobre os recursos, serviços ou projetos que estão disponíveis na comunidade para abordar a prevenção ao uso de álcool e outras drogas e violência, os membros da coalizão foram, em sua maioria, enfáticos ao afirmar que não conhecem estratégias ou esforços: “Não existem nem projetos nem serviços que eu saiba, não.” (#1); “Não, que eu saiba, não. Sério assim, não. Tem esse da polícia militar, que é aquele negócio né, mas não tem não, prevenção, não tem.” (#4 falando do Programa Vizinhança Solidária); e “Ah não, não tenho conhecimento. Mas eu sou muito distraída, talvez até tenha.” (#6).

Figura 2
Gráfico do Resultado da Comunidade sobre os Níveis de Prontidão Progressivos, por Dimensão do Instrumento



Alguns esforços foram identificados nas entrevistas, como propostas de esportes para crianças, porém, constatou-se que essas iniciativas não são conhecidas por toda a população da comunidade, como expressa #2: “Não, além do CQC não. Eu não o conheço aqui. Eu sei que tem lá atividades de esporte no outro bairro aqui do Distrito. Mas nunca fui, só sei por que eu conversei com alguém”. A região do distrito com maiores índices de vulnerabilidade social possui maior mobilização, porém os demais bairros do distrito, ou desconhecem por completo, ou só tem uma vaga notícia. Os projetos citados pelos residentes têm parceria com a UFSC para natação e oficina de Muay Thai e Jiu-Jitsu.

Aqui na nossa comunidade a gente tem um projeto de natação [...]. E tem também a oficina de Muay Thai e jiu-jitsu, porque é muito legal, daí também traz essa questão da disciplina da arte marcial para crianças [...] Então esses dois projetos que tem aqui no nosso bairro eles funcionam, eles são bem sólidos e eles estão nesse caminho aí (#5).

As maiores pontuações foram das dimensões C e D. A dimensão C diz respeito à liderança, os líderes eleitos e não eleitos, membros influentes da comunidade que apoiam a prevenção. Já a dimensão D relaciona-se com o clima da comunidade, a atitude predominante da comunidade em relação ao problema. As pontuações foram, 3.75 em C e 3.25 em D, resultando no terceiro estágio de “Conhecimento vago”. Este estágio significa que a maioria sente que pode haver uma preocupação local, mas não há motivação imediata ou vontade de fazer algo a respeito (Plested et al., 2006, 2009).

A liderança é predominantemente formada por indivíduos que possuem um histórico de trabalho para o desenvolvimento da comunidade, são pessoas que têm uma credibilidade conquistada em sua trajetória. A coalizão afirma em suas respostas que a liderança recebe apoio, é preocupada e pensa em prevenção: *“Acho que tem esse... como vou dizer... esse ímpeto de ajudar. Talvez falte um pouco a faísca, o projeto né, ter que como executar tem, acho que chama bastante gente interessada em se engajar nisso”* (#6). Contudo, ainda é uma liderança que precisa de ferramentas para ações de prevenção, como expressa #4: *“O pessoal faz isso, se preocupa, mas em termos de ação prática, não tem muito que fazer. Não tem governabilidade sobre o tema. Então a preocupação existe, as associações se preocupam com isso, mas têm pouca eficácia na luta. Porque não tem instrumento... é chamar a polícia”*. Em convergência com as limitações da liderança, a atitude geral da comunidade também esbarra em uma passividade por falta de formação ou recursos: *“Eu acho que é mais passiva do que ativa. É, reclama pontualmente, mas não toma atitude, atitude mesmo, ativa, muito pouco”* (#4).

Entretanto, a atitude da comunidade varia em relação às drogas e à violência. No fenômeno das drogas, a compreensão da comunidade, na perspectiva dos representantes da coalizão, está localizada na naturalização cultural: *“Indiferente. Eu vejo isso nas festas... Eu acho que existe muito mau exemplo familiar, principalmente. Uma cultura que favorece muito o uso de álcool principalmente o fumo [...] Aí colocam lá ‘sextooooou’, e aí é cerveja e tudo mais no grupo, aí tem criança no grupo, no WhatsApp”* (#6). Já na parte mais vulnerável do distrito, que enfrenta maiores desafios socioeconômicos, observa-se a naturalização, inclusive, da comercialização:

É algo natural assim, é uma coisa que ninguém se assusta. Não tem mais um distanciamento, tipo assim, se você descobrir que seu vizinho vende, não é um choque, sabe. E a gente tem que cuidar muito com isso, mas também é isso sem criar tabu, entende? Porque se você cria um tabu, daqui a pouco o meu filho tá pegando escondido uma latinha de cerveja pra tomar porque assim que cria o fetiche, sabe? [...] (#5).

A demanda da violência está entre as principais preocupações da comunidade, como exemplifica #6: *“A violência é uma coisa mais concreta, que afeta mais, que assusta mais. Ela é muito... ela incomoda o teu espaço, incomoda o teu momento, então, acho que tem uma preocupação maior, um movimento maior em relação a isso”*. A perspectiva é de medo: *“Eu acho que mais é em relação ao medo, mesmo [...] Então as pessoas têm medo e elas querem solucionar esse problema da violência para que não ocorra na comunidade”* (#1).

Percebe-se que as atitudes estão mais ligadas ao universo da segurança pública, do poder policial e mais distante da perspectiva da prevenção do fenômeno: “*A violência é um aspecto de crimes. Eu tive uma iniciativa, em 2014, para criar vizinhos solidários. Depois, a polícia militar assumiu esse sistema, agora se chama ‘rede de vizinhos’.* Mas a princípio é o mesmo núcleo de vizinhos, ajudando um ao outro para a prevenção da violência na própria moradia” (#3). Faltam ferramentas objetivas no caminho de fato da prevenção, porém já há uma vaga valorização sobre a relevância de estratégias preventivas, conforme explicitado na fala de #1:

A ação não existe porque eles não sabem como fazer. Ou você vai ligar pra polícia, ou você vai ver qual a lei que vai te amparar, entendeu? Esse tipo de coisa. Então não está sabendo como fazer. Que assim... não é a solução... você ligar pra polícia... claro que quando a violência é muito grande você vai ligar né? Mas, você tem que resolver o problema na raiz e não seria assim, né? Não a polícia nem a lei que vai resolver.

No que tange às violências, estas podem ser divididas entre as de cunho público e as de cunho privado. Aquelas ligadas à criminalidade, passam a ser de interesse público, de todos. Contudo, aquelas que acontecem “dentro de casa”, as violências físicas, psicológicas e sexuais que acontecem no ambiente doméstico, são escondidas e entendidas como demandas individuais. A partir dessa perspectiva, a abordagem da comunidade difere. A resposta de #5 a pergunta descreve essa diferença:

Então, é que daí depende o tipo de violência. Porque se é essa violência que está implícita em armas e essas coisas, eu acho que eles estão bem preocupados. Agora, as violências que são mais silenciosas, que são mais do cotidiano, daí eu acho que não. Eu acho que as pessoas fazem vista grossa, porque as famílias são tradicionais. São famílias fechadas, são famílias que nem sempre conversam sobre os problemas. A gente teve dois casos, quando eu morava aqui anos atrás, de situações de abuso sexual né. [...] Ah, era bem complicado! Então, assim, eu acho que esse tipo de violência em casa, assim, eu acho que isso aí... daí as lideranças meio que não se metem, sabe?

Sobre a dimensão E, relacionada ao conhecimento da comunidade da demanda do uso de álcool e outras drogas e violência, foi verificado que a percepção é de que a comunidade conhece ou têm acesso às informações sobre sua existência de problemas com drogas ou violência ou impacto na vida comunitária, mas de forma superficial. Já a dimensão F relaciona-se com os recursos (pessoas, tempo, dinheiro, espaço, etc.), se estes estão disponíveis para apoiar os esforços de prevenção. As pontuações respectivas são 2.33 e 2.83, posicionando em “Negação/resistência” na escala de prontidão do CRM. Neste segundo ponto da hierarquia, pelo menos alguns membros da comunidade reconhecem que o problema é uma

preocupação, mas há pouco reconhecimento do que pode estar ocorrendo localmente (Plested et al., 2006, 2009).

Em relação ao conhecimento e acesso às informações, as respostas dos entrevistados expressaram um conhecimento reduzido, superficial (sem sustentação em dados científicos) e até resistente. De acordo com os entrevistados: *“Tem pessoas bem informadas, né? E tem outras que não tem nem noção [...], mas são poucas, a grande maioria não tem essa informação. Eles comentam só, mas não sabem nem... por isso que eu te disse é superficial.”* (#1); e *“Não. Muito pouco. Se conhece é muito passivo, varre pra debaixo do tapete”* (#4).

Essas informações sobre uso de drogas e violências já foram transmitidas para a comunidade por um jornal local há tempos atrás, segundo #3: *“[...] Ele era jornalista e historiador do bairro. Ele tinha mais ou menos um papel de informar. Assim como na internet, se acontecia alguma coisa, estava lá”*. Hoje a forma mais universal é através do aplicativo *WhatsApp*: *“Então circula muito nos grupos de zap, meio desorganizado, mas circula”* (#4); e *“Eu acho que hoje tudo é internet [...]. Tem grupos de todos e toda informação é ali, é mídia mesmo, digital. Tudo tá se passando ali”* (#1). Outra estratégia é o contato pessoal: *“Corre no boca a boca, do tipo assim: ‘lá embaixo a casa foi assaltada’, tipo isso. É porque um fala pro outro e fala pro outro. A rede de comunicação de informes e coisa, ela é muito ruim aqui, muito”* (#5).

Todavia, essas formas de comunicação ainda são percebidas como frágeis. Algumas ideias foram levantadas nas respostas para acrescentar nas estratégias: *“Antigamente tinha o carro de divulgação igual o ‘carro da pamonha’, é antiga, mas acho que é mais dinâmico que as redes sociais. Eu não vejo muito por lá”* (#6); e *“Podia ter colocado uma moto de som. Se vir uma moto de som, tipo um ‘carro do ovo’, todo mundo vai saber, entende? Só que daí é isso, fazer uma divulgação, sei lá, em alguns Instagram, grupo de WhatsApp, que tá todo mundo tão cheio que bloqueia, nem vê. Eu tipo, nem abro as mensagens”* (#5).

Em relação aos recursos disponíveis, a coalizão foi questionada se a comunidade costuma apoiar e valorizar quem escreve projetos, disponibiliza espaço, tempo e faz investimento financeiro. As respostas foram positivas de modo geral: *“Sim, sim...reconhecem e tem apoio”* (#1). Apesar disso, alguns elementos foram citados, como a credibilidade de quem se dispõe a fazer algo: *“Mais ou menos, a comunidade aqui é muito desconfiada. Então, assim, pra ti ter credibilidade aqui não é fácil, [...] Vai e volta. Não é uma adesão assim, é bem devagar”* (#4); *“Nossa, é muito respeitado! Eu sei por mim, eu me sinto muito respeitada e validada por desde crianças às pessoas muito velhas, pessoas que são mais ricas*

do que eu, que tem mais escolaridade do que eu... Todo mundo me respeita muito por conta de eu trabalhar com os projetos culturais” (#5). Além da credibilidade, tem pessoas que se dispõem a fazer o investimento financeiro e outras que despendem seu tempo e trabalho para fazer acontecer: “Gente que empresta dinheiro? [Risos]. Eu sei que tem. Tu vê nos créditos né, fulano e ciclano” (#6); e “Mas precisa perguntar para eles realizarem esse trabalho voluntariamente. Espontaneamente, eles não enxergam. Outra coisa, se alguém faz uma tarefa, outra pessoa não vai ajudar. A tarefa é de quem assume” (#3).

Ao final contabilizando todos os quesitos, o resultado geral da prontidão da comunidade está no segundo estágio “Negação/resistência”, que segundo o CRM significa que alguns membros da comunidade já reconhecem que o demanda alvo é uma preocupação, mas há pouco reconhecimento de que pode estar ocorrendo localmente. O objetivo principal para avançar para os próximos estágios de prontidão é o de aumentar a conscientização sobre a demanda alvo na comunidade (Plested et al., 2006).

Estes dados foram apresentados para a coalizão comunitária e, posteriormente, discutidas ideias para a construção de um plano de ação com o objetivo de melhorar a prontidão na comunidade. Os membros da coalizão propuseram as seguintes estratégias:

- (a) Construir um canal digital para aumentar a informação da comunidade sobre as demandas da comunidade e ações realizadas sobre abuso de drogas e envolvimento com violência, além do conhecimento sobre prevenção baseada em evidência;
- (b) Produzir materiais impressos de divulgação, além de buscar alternativas de publicização das ações realizadas no distrito, para além das mídias sociais;
- (c) Estimular a participação *on-line* das reuniões da coalizão, buscando abrir ainda mais a participação da comunidade em suas decisões;
- (d) Articular grupo de contato entre as associações presentes no distrito com o objetivo de uma comunicação mais direta e assertiva entre as lideranças, solicitando espaço nas reuniões destas associações, para discutir os dados produzidos e estimular o trabalho conjunto em prol da comunidade;
- (e) Produzir reuniões abertas à comunidade para divulgar os dados obtidos com os instrumentos de prontidão comunitária e de risco e proteção da juventude, assim como as ações planejadas na prevenção comunitária.

Discussão

A comunidade possui seus valores culturais, organização social, lideranças e seus movimentos políticos no território. Desta realidade coletiva surgem potencialidades e adversidades para se planejar intervenções no âmbito comunitário, sendo, portanto, aspectos que atravessam os processos de implementação de ações preventivas, relacionando-se com o grau de prontidão para novas ações e abertura para mudanças (Stith et al., 2006).

As respostas dos membros da coalizão entrevistados indicaram que a comunidade pesquisada, em termos de prontidão, está nos três primeiros estágios do *Community Readiness Model* (CRM). No que diz respeito à história e ao conhecimento atual sobre esforços que abordam as questões do abuso de drogas e violências (Dimensão A e B), a comunidade, na perspectiva dos membros da coalizão, encontra-se no estágio inicial. Esse resultado sugere uma falta de conscientização, informação e ações sobre as questões que afetam a comunidade.

As evidências científicas indicaram que uma comunidade bem informada é um elemento chave para desenvolver intervenções de cunho preventivo (Chilenski et al., 2007; Feinberg et al., 2004; Kostadinov et al., 2015). Considerando esse aspecto, um dos objetivos principais para trabalhar com comunidades que estão no primeiro estágio da prontidão (“Sem conhecimento”) é o desenvolvimento de estratégias que aumentem a conscientização da população sobre suas demandas alvo. As sugestões de estratégias do manual CRM giram em todo de contato individual com apoiadores em potencial ou grupos existentes para compartilhar informações sobre ocorrências locais das demandas da comunidade (Plested et al., 2009).

Em relação às lideranças que apoiam a prevenção (Dimensão C) e clima ou atitude predominante em relação às demandas alvo (Dimensão D), a comunidade está no terceiro estágio de prontidão (“Conhecimento vago”). Neste estágio, o objetivo se volta para a conscientização e apropriação de que a comunidade pode ser resolutiva diante de suas demandas. Para aumentar a prontidão comunitária nestes aspectos, as sugestões levantadas são centradas na publicidade dos dados, como apresentar informações em eventos existentes na comunidade e/ou iniciar os próprios eventos de promoção de saúde. Além de colocar panfletos e pôsteres em locais visíveis e publicações de mídia digital (Plested et al., 2009).

Essa divulgação pode ser fundamental, já que as demandas mapeadas pelo projeto preventivo precisam do reconhecimento das lideranças e da comunidade em geral. Também existe a necessidade de uma mínima compreensão de como essas demandas (uso de álcool e

drogas e violências) podem estar afetando o bem-estar da comunidade como um todo. Isso constrói um senso de urgência que funciona como combustível para que a intervenção considerada mais adequada seja desenvolvida por uma produção coletiva (Oliveira Corrêa et al., 2020).

A prontidão é um dos fatores mais críticos no desenvolvimento de estratégias preventivas de base comunitária, devendo ser pensada como um trabalho contínuo em um sistema de prevenção (Edwards et al., 2000). Conhecer a prontidão ajuda a implementar estratégias que sejam sensivelmente adequadas às necessidades da comunidade (Niknam et al., 2021). Essa medida é relevante para preparar uma intervenção que seja desafiadora o suficiente para estimular e levar a comunidade adiante no nível de prontidão. Entretanto, a intervenção não pode ser muito ambiciosa, pois não terá aderência da comunidade, por não estar, ainda, pronta para esse desafio. Portanto, traçar planos com o intuito de desenvolver a prontidão e combinar a intervenção ao nível da comunidade para a prontidão em cada demanda alvo é essencial para o sucesso de estratégias preventivas comunitárias (Plested et al., 2006).

Especificamente sobre o conhecimento das demandas de álcool e outras drogas e violência (Dimensão E) e recursos disponíveis para apoiar os esforços da prevenção (Dimensão F), verificou-se que a comunidade se encontra no segundo estágio, apresentando “Negação ou resistência”. Quando a comunidade está neste estágio, o objetivo é aumentar a conscientização e aceitabilidade de que existem demandas a serem trabalhadas na comunidade. Compartilhar os dados sobre os padrões de uso de drogas e os fatores de risco e proteção predominantes nos âmbitos pessoal/pares, familiar, escolar, comunitário, pode ser uma excelente estratégia para que a comunidade comece a compreender seus problemas e desafios dentro de um novo âmbito, baseado em dados locais significativos para a compreensão da dinâmica dos movimentos socioculturais no território (Hawkins et al., 2009).

Na comunidade foco deste estudo, uma das principais estratégias utilizadas foi a discussão dos dados do instrumento “*Communities That Care Youth Survey*” (CTCYS), instrumento para o levantamento de fatores de risco e proteção, que foi aplicado alguns meses depois do instrumento da prontidão, junto à juventude local da comunidade alvo. Esta é uma atividade utilizada pelo *Communities That Care* (CTC), mas também indicada pelo manual do CRM, que sugere a coleta de materiais que descrevem estatísticas locais e serviços disponíveis para atender às demandas da comunidade, além de publicar os resultados dos

testes iniciais sobre essas demandas em boletins locais, de igrejas, clubes, entre outros (Plested et al., 2009).

Nos últimos anos, tornou-se evidente que estratégias preventivas bem-sucedidas exigem a adoção de uma variedade de métodos, através de um planejamento sistemático e uma abordagem colaborativa. Reconhece-se a importância de desenvolver estratégias éticas de prevenção baseadas em evidências, que buscam superar a fragmentação social, reduzir as desigualdades e otimizar o uso dos recursos públicos, garantindo a efetividade das ações implementadas. Um elemento fundamental nessa abordagem é a realização de um diagnóstico do contexto de implementação, compreendendo dados epidemiológicos, fatores de risco, fatores de proteção e de prontidão (Pedroso et al., 2019; Sloboda & Petras, 2014).

Na adaptação cultural Croata do CTC, os dados de prontidão foram analisados através do CKIS com complemento do CRM. Os resultados evidenciaram a relevância do diagnóstico da prontidão e seu efeito na racionalidade da comunidade que possibilitaram uma série de acordos na comunidade para aprimorar a organização da coalizão e, com isso, melhorar a intervenção preventiva em si (Basic, 2015). A relação direta e significativa entre a prontidão comunitária, o funcionamento da coalizão comunitária e a eficácia percebida do sistema CTC foi também evidenciada no estudo de Feinberg, Greenberg e Osgood (2004).

As estratégias, sistemas e/ou programas preventivos que têm alcançado sucesso, evidenciam que, esforços realizados pelas próprias pessoas *da* comunidade têm mais chances de ter um impacto positivo e sustentável *na* comunidade. Ou seja, quanto mais os recursos e esforços da comunidade são aproveitados, quanto mais culturalmente adaptada está a estratégia para a comunidade específica, maior eficácia na ação preventiva. Para isso, a comunidade precisa estar intimamente envolvida no planejamento e implementação de todas as etapas do processo e em cooperação e colaboração com agências presentes no território (Burlew et al., 2013; Edwards et al., 2000; Pedroso et al., 2019).

Considerações Finais

A prontidão tem sido apontada como um pré-requisito para a implementação de intervenção preventiva bem-sucedida, pois transformam crenças e normas sociais e aumentam a conscientização sobre as demandas por líderes e partes interessadas da comunidade. Focar na prontidão produz autonomia, empoderamento e o engajamento comunitário às ações preventivas, além de buscar diminuir a lacuna histórica presente entre o saber científico e a

comunidade, baseado na responsabilidade social. Neste sentido, desenvolver projetos ou adaptar sistemas para o Brasil que trabalhem a prontidão comunitária pode ser uma importante iniciativa para fortalecer as ações de prevenção comunitária do país.

O presente estudo buscou descrever o processo de adaptação transcultural do *Community Readiness Model* (CRM) em uma comunidade brasileira, no contexto da adaptação cultural piloto do Sistema de Prevenção *Communities That Care* ao Brasil. As comunidades variam muito na sua prontidão para experimentar novas estratégias de prevenção e ter abertura para realizar mudanças e o CRM apresenta uma contribuição única ao fornecer um meio sistemático de avaliar e mensurar a prontidão e fornecer sugestões de estratégias sistematizadas para desenvolver a comunidade, conforme o seu estágio para mudança. Os fatores que afetam a prontidão comunitária, quando compreendidos, podem ser utilizados para orientar uma série de decisões no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas, como a experiência piloto relatada neste estudo.

Identifica-se a necessidade de implementação de propostas mais complexas no âmbito da prevenção no contexto brasileiro, passíveis de serem avaliadas enquanto possibilidades de disseminação como políticas públicas, em diálogo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial, o Sistema Único de Assistência Social, o Sistema de Educação e de Cultura, já que todos têm na territorialidade a sua base de sustentação. Deve-se, contudo, considerar a complexidade da construção de ações preventivas em moldes da prevenção baseada em evidências, ainda recente na trajetória dos estudos brasileiros sobre a temática preventiva. Ao mesmo tempo, há de se desenvolver uma sincronia com a diversidade sociocultural das comunidades brasileiras e com a trajetória das intervenções comunitárias no país, que trazem uma história muito rica de contribuições teóricas e metodológicas.

É importante destacar algumas limitações do presente estudo, como a limitação para expansão dos achados, pois o instrumento foi aplicado em uma única comunidade brasileira, do sul do Brasil, o que não contempla a diversidade regional e sociocultural da realidade comunitária em nosso país. Há limitações, também, do processo de adaptação cultural do instrumento, pois não foi realizada a tradução reversa, nem a validação de conteúdo pelos líderes comunitários. Entretanto, como um estudo pré-piloto, teve a função de realizar uma experiência pioneira para o Brasil em termos de avaliação da prontidão comunitária, trazendo importantes contribuições para o início de uma adaptação cultural, auxiliando, no futuro, em

um processo de mais robusto de validação do CRM para nosso país, exigindo, assim, novos estudos.

Referências

- Basic, J. (2015). Community Mobilization and Readiness: Planning Flaws which Challenge Effective Implementation of Communities that Care (CTC) Prevention System. *Substance Use and Misuse*, 50(8–9), 1083–1088.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007655>
- Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., & Calsyn, D. A. (2013). Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 440–460. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774811>
- Chilenski, S. M., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347–365.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20152>
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9)
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: a study of communities that care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3–4), 163–176.
<https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027003.75394.2b>
- Frandoloso, T. (2023). *Avaliação da fidelidade do processo de implementação piloto do sistema de prevenção comunidades que cuidam* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Freitas Campos, R. H. (2015). *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Vozes.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
<http://197.249.65.74:8080/biblioteca/handle/123456789/707>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(9), 789–798.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.141>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *O projeto de reformulação das estatísticas econômicas: 2014*.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv92712.pdf>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., & Cargo, M. (2015). Assessing community readiness online: A concurrent validation study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1953-5>

- Niknam, M., Omidvar, N., Amiri, P., Eini-Zinab, H., & Kalantari, N. (2021). Community readiness for childhood obesity prevention programs: findings from an urban population in Iran. *Health promotion international*, 36(3), 824-835. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa101>
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Kelly, K. J., & Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *Substance Use and Misuse*, 30(6), 659-683. <https://doi.org/10.3109/10826089509048752>
- Oliveira Corrêa, A., Brown, E. C., Lee, T. K., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Eisenberg, N. (2020). Assessing Community Readiness for Preventing Youth Substance Use in Colombia: a Latent Profile Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(2), 368-381. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00191-1>
- Oliveira Corrêa, A. (2014). *Adaptação e validação do Communities That Care Youth Survey (CTCYS) para uma comunidade brasileira: um estudo piloto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/17238>
- Parker, C. J., Winston III, W., Simpson, T., & Brady, S. S. (2018). Community readiness to adopt the Communities That Care prevention system in an urban setting. *American journal of preventive medicine*, 55(5), S59-S69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.022>
- Pedroso, R. T., Juhásová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). Evidence-based science in public policies for reinventing alcohol and drugs use prevention. *Interface: Communication, Health, Education*, 23, e170566. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). *A Handbook for Successful Change*. Retrieved from http://warehouse.olc.edu/~moapple/socialwork_old/OnlineLibrary/ReadinessHandbook.pdf
- Plested, B. A., Jumper-Thurman, P., & Edwards, R. W. (2009). *Community Readiness: Advancing "this issue" prevention in Native communities* (Community Readiness Model Manual, Revised Edition). Fort Collins: Ethnic Studies Department.
- Pozzo, R., & Virgili, V. (2021). Community readiness for local COVID-19 management. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 5, 602200. <https://doi.org/10.3389/frma.2020.602200>
- Sloboda, Z., & Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2>
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., & Linkh, D. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature.

Journal of Primary Prevention, 27(6), 599–617. <https://doi.org/10.1007/s10935-006-0062-8>

- Thurman, P. J., Plested, B. A., Edwards, R. W., Foley, R., & Burnside, M. (2003). Community readiness: The journey to community healing. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 27–31. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399990>
- Thurrow, C. F. (2020). *Aplicabilidades e propriedades psicométricas do Communities That Care Youth Survey (CTCYS): Subsídios para sua adaptação cultural ao contexto brasileiro*. [Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/221268>

6 DISCUSSÃO INTEGRADA

Nesta seção busca-se refletir sobre a relevância do fenômeno da prontidão comunitária para o Brasil e os desafios para a futura implantação do CQC em nosso país, alcançando assim, o quarto objetivo específico tese. Discorre, portanto, sobre pontos comuns e divergentes dos dois modelos utilizados na tese para mensurar prontidão comunitária: “*Community Key Informant Survey*”(CKIS), modelo integrado na adaptação do sistema preventivo *Communities That Care* (CTC) que possui 76 itens e 15 dimensões; e o “*Community Readiness Model*”(CRM), em formato de entrevista com 23 itens e 06 dimensões.

A escala CKIS possui, dentre suas dimensões, itens que não são apenas voltados aos programas de prevenção ou ao que se chama de maneira abrangente de “comportamentos problemáticos dos adolescentes” ao tratar dos desfechos alvo do sistema. A escala conta, também, com perguntas gerais sobre a organização e clima comunitário (por exemplo: “você pode confiar nas pessoas?” ou “as pessoas são muito unidas?”). Apesar de sua relevância para compreender a prontidão de uma comunidade, para fins de comparação entre os instrumentos, foram considerados apenas itens da escala com foco claro nos desfechos.

Já o modelo do CRM tem uma trajetória de três décadas de estudos e adaptações. Suas perguntas são voltadas para o desfecho ou demanda que foi eleito na comunidade como alvo para uma possível intervenção. Nesta pesquisa, foram considerados como desfechos as problemáticas de “abuso de álcool e outras drogas” e “violência”, principais desfechos do sistema CTC. Desse modo, as perguntas da entrevista estavam focadas nas atitudes das lideranças, dos recursos existentes e dos serviços de prevenção presentes na comunidade. Além do conhecimento e atitudes sobre os desfechos alvos (drogas e violência).

Das seis (6) dimensões analíticas do CRM, quatro (4) deles são voltados exclusivamente à programas, ações de prevenção, chamados de ‘esforços’. Estas dimensões incluem a “Esforços” e “Conhecimento da comunidade sobre os esforços” (A e B), “Liderança” (C) e “Recursos” (F). Já as dimensões D e E, “Clima” e “Conhecimento”, respectivamente, são focadas no desfecho, demanda de drogas e violência na comunidade.

O modelo de avaliação utilizado no CQC tem 15 dimensões, porém percebeu-se, ao realizar esta aplicação piloto da escala e iniciar sua validação psicométrica para o Brasil, que a divisão de dimensões não está precisa em relação aos itens que a compõem (esta questão será melhor explorada no segundo grande tópico da discussão). Por este motivo, não foi

possível uma sobreposição simples das dimensões dos instrumentos. As aproximações foram possíveis a partir de alguns itens comuns, tanto da entrevista (CRM), quanto da escala (CKIS).

A seção de integração das análises foi dividida entre (1) a possibilidade de integração das informações obtidas pelos modelos no Distrito de Santo Antônio de Lisboa; e (2) devolutivas sobre os instrumentos de prontidão. A comparação entre os modelos de avaliação da prontidão só pode ser realizada no Distrito de Santo Antônio de Lisboa em Santa Catarina, pois a entrevista do CRM foi possível de aplicada apenas nessa comunidade. Os dados do distrito de Parelheiros, comunidade de São Paulo, foram analisados somente com o uso do CKIS, explorado no segundo artigo presente nesta tese.

6.1 A PRONTIDÃO COMUNITÁRIA DO DISTRITO DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA

Santo Antônio de Lisboa é uma comunidade histórica que ainda cultiva elementos da colonização açoriana na arquitetura, cultura, artesanato e pesca. Hoje, a região é compreendida como um polo turístico e gastronômico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000). Entretanto, os quatro bairros do distrito apresentam diferenças relevantes em suas características. Enquanto uns enfrentam especulação imobiliária de condomínios e *beach clubs*, outros concentram a maior parte dos trabalhadores dos restaurantes e lidam com maiores dificuldades socioeconômicas. Alguns elementos unificam o distrito, como as lutas por saneamento básico e as festas que exaltam a história e cultura da comunidade.

A prontidão comunitária foi mensurada no distrito por meio da escala com os líderes-chave ($N = 36$) em agosto de 2021 e da entrevista com a coalizão comunitária ($N = 6$) em março de 2022. A amostra de respondentes dos líderes-chave, grupo maior, é composta por pessoas de todos os bairros do distrito, sendo que 44.4% ($n = 16$) dos respondentes eram de Santo Antônio de Lisboa, bairro que dá nome ao distrito. Representavam diferentes setores, como serviços públicos de saúde, educação, assistência social, associações comunitárias, serviços de segurança, ONGs, entidades religiosas, comércio local, entre outros. Na amostra de líderes-chave, 47.1% ($n = 16$) tinham entre 51 e 70 anos e 52.9% ($n = 18$) tinham pós-graduação. Eram de ambos os sexos e 80.6% ($n = 28$) residiam a mais de dez anos na comunidade. Foram questionados sobre sentir-se parte da comunidade e 94.3% ($n = 33$) dos líderes-chave concordaram com a afirmativa.

Os membros da coalizão comunitária, grupo menor, responsável pelas ações do CQC no cotidiano da comunidade, também representavam todos os quatro bairros do distrito e seu tempo de residência na comunidade variou de 10 a 43 anos ($M = 26.8$, $DP = 13.9$). Eram de ambos os sexos, a maioria ($n = 4$) aposentados³, com idade entre 37 e 78 anos ($M = 61.7$, $DP = 14.5$). O senso de pertencimento e afeto presente no distrito pôde ser observado na visão da comunidade, construída pela coalizão, após o segundo treinamento do sistema CQC:

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

A articulação de uma comunidade se baseia na habilidade dos membros de compartilhar as informações pertinentes, para que então se possam realizar as mobilizações necessárias no cuidado comunitário. No Distrito de Santo Antônio de Lisboa, 67.7% ($n = 21$) dos líderes-chave discordam que há o compartilhamento de informações sobre saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes. A coalizão, por sua vez, confirma este resultado ao classificar o conhecimento da comunidade como “vago” e “superficial” sobre suas demandas: “*Eu acho que é pouco o conhecimento que eles têm dos problemas da comunidade. Tem pessoas bem informadas, né? E têm outras que não tem nem noção, a grande maioria não tem informação. Eles comentam só, mas não sabem [...] é superficial.*” (#1).

Os meios de compartilhamento, nesse aspecto, são fundamentais para a efetividade da publicização das informações. Os líderes-chave se mostraram divididos (55.2%, $n = 16$ concordam e 44.8%, $n = 13$ discordam) ao responder se os membros da comunidade participam de reuniões para discutir as questões de saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes. A coalizão reafirma a preocupação da comunidade, mas evidencia a dificuldade de alcance atual das ações efetivas na comunidade, em meio ao universo virtual, especialmente pós-pandêmico:

Esses dias numa reunião da associação, foi uma reunião virtual, foi uma síndica do condomínio aí: “eu vim aqui na reunião porque vocês nunca falam do tema da violência, da segurança, etc.”, xingou, “vocês tem que botar isso aí na pauta”. Aí a resposta foi “mas a gente faz isso, a gente faz o ofício”. O pessoal faz isso, se preocupa, mas em termos de ação prática, não tem muito que fazer. Não tem governabilidade sobre o tema. Então a preocupação existe, as associações se preocupam com isso, mas têm pouca eficácia na luta. Porque não tem instrumento... é chamar a polícia (#4).

³ Maior detalhamento dos dados da coalizão está presente na Tabela 1 do artigo 3 presente neste trabalho.

A comunicação intradistrital acontece majoritariamente por meio de grupos de *WhatsApp*: *“tem uns 3 ou 4 grupos aqui que funcionam muito bem, sobre segurança”* (#4). Ou ainda, no “boca-a-boca”: *“tipo assim: ‘lá embaixo a casa foi assaltada’, [...] um fala pro outro e fala pro outro. Essa é a rede de comunicação de informes, mas ela é muito ruim aqui.”* (#5). Os membros da coalizão perceberam a necessidade de investir nos meios de comunicação da comunidade, como uma rede efetiva de comunicação, a utilização de reuniões já existentes para fazer divulgações de dados, ou ainda o aproveitamento dos eventos culturais da comunidade. Outras ideias surgiram, pensando em mídias sociais, para complementar os meios digitais: *“antigamente tinha o carro de divulgação igual o ‘carro da pamonha’, é antiga, mas acho que é mais dinâmico que as redes sociais.”* (#6).

Os dados sobre drogas e violência ainda passam pelo “crivo moral” e muitas vezes há uma resistência em se deparar e compartilhar os dados: *“Muito pouco. Se conhece é muito passivo, varre pra baixo do tapete”* (#4); ou *“Por que as pessoas ainda tem tabu de falar das drogas. Elas sabem que existe, mas... não falam a respeito disso [...], não é uma coisa aberta.”* (#6). Os membros da coalizão compreendem a necessidade de trazer um conhecimento mais crítico e técnico para a comunidade, sobre a condição de possibilidades para que alguém desenvolva uma relação problemática com as drogas, ou ainda *“o ‘porque alguém chegou no álcool?’, ‘porque alguém chegou nas drogas?’ que é isso que nós temos que procurar resolver. Esse conhecimento que as pessoas não têm. Eles não têm...esse olhar. E esse olhar é que vai mudar.”* (#1).

A atitude desta comunidade sobre os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas por adolescentes, passa pela postura de “normalização” do próprio uso. Com relação ao tabaco, 71.0% ($n = 22$) discordam que é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes. Sobre o uso de drogas ilegais, como a maconha (71.9%, $n = 23$), cocaína, crack ou ecstasy (87.5%, $n = 28$) os líderes-chave também discordam que seu uso pode ser considerado normal no desenvolvimento dos adolescentes. Apesar de discordarem, membros da coalizão se preocupam com a naturalização do comportamento do uso da maconha no território: *“aqui é muito generalizado o uso da maconha. [...] o baseado tu compra baratinho. Então assim, é muito comum tu ver a gurizada fumando baseado já com 13, 14 anos, entendeu? É muito difícil não tá envolvido com fumar, é ser muito brega não fumar”* (#4). No bairro com os menores índices de renda do distrito, a preocupação se expande para o

comércio ilegal: “*é louco, porque ao mesmo tempo em que é naturalizado, se essa criança for trabalhar no tráfico com 12 anos não vai ser um choque*” (#5).

O uso do álcool tem uma posição de maior normalização, pois se discute que o seu uso é ainda mais generalizado pelas pessoas da comunidade, presente na cultura local e no interior das famílias: “*tem muito mau exemplo familiar, principalmente. Uma cultura que favorece muito o uso de álcool principalmente, [...] é muito liberal [...]. Aí colocam lá ‘sextooooou’, e aí é cerveja e tudo mais no grupo, aí tem criança no grupo de WhatsApp.*” (#6). O álcool e outras drogas adquirem função de escape da realidade e se torna parte significativa do lazer e comércio local.

É uma lógica de escape mesmo desse rodo cotidiano que a maioria deles vive. Então assim, é bem comum a gente ver crianças indo comprar cigarro, cerveja ou seda que independente se a pessoa vai fumar, o [...] certo não seria uma criança comprando sabe, mas aqui é bem normalizado as crianças entram e saem do bar, enfim.[...] porque eu acho que no fundo todo mundo sabe tá errado, mas não faz nada efetivamente para melhorar (#5).

Entretanto, 68.8% ($n = 22$) dos líderes-chave discordam que a maioria das pessoas está comprometida em buscar soluções para os problemas da comunidade. A coalizão compreende que a comunidade é implicada e preocupada, porém, não apresenta ações práticas sobre suas demandas: “*acho que é mais passiva do que ativa. É, reclama pontualmente, mas não... atitude, atitude mesmo, ativa, muito pouco*” (#4); ou “*acho que tem esse ímpeto de ajudar. Talvez falte um pouco a faísca, o projeto né, ter que como executar tem, acho que chama bastante gente interessada em se engajar nisso.*” (#6). Um dos motivadores para buscar soluções sobre a violência, relacionada ou não com as drogas, é o medo: “*o que nos move muito é medo né? Então as pessoas têm medo e elas querem solucionar esse problema da violência para que não ocorra em Santo Antônio*” (#1).

A coalizão ressalta que a atitude de chamar a polícia é apenas paliativa: “*a ação não existe porque eles não sabem como fazer. [...] você ligar pra policia[...]Mas, você tem que resolver o problema na raiz e não seria assim, né? Não é a polícia nem a lei que vai resolver*” (#1). A solução apontada pela própria coalizão foi a prevenção e educação, como afirma #4: “*é atacar a causa e não a consequência. [...] E é a longo prazo, tem que ter paciência*”. Os líderes-chave da comunidade também concordaram (70.8%, $n = 17$) que programas para prevenir o abuso de álcool e outras drogas na adolescência podem ser efetivos e econômicos. Em comparação ao tratamento, um dos membros da coalizão descreve que “*de longo prazo a prevenção e a educação é o único jeito para aumentar o nível da qualidade. Tratamento e*

reabilitação, [...] sou muito rígido nessa, não vi muito resultado. Pra mim, melhor aplicação é na prevenção do que no tratamento” (#3).

Ainda sobre a opinião da efetividade de estratégias preventivas, 75.8% ($n = 25$) dos líderes-chave concordam que é possível reduzir os problemas dos adolescentes através de programas de prevenção. No entanto, outros 69.7% ($n = 23$) acreditam que a maioria das pessoas da comunidade acha que NÃO pode fazer nada para prevenir o uso de álcool e outras drogas. A coalizão compreende que essa descridibilização da comunidade em geral sobre prevenção, passa pela perspectiva moral da população sobre as drogas e outros conflitos com a lei, como verificado no relato de uma pessoa da coalizão: *“tem esse pessoal que acha que tem que ser repressão, tem que prender todo mundo. [...] Que acha que bandido bom é bandido morto. [...] Isso é um discurso comum. Pensar na outra parte, de direitos humanos, de prevenção, etc., é uma minoria” (#4).*

Os líderes-chave ainda discordaram em 79.3% ($n = 23$) que as organizações e instituições da comunidade coordenam estratégias para prevenir comportamentos problemáticos em adolescentes. As respostas da coalizão confirmaram esse achado: *“a gente está totalmente desarticulado do conselho comunitário” (#5).* Membros da coalizão lembraram-se de movimentos do distrito em que houve essa mobilização, como a situação descrita por #6: *“aconteceu violências e a população chamou para o movimento, fizeram uma caminhada, daqui até Santo Antonio, chamando as autoridades para que tivesse posto policial. Não acho ideal, mas foi interessante. Houve uma mobilização”.* O projeto mais recente instalado foi o “vizinho solidário”, conforme conta #4: *“só esse projeto andou mais. Nós temos um grupo de WhatsApp, direto com a polícia, que a gente avisa: ‘ó, tem a pessoa estranha aqui, tem alguma coisa acontecendo’. É isso o que tem”.* Entretanto, estas estratégias ainda não são de prevenção. Segundo os líderes-chave, há uma concordância de 97.2% ($n = 35$) sobre a urgência de programas de prevenção para o uso de álcool e outras drogas, crime ou conflito com a lei e abandono escolar na comunidade. No que diz respeito à urgência em estratégias preventivas para violência, o percentual de concordância cai levemente para 91.7% ($n = 33$). Entretanto, a abertura para a efetivação de práticas preventivas é mais difícil de encontrar, mostrando a contradição entre a idealização e a ação coletiva concreta.

Há uma divisão sobre a crença de que a prevenção de comportamentos problemáticos entre adolescentes é responsabilidade de todos, 51.5% ($n = 17$) dos líderes-chave concordam, enquanto, 48.5% ($n = 16$) discordam. Já para a coalizão, a responsabilização da comunidade

como um todo, é uma necessidade clara: “*eu acho que, na verdade, há bastante esforço de poucas pessoas*” (#5) e “*nós não podemos fechar os olhos e é melhor a gente estar de antena ligada, predisposto a ajudar [...] como cidadão é difícil, mas fazendo nosso papel junto com quem é de interesse, todos nós somos os olhos da comunidade*” (#2).

A responsabilização, assim como a necessidade de ação, ainda está concentrada em nível mesossocial e, em alguns casos microssocial, como no interior da família: “*dentro da família a preocupação é grande, mas em geral para o bairro não importa. Cada um tem o próprio problema. Uma vez que a família tem um jovem viciado, daí é problema dele. Como ele vai resolver? Ninguém sabe, mas ninguém se mete*” (#3); ou individualmente, como exemplifica: “*Em todos os anos eu levei ‘o fulano’ para três instituições de tratamento. Nesse momento era a única resposta para fazer alguma coisa. Então, a comunidade sou eu. A comunidade é você também, somos todos. Eu assumi, nesse momento, essa frente*” (#3).

No entanto, 80.0% ($n = 24$) dos líderes-chave concordam que organizações e instituições da comunidade aceitariam um papel específico na implementação de um plano para prevenir comportamentos problemáticos entre adolescentes. Na opinião da coalizão, essa é uma demanda a ser tratada como urgente, pois “*se integrar e construir, se dispor a fazer junto é difícil. É difícilimo*” (#2); “*precisa perguntar para eles realizar esse trabalho voluntariamente. Espontaneamente eles não enxergam. Outra coisa, se alguém faz uma tarefa, outra pessoa não vai ajudar. A tarefa é de quem assume*” (#3). A postura dos membros da comunidade ainda é muito passiva: “*ficam como público, ou apoiando de longe, ou indo nas aulas, mas assim, trabalhar para que a coisa acontecer efetivamente eu acho que são poucos*” (#5).

Os líderes-chave discordam em 65.6% ($n = 21$) de que as pessoas da comunidade sabem sobre programas de prevenção, e este percentual aumenta para 80.8% ($n = 21$) quando a pergunta é direcionada para o conhecimento dos líderes sobre programas preventivos locais para reduzir a incidência de comportamentos problemáticos em adolescentes. Esse percentual se confirma nas respostas da coalizão, pois os membros demonstraram não conhecer muito sobre programas de prevenção ativos na comunidade: “*além do CQC não. Eu não conheço aqui*” (#2). O contexto pandêmico atravessou algumas estratégias: “*um grupo de alcoólatras anônimos. Eles queriam fazer um projeto aqui, mas aí depois veio a pandemia, [...] eles queriam até fazer um trabalho na escola. Achei interessante [...] Se teve outra coisa eu não sei, mas acho que não*” (#1). Entretanto, é no bairro do distrito com maior vulnerabilidade

social que estão localizadas as iniciativas mais estáveis, de inclusão social através de esportes e cultura:

Tem um projeto de natação [...] também a oficina de Muay Thai e jiu-jitsu, [...] tem esses dois projetos aqui. Eles são bem bons, eles funcionam e veja que não tá tendo nada lá embaixo então né, diante disso, já é algo interessante que essas pessoas se propuseram a tocar esses projetos, mesmo nesse contexto de pandemia e não sei o que lá... Porque sabiam que as crianças ficam em casa né, então elas ficam mais expostas a situações de violência de abuso e de várias coisas, porque não tem escola (#5).

Sobre a característica das lideranças, a coalizão comunitária classifica-as como preocupados: “os mais velhos aqui, eles se preocupam bastante” (#5) e “tem líderes muito fortes e esses líderes têm boa vontade e vai pra frente, tá?” (#1). Compreendem que apenas alguns líderes possuem conhecimento técnico para lidar com as demandas da comunidade: “alguns líderes são bem formados para enfrentar o problema do uso de drogas com o que fazer e como fazer, mas a grande maioria não sabe o que fazer nem como. Existe até uma vontade só que elas não sabem nem como fazer”; e continua “tanto que a gente vê no CQC um grande projeto, uma ajuda para a gente poder resolver, entendeu?” (#1).

Para qualquer intervenção comunitária, recursos financeiros, de equipe, de tempo dedicado, são essenciais para sua viabilidade. Os líderes-chave discordam que o distrito tem recursos disponíveis (96.6%, $n = 28$) e que as organizações presentes na comunidade compartilham os recursos que tem para implementar iniciativas focadas nos adolescentes desta comunidade (76.9%, $n = 20$). A coalizão afirma que, organizações como igrejas e escolas costumam oferecer espaço e recursos para os projetos: “oferecem voluntariado, espaço [...] oferecem a sala. Eles...se preocupam já com recursos financeiros, arrecadar fundos, coisas assim, pra poder ajudar” (#1). E as lideranças “fazem toda a gestão para que isso aconteça né. Elas que vão atrás de financiamento. Elas mesmas que foram atrás de recursos para reforma dos espaços, para ônibus, essas coisas” (#5).

Estes dados demonstraram que a comunidade de Santo Antônio de Lisboa, segundo seus líderes-chaves e membros da coalizão comunitária do CQC é idealmente implicada e preocupada com o desenvolvimento saudável dos jovens, porém, precisa investir muito mais em ferramentas para conhecer, analisar e atuar sobre as demandas da comunidade e sobre estratégias efetivas para prevenir que questões locais se tornem problemas mais graves no futuro, tanto no nível individual, quanto no familiar e no comunitário. A experiência, posterior a pandemia, demonstra uma inundação de informações virtuais que não tem se demonstrado efetivas como únicas formas de mobilização e compartilhamento de informações. É preciso

melhorar as estratégias de comunicação comunitária, a fim de aumentar o compartilhamento de informações confiáveis e construtivas dentro do distrito.

O resultado do CRM demonstrou que, segundo a percepção dos membros da coalizão comunitária, as pessoas deste território ainda estão no nível 2, de “Negação e resistência” em relação às ações preventivas para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e violências, colocando como uma tarefa urgente a ser trabalhada para melhorar o nível de prontidão e, desta forma, facilitar a implementação de estratégias preventivas comunitárias baseadas em evidências.

O conhecimento sobre dados confiáveis acerca das necessidades, valores e demandas da comunidade, bem como, sobre programas de prevenção baseados em evidências, está previsto na implementação das próximas fases do CQC na comunidade. Na fase 3 do sistema deve ser realizado a discussão dos dados sobre os fatores de risco e proteção da juventude local, para nas fases seguintes (4 e 5) construir o plano de prevenção com base nestes dados, escolhendo estratégias baseadas em evidência, implementá-las e avaliadas em sua efetividade na comunidade.

Uma devolutiva sobre os dados de prontidão foi realizada em reunião ampliada com a coalizão e líderes comunitários em abril de 2023. Na ocasião foram apresentados os dados de ambas as coletas de dados e a coalizão foi estimulada a montar um plano de ação para melhorar a prontidão da comunidade. As ideias que surgiram a partir desta reunião foram: (a) construção de um canal digital efetivo nas mídias sociais, que a equipe de comunicação da coalizão comunitária está responsável; (b) produção de materiais impressos de divulgação e publicização das ações realizadas no distrito; (c) participação nas reuniões das associações presentes no distrito, buscando articulação; e (d) realização de reuniões abertas à comunidade para divulgar as ações realizadas e apresentar a proposta preventiva para o público geral. Porém, a comunidade de Santo Antônio de Lisboa teve o processo de implementação do CQC interrompido na fase 3, devido à falta de recurso para a continuidade do projeto.

Os membros da comunidade buscaram outras fontes de recurso para subsidiar as demais fases do sistema. Retomaram as atividades em março de 2024, visando concluir todas as cinco fases e buscar completar todas as atividades do sistema de prevenção “Comunidades que Cuidam” em Santo Antônio de Lisboa.

6.2 DEVOLUTIVAS SOBRE OS INSTRUMENTOS DE PRONTIDÃO

As reflexões desta seção abordam os dois instrumentos de prontidão explorados nesta tese. Até este momento, os instrumentos foram identificados pelos seus nomes originais, em inglês (“*Community Key Informant Survey*” - CKIS e “*Community Readiness Model*” - CRM), para facilitar o reconhecimento dos modelos de mensuração. A partir deste momento, serão identificados pelos nomes traduzidos para o português: “Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave” e “Entrevista sobre Prontidão Comunitária”, respectivamente. As seções a seguir explanam as devolutivas recebidas na primeira aplicação dos instrumentos em comunidades brasileiras e ressalta os desafios para a próxima etapa de adaptação cultural de ambos.

6.2.1 Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave

A “Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave” (tradução do CKIS) é o modelo integrado na adaptação do sistema de prevenção “Comunidades que Cuidam” (CQC). Possui 76 itens, divididos inicialmente em 15 dimensões: (a) Questões econômicas; (b) Organização comunitária; (c) Responsabilidade compartilhada; (d) Coesão comunitária; (e) Liderança eficaz; (f) Resolução de Conflito; (g) Eficácia coletiva; (h) Disponibilidade de drogas na comunidade; (i) Normalização do uso de drogas; (j) Percepção do nível de risco do uso de drogas; (k) Colaboração entre membros e setores; (l) Engajamento comunitário; (m) Abertura para mudança; (n) Apoio da comunidade para a prevenção; e (o) Urgência na prevenção.

A escala passou por sua primeira tradução para o português brasileiro, como produto desta tese. Esta primeira tradução foi realizada por quatro especialistas bilíngues, pesquisadores na área da prevenção no Brasil, participantes dos três grupos laboratórios envolvidos no macro projeto (PSICLIN, NEPSIS e PERLA). Comparadas as traduções chegou-se a um consenso para o que seria melhor tradução para a realidade brasileira. O processo criterioso de adaptação cultural do instrumento não pode ser inteiramente respeitado, tendo em vista os prazos de início do macro projeto e a realização do primeiro treinamento nas comunidades, com os líderes-chave. Sendo assim, não houve tempo hábil da realização da *back translation*, antes da aplicação piloto. A escala traduzida foi aplicada nos Distritos de

Parelheiro, em São Paulo (SP), em uma amostra com 34 líderes-chave e em Santo Antônio de Lisboa, Santa Catarina (SC), com 36 líderes-chave, em agosto de 2021.

O “Questionário de Fatores de Risco e Proteção da Juventude” (tradução do *Communities That Care Youth Survey*), é também um instrumento integrado à implementação do CTC e possui uma série de artigos que descrevem processos de adaptação cultural e evidências de validade do instrumento em outras culturas e países (Thurrow et al., 2020; Thurrow et al., 2021). A escala de prontidão comunitária, diferente do questionário sobre fatores de risco e proteção, possui apenas o estudo de Oliveira Corrêa et al. (2020) que apresentam evidências sobre a validade psicométrica da escala para a realidade da Colômbia. Notou-se a falta de estudos que explorem os dados de prontidão das comunidades de maneira descritiva e aprofundada.

Os autores fizeram uma análise dos perfis latentes em 211 comunidades na Colômbia e conduziram uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) de uma estrutura do instrumento, porém não há evidências do respaldo exploratório dessa estrutura para ser confirmada. Selecionaram apenas oito (8) dimensões da escala para análise: “Normal usar”, “Errado usar” (divididas de “Normas contra o uso de drogas por adolescentes”), “Apoio da comunidade para prevenção”, “Abertura para mudança”, “Coesão”, “Resolução de conflitos”, “Liderança eficaz” e “Responsabilidade compartilhada”. Os fatores selecionados obtiveram ajuste de modelo aceitável e cargas significativas $\chi^2(694, N = 211) = 1,208.06, p < 0.001, RMSEA = 0.06, CFI = 0.94, TLI = 0.93$ (Oliveira Corrêa et al., 2020).

As análises de confiabilidade da aplicação do instrumento nas duas comunidades brasileiras, realizadas nesta tese, também indicaram algumas modificações nas dimensões originais que, posteriormente, precisam ser confirmadas em estudo de evidências psicométricas do instrumento que está em andamento. Na inspeção das correlações e dos índices de mudança, observou-se que os itens da escala “Normas sobre o uso de drogas pelos adolescentes” se organizavam em duas escalas diferentes: “Normalização do uso de drogas” e “Percepção do nível de risco do uso de drogas”, como no estudo de Oliveira Corrêa et al. (2020).

A consistência interna baseada no coeficiente Alfa de Cronbach (α) verificada no estudo da Colômbia pôde ser comparada com os resultados das duas comunidades participantes do piloto do sistema no Brasil. Na Colômbia, o menor coeficiente alfa foi em “Resolução de conflitos” ($\alpha = 0.60$) e o mais alto para “Percepção do nível de risco do uso de drogas” – “Errado usar” ($\alpha = 0.89$). Nas comunidades de São Paulo (SP) e Florianópolis (SC)

foram verificados índices altos consistência interna, como $\alpha = 0.98$ em SP para “Disponibilidade de drogas na comunidade”, e $\alpha = 0.91$ em SC para “Organização comunitária”.

Entretanto, foram encontradas algumas dificuldades em escalas diferentes nas comunidades, como a escala de “Resolução de conflito”, que apresentou baixíssima consistência interna na amostra de SC, com $\alpha = 0.25$. Já na amostra de SP, a escala de “Apoio para a Prevenção” foi a que apresentou menor consistência interna, com $\alpha = 0.31$. Estes dados evidenciaram uma necessidade de revisão da estrutura global do instrumento nessa separação de dimensões/escalas.

Os resultados indicaram que a comunidade de São Paulo enfrenta maiores condições de vulnerabilidade em comparação com a de Florianópolis, embora as lideranças de ambas as comunidades mencionem problemas socioeconômicos, como desemprego e baixa renda. As comunidades se destacaram positivamente pela coesão de suas opiniões e ideias sobre a comunidade, seu funcionamento e atitudes em relação à prevenção. No entanto, foi constatada uma dificuldade em ambas as comunidades para implementar mudanças efetivas no território.

As duas comunidades alvo do estudo piloto do CQC no Brasil percebem que as drogas estão disponíveis em seu território e que seu uso é comum entre os jovens e suas famílias, especialmente no caso de drogas lícitas como álcool e tabaco. Por outro lado, o uso de drogas é amplamente reconhecido como um comportamento de risco, prejudicial tanto para a saúde quanto para o ambiente comunitário.

Em relação à pauta preventiva, a maioria das lideranças das duas comunidades reconheceu a urgência em seu investimento. Apesar desse senso de urgência, não há um conhecimento aprofundado sobre estratégias e programas preventivos baseados em evidências, pois as lideranças declararam que a população local tem certo desconhecimento dessas iniciativas. Resultados similares foram encontrados na adaptação do sistema CTC em comunidades da Croácia (Basic, 2015).

Durante a aplicação da Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave foram recebidas críticas sobre o instrumento, a maioria delas devido à sua extensão (“cansativo”, “muito grande”, “repetitivo”). Essa queixa refletiu-se na quantidade de omissões nas respostas, chegando a 50% para alguns itens na amostra de SP e 27% em SC. Uma análise de conteúdo dos itens que constituem as 15 dimensões originalmente propostas permitiu identificar itens similares que se repetem, como por exemplo: “Em sua comunidade, existe uma rede de pessoas que trabalham de forma colaborativa para garantir o bem-estar de

crianças e adolescentes?” e “... as instituições e organizações locais trabalham juntas para resolver problemas da comunidade”. Demonstrou-se complexo separar os itens em 15 fatores isolados, dado à similaridade entre eles e até sua sobreposição de mensuração.

Uma análise psicométrica e sua adaptação transcultural do instrumento está em curso neste primeiro semestre de 2024 e os resultados preliminares já apontam uma crítica para a estrutura interna dividida em 15 fatores. Em Análise Fatorial Exploratória, com rotação *varimax*, identificou a possibilidade de extração de até três fatores: Fator 1- Prontidão comunitária com 39 itens ($\alpha = 0.93$); Fator 2 - Urgência na prevenção com 23 itens ($\alpha = 0.91$); e Fator 3 - Percepção do nível de risco do uso de drogas com 15 itens ($\alpha = 0.79$). Dos 76 itens, dois apresentaram *crossloading* em dois fatores, e cinco apresentaram problema de ajuste ao Modelo de Rasch (*infit* e *outfit*) (Schneider et al., 2024 *in press*).

Com base nessas análises iniciais, uma nova coleta de dados está sendo realizada até final de junho de 2024, envolvendo os 76 itens originais, buscando responder a pergunta: “Qual os melhores ajustes do instrumento na AFC?”. Também está prevista a investigação completa das evidências de validade baseadas no conteúdo do instrumento, com *back translation*, avaliação de juízes e teste *Kappa*, pré-teste cognitivo com grupos focais de líderes-chave e teste piloto. É esperado que, para os próximos ciclos de implementação do sistema CQC no Brasil, a “Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave” já possua evidências de validade para a realidade brasileira e possa ser considerado confiável. Entretanto, a primeira aplicação da escala, relatada nesta tese, ainda que indique a necessidade de sua revisão, demonstra um potencial do instrumento para a mensuração da prontidão comunitária para o Brasil.

6.2.2 Entrevista sobre Prontidão Comunitária

A “Entrevista sobre Prontidão Comunitária” foi baseada no roteiro do “*Community Readiness Model*” (CRM) composto por 23 itens e 06 dimensões. O CRM é o instrumento de avaliação da prontidão comunitária mais antigo, presente na literatura há mais de três décadas (Niknam et al., 2021). Demonstrou versatilidade, capacidade e facilidade de adaptação ao ser implementado em uma diversidade de comunidades e países, contando com uma revisão sistemática com 40 estudos empíricos baseados no modelo desde 1999 até 2013 (Kostadinov et al., 2015). O modelo ainda apresenta evidências de confiabilidade (Plested et al., 2009).

O roteiro da Entrevista sobre Prontidão Comunitária é focado em desfechos pré-estabelecidos, o que oferece a cada comunidade a liberdade de adaptação para suas necessidades. Na presente pesquisa, o roteiro foi adaptado em sua demanda foco, utilizando-se os desfechos principais do sistema de prevenção CQC, o abuso de drogas e a violência. A tradução do roteiro foi realizada e avaliada sobre a clareza e preservação das características originais, por pesquisadores do PSICLIN e NEPSIS. Um teste piloto com um pequeno grupo de outra comunidade em Florianópolis foi realizado para verificar a aceitabilidade e compreensibilidade do roteiro.

A entrevista foi realizada com a coalizão da comunidade de Santo Antônio de Lisboa ($N = 6$) de Santa Catarina, em março de 2022. A escolha da comunidade se deu mediante conveniência, tendo em vista o período pandêmico e a ausência de verba disponível o deslocamento da pesquisadora para a segunda comunidade. O escore geral de prontidão da comunidade de Santo Antônio de Lisboa atingiu 2.67 (nível 2), estágio de “Negação/resistência”. A avaliação dos estágios de prontidão no modelo varia de “Sem conhecimento” = nível 1, até o estágio máximo de “Alto nível de propriedade comunitária” = nível 9. A comunidade de Santo Antônio de Lisboa variou nos três primeiros níveis do modelo, estando no nível 1 nas dimensões A e B sobre “Esforços da comunidade” e “Conhecimento da comunidade sobre os esforços”. Em nível 2 para “Conhecimento da comunidade sobre a demanda” e “Recursos relacionados à demanda”, dimensões E e F. Atingiu o nível 3, considerado de “Conhecimento vago” nas dimensões C e D, sobre “Liderança” e “Clima da comunidade”. Estes resultados demonstram necessidade de desenvolvimento e avanço da comunidade em termos de sua prontidão para intervenções preventivas no campo de álcool e drogas e violências.

A experiência da entrevista foi avaliada pela coalizão como prazerosa. O local foi de escolha do participante, decisão que possibilitou o conhecimento de lugares afetivos da comunidade para os entrevistados. Como foram eleitos dois desfechos, o roteiro duplicou-se, podendo ser ainda mais breve se apenas um desfecho é escolhido para investigação. Os desfechos investigados na comunidade foram “drogas” e “violência” e devido à complexidade dos fenômenos, em alguns momentos as respostas se sobrepuseram e se confundiram sobre os desfechos.

É indicado que a entrevista seja realizada antes de qualquer intervenção na comunidade. Todavia, uma demanda clara precisa ser escolhida para dar sentido às perguntas da entrevista, como por exemplo: “Que serviços ou projetos estão disponíveis na comunidade

para abordar a ‘demanda’ - álcool e outras drogas - para adolescentes?”. Essa exigência faz com que uma demanda seja determinada pelo entrevistador, baseado em dados já levantados na comunidade, ou que um processo de investigação prévio aconteça para levantar possíveis demandas.

O roteiro da Entrevista sobre Prontidão Comunitária foi classificado como claro e objetivo pela coalizão. Apenas a primeira pergunta do roteiro (“Usando uma escala de 1 a 10, qual é o grau de preocupação sobre os problemas do uso de álcool e outras drogas por adolescentes na comunidade - 1 sendo *Absolutamente nada* e 10 sendo *Uma grande preocupação*? Por favor, explique.”) demonstrou-se uma questão subutilizada, levando em consideração o uso de uma resposta escalar (de 1 a 10) sem uma ferramenta específica de análise. A resposta escalar dada pelo entrevistado é ignorada no processo de análise, sendo desconsiderada, porém, compreende-se que esta é uma pergunta relevante para introduzir o tema. Utilizou-se uma folha com uma escala visual de 1 a 10 para facilitar a resposta dos entrevistados.

Não foram encontrados problemas na compreensão semântica das perguntas. Diferente da Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave a estrutura interna da entrevista está bem estabelecida na literatura. Entretanto, observou-se a ausência de perguntas focadas na história, organização e relação afetiva das pessoas com a comunidade. Sobre essa demanda, sugere-se que a entrevista seja aplicada em associação com a Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave, levando em consideração a possibilidade de combinação das informações, como demonstrado no item 6.1 desta discussão. Ou ainda, a inclusão de perguntas abertas ao final da entrevista, para que não coloquem a estrutura de análise do roteiro em risco.

O processo de avaliação das respostas é bem respaldado nas instruções do manual CRM, contando com uma escala de classificação para ancoragem de respostas e processos de pontuação individuais e a comparação entre avaliadores com o intuito de encontrar os escores de consenso. O cálculo dos resultados por dimensão é realizado por médias, assim como o cálculo do escore geral da prontidão da comunidade. O manual ainda oferece instruções para condução de grupos de trabalho e sugestões de estratégias para evoluir em cada nível de prontidão.

Pesquisas posteriores devem abranger processos de validade de conteúdo e confiabilidade do roteiro da Entrevista de Prontidão Comunitária para a realidade brasileira. A adaptação de todo o CRM é indicado a partir dos resultados iniciais desta pesquisa, tendo em

vista a relevância do modelo para a avaliação, mas também o desenvolvimento da prontidão como estratégia interventiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese buscou descrever o processo de avaliação da prontidão comunitária na implementação piloto do Sistema de Prevenção Comunidades Que Cuidam (CQC) no Brasil. Para atender a este objetivo, foi realizada uma revisão teórico-conceitual sobre prontidão comunitária (Artigo 1) que dissertou sobre o conceito, a história e epistemologia da prontidão, os instrumentos, resultados de alguns estudos e limitações. Essa pesquisa pertence ao macro projeto multicêntrico “Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* no Brasil”, do PSICLIN, laboratório da UFSC ao qual pertencem, do NEPSIS da UNIFESP e do PERLA na Universidade de Miami.

As comunidades que participaram do estudo piloto do CQC foram o Distrito de Parelheiros na cidade de São Paulo e o Distrito de Santo Antônio de Lisboa na cidade de Florianópolis. As duas comunidades foram avaliadas em sua prontidão pela “Escala de Prontidão Comunitária para Líderes-chave” (tradução do *Community Key Informant Survey - CKIS*) na primeira fase de implementação do sistema (Artigo 2). O Distrito de Santo Antônio de Lisboa foi selecionado para a realização da “Entrevista sobre Prontidão Comunitária” (tradução do modelo *Community Readiness Model - CRM*), forma secundária de avaliação da prontidão (Artigo 3). Por fim, produziu-se uma discussão integrada dos resultados de prontidão para o Distrito de Santo Antônio de Lisboa e uma reflexão sobre as vantagens dos dois instrumentos utilizados e os desafios para os próximos ciclos de pesquisa em relação à adaptação e psicometria dos instrumentos.

Esta tese procurou contribuir para a ampliação de propostas preventivas do Brasil, explorando o conceito de prontidão comunitária e duas possibilidades de mensuração, ainda inexistentes no país. Estudos sobre avaliação da prontidão comunitária são incipientes no Brasil e ainda recentes em países Latino Americanos. A escolha dos instrumentos se sustentou na premissa de não se restringir ao modelo de mensuração do CQC (CKIS), examinando também o modelo mais disseminado na literatura internacional (CRM).

Como toda pesquisa que integra um projeto maior, os desafios e limites metodológicos descritos neste trabalho estão relacionados às dinâmicas do macro projeto, prazos e acordos entre as equipes de implementação. Por se tratar de um estudo piloto, muitos processos de pesquisa não puderam ser respeitados devido aos prazos e orçamentos, bem como situações contextuais, como a ocorrência do período pandêmico, que dificultou encontros presenciais e viagens.

Compreende-se que o limite mais significativo enfrentado nesta pesquisa específica foi a falta de tempo para a validação e calibração psicométrica dos instrumentos pesquisados. Processos de validade da escala e da entrevista estão em andamento, porém, não fizeram parte de seu delineamento inicial, tendo em vista que a avaliação da prontidão acontece regularmente na primeira fase de implementação do sistema, não tendo tempo hábil para preparar os instrumentos.

Elementos contextuais também atravessam o fazer científico, especialmente em pesquisas empíricas. O maior desafio enfrentado no estudo piloto do CQC no Brasil foi a pandemia de Covid-19. A implementação do sistema precisou sofrer ainda mais adaptações do que as previstas, como a mudança para o formato completamente virtual, produzindo atrasos em treinamentos e na aplicação dos instrumentos. Outros impactos também foram verificados na fidelidade do sistema e na fluidez da implementação, o que se refletiu também em como os dados de prontidão foram explorados nesta pesquisa. A implementação não alcançou sua última fase e os dados de prontidão não puderam ser comparados, como medicação pré e pós-intervenção, para verificar o impacto do CQC na prontidão.

A comparação direta entre as comunidades de São Paulo e Florianópolis foi evitada, por decisão da equipe técnica das Universidades envolvidas. Avaliou-se que esse não era um objetivo relevante, levando em consideração as singularidades de cada comunidade e que ao compará-las, poder-se-ia levar a um clima competitivo e hierárquico, desviando do objetivo da prontidão que é de compreender as características específicas de cada território, para que, munidos destas informações, as coalizões poderiam pensar em estratégias de desenvolvimento interno.

A entrevista, baseada no modelo CRM, só foi realizada na comunidade de Florianópolis, em função da distância geográfica entre as comunidades e a falta de orçamento disponível para viagens. A pesquisadora pode escolher então, a comunidade que, por conveniência, passou pela segunda forma de avaliação. A comparação intra comunidade, descrita na discussão desta tese só foi possível em uma das comunidades investigadas.

Apesar das limitações presentes nesta pesquisa, considera-se que as contribuições iniciais foram essenciais para mobilizar as coalizões comunitárias. Defende-se o valor da prontidão e o uso de instrumentos confiáveis para a compreensão do contexto comunitário em sua complexidade. A prontidão se baseia na autonomia da comunidade e no desenvolvimento de um processo autêntico, focado nas suas próprias necessidades e valores, além da possibilidade de produzir mudanças e construção de um racional saudável e científico para

intervir em suas demandas. Estudos teóricos se fazem necessários para compreender como a ideia de prontidão se relaciona com outros saberes tão bem consagrados, como a psicologia comunitária e sócio-histórica do Brasil.

Sugere-se ainda que sejam produzidos estudos sobre os instrumentos para explorar suas características psicométricas, como estudos de consistência interna, baseados em seu conteúdo, Análises Fatoriais Exploratórias e Confirmatórias, além de pontos de corte para a realidade brasileira. Há uma escassez de estudos sobre o CKIS, escala sobre prontidão previsto na implementação do sistema *Communities That Care*. Um maior número de estudos possibilitará comparações com outros países da América Latina, além de melhor subsidiar a avaliação de prontidão em intervenções de base comunitária realizadas no país.

O CRM, como exposto nesta tese, não se restringe a uma forma objetiva de mensurar a prontidão, ele também dispõe de estratégias para o desenvolvimento da mesma. Essa característica coloca o modelo em um patamar mais complexo e valorizado. Recomenda-se que, baseado na experiência do CRM, seja construído um manual para a “Escala de Prontidão Comunitária com Líderes-chave” em que a estratégia de avaliação e análise dos dados sejam explicados, além da construção de estratégias para o avanço da prontidão comunitária dentro do arcabouço epistemológico do próprio CQC.

A prontidão comunitária pode vir a desempenhar um papel fundamental no futuro das políticas públicas preventivas no Brasil, na medida em que ela é considerada um elemento crucial para o sucesso de coalizões de prevenção, influenciando principalmente a qualidade do funcionamento interno dessas coalizões. Líderes comunitários que buscam garantir o envolvimento ativo de uma rede diversificada de membros da comunidade, permitem que protagonistas diversos ajam coletivamente para encontrar soluções de interesse.

Portanto, no contexto brasileiro, é essencial que as comunidades estejam prontas e capacitadas para enfrentar desafios de saúde pública, como a prevenção do abuso de drogas, envolvimento com a violência e condições de saúde mental. A prontidão comunitária não apenas prepara as comunidades para a implementação eficaz de intervenções preventivas, mas também fortalece a capacidade das comunidades de identificar, mobilizar e abordar problemas de saúde pública de forma proativa e colaborativa.

REFERÊNCIAS

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54–74). Synopsys.
- Allen, J., Mohatt, G., Fok, C. C. T., Henry, D., & People Awakening Team. (2009). Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 274–291. <https://doi.org/10.3402/IJCH.V68I3.18328>
- Anderson-Carpenter, K. D., Watson-Thompson, J., Jones, M. D., & Chaney, L. (2017). Improving community readiness for change through coalition capacity building: Evidence from a multisite intervention. *Journal of community psychology*, 45(4), 486–499. <https://doi.org/10.1002/jcop.21860>
- Áreas de Abrangência das unidades básicas de saúde do município de São Paulo | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo. (n.d.). https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/geoprocessamento_e_informacoes_socioambientais/index.php?p=265863
- Arthur, M. W., Ayers, C. D., Graham, K. A., David Hawkins, J. (2006). Mobilizing Communities to Reduce Risk for Drug Abuse: A Comparison of Two Strategies. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention. Handbooks of Sociology and Social Research* (pp. 129–144). Springer. https://doi.org/10.1007/0-387-35408-5_6
- Arthur, M. W., Briney, J. S., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., Brooke-Weiss, B. L., & Catalano, R. F. (2007). Measuring risk and protection in communities using the Communities That Care Youth Survey. *Evaluation and Program Planning*, 30(2), 197–211. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.01.009>
- Arthur, M. W., Glaser, R. R., & Hawkins, J. D. (2005). Steps towards community-level resilience: Community adoption of science-based prevention programming. In R. D. Peters, B. Leadbeater, & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 177–194). Kluwer Academic/Plenum. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/0-387-23824-7_11.pdf
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26(6), 575–601. <https://doi.org/10.1177/0193841X0202600601>
- Basic, J. (2015). Community Mobilization and Readiness: Planning Flaws which Challenge Effective Implementation of Communities that Care (CTC) Prevention System.

Substance Use and Misuse, 50(8–9), 1083–1088.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1007655>

- Beebe, T. J., Harrison, P. A., Sharma, A., & Hedger, S. (2001). The community readiness survey: Development and initial validation. *Evaluation review*, 25(1), 55–71.
<https://doi.org/10.1177/0193841X0102500103>
- Blueprints for Healthy Youth Development | Blueprints Programs. (n.d.).
<https://www.blueprintsprograms.org/>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artmed.
- Brown, E. C. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamento de jovens. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 558–579). Sinopsys.
- Brown, E. C., Graham, J. W., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Baldwin, M. M., Oesterle, S., Briney, J. S., Catalano, R. F., & 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., Abbott, R. D., & Van Horn, M. L. (2008). Multilevel analysis of a measure of community prevention collaboration. *American Journal of Community Psychology*, 41(1–2), 115–126.
<https://doi.org/10.1007/s10464-007-9154-8>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Abbott, R. D. (2007). Effects of Communities That Care on Prevention Services Systems: Findings from the Community Youth Development Study at 1.5 Years. *Prevention Science*, 8(3), 180–191. <https://doi.org/10.1007/s11121-007-0068-3>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. A. (2011). Prevention Service System Transformation Using Communities That Care. *Journal of Community Psychology*, 39(2), 183–201. <https://doi.org/10.1002/jcop.20426>
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., Shapiro, V. B., Abbott, R. D., Oesterle, S., Arthur, M. W., Briney, J. 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>
- Brownson, R. C., Kumanyika, S. K., Kreuter, M. W., & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Sci* 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>
- Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., & Calsyn, D. A. (2013). Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 440–460. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774811>

- Canoletti, B., & Soares, C. B. (2005). Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 115–129. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100010>
- Castañeda, S. F., Holscher, J., Mumman, M. K., Salgado, H., Keir, K. B., Foster-Fishman, P. G., & Talavera, G. A. (2012). Dimensions of community and organizational readiness for change. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 6(2), 219–226. <https://doi.org/10.1353/cpr.2012.0016>
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Editora Vozes.
- Chilenski, S. M., Greenberg, M. T., & Feinberg, M. E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347–365. <https://doi.org/10.1002/jcop.20152>
- Cidade de São Paulo Governo. (2023, 08 de Julho). *Notícias*. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/>.
- Conteúdo aberto. (2023, 08 de Janeiro). In *Wikipédia*. https://pt.wikipedia.org/wiki/Conte%C3%BAdo_aberto .
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Penso Editora.
- Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Oetting, G., & Littlethunder, L. (1997). Community readiness and prevention programs. *Journal of the Community Development Society*, 28(1), 65-83. <http://doi.org/10.1080/15575339709489795>
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9)
- Engstrom, M., Jason, L. A., Townsend, S. M., Pokorny, S. B., & Curi, C. J., (2002) Community Readiness for Prevention. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 24(1), 29-46. http://doi.org/10.1300/J005v24n01_03
- Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Farrington, D. P. (2019). *Communities that care: Building community engagement and capacity to prevent youth behavior problems*. Oxford University Press.
- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., & Osgood, D. W. (2004). Readiness, functioning, and perceived effectiveness in community prevention coalitions: a study of communities that care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3–4), 163–176. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027003.75394.2b>

- Feinberg, M. E., Greenberg, M. T., Osgood, D. W., Anderson, A., & Babinski, L. (2002). The effects of training community leaders in prevention science: Communities That Care in Pennsylvania. *Evaluation and Program Planning*, 25(3), 245-259. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(02\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(02)00019-8)
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Flick, U. (2012). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Penso Editora.
- Foster-Fishman, P. G., Cantillon, D., Pierce, S. J., & Van Egeren, L. A. (2007). Building an active citizenry: the role of neighborhood problems, readiness, and capacity for change. *Springer*, 39(1-2), 91-106. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9097-0>
- Frandoloso, T. (2023). *Avaliação da fidelidade do processo de implementação piloto do sistema de prevenção comunidades que cuidam*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Freitas Campos, R. H. (2015). *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Vozes.
- Freitas, M. F. Q. (2004). Desafios contemporâneos à Psicologia Social Comunitária: que visibilidade e que espaços têm sido construídos? *Psicologia e Argumento*, 22(36), 33-47.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas. <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/handle/123456789/707>
- Gliem, J. A. & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. In *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education* (Vol. 1, pp. 82-87). https://www.researchgate.net/publication/31591315_Calculating_Interpreting_And_Reporting_Cronbach's_Alpha_Reliability_Coefficient_For_Likert-Type_Scales
- Gloppen, K. M., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Shapiro, V. B. (2012). Sustainability of the Communities That Care Prevention System by Coalitions Participating in the Community Youth Development Study. *Journal of Adolescent Health*, 51(3), 259-264. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2011.12.018>
- Gloppen, K. M., Brown, E. C., Wagenaar, B. H., Hawkins, J. D., Rhew, I. C., & Oesterle, S. (2016). Sustaining adoption of science-based prevention through Communities That Care. *Journal of community psychology*, 44(1), 78-89. <https://doi.org/10.1002/jcop.21743>
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). Early Effects of Communities That Care on Targeted Risks and Initiation of Delinquent Behavior and Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2008.01.022>

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951–976.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00298-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00298-8)
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Murray, D. M. (2008). Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 9(3), 178–190. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0092-y>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122–129.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4009>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(9), 789–798.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.141>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (2012). Sustained Decreases in Risk Exposure and Youth Problem Behaviors After Installation of the Communities That Care Prevention System in a Randomized Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(2), 141.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.183>
- Holgado, D., & Maya Jariego, I. (2010). La participación de mujeres latinas en ensayos clínicos para la prevención del cáncer de mama: un caso de aplicación del modelo de preparación comunitaria. *Investigación y Desarrollo*, 18(1), 114–141.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-32612010000100006&lng=en&tlng=es
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *O projeto de reformulação das estatísticas econômicas: 2014*.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv92712.pdf>
- Islam, S., Small, N., Bryant, M., Yang, T., de Chavez, A. C., Saville, F., & Dickerson, J. (2018). Addressing obesity in Roma communities: a community readiness approach. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(2), 79–90.
<https://doi.org/10.1108/IJHRH-06-2018-0038>
- Kelly, K. J., Edwards, R. W., Comello, M. L. G., Plested, B. A., Thurman, P. J., & Slater, M. D. (2003). The Community Readiness Model: A complementary approach to social marketing. *Marketing Theory*, 3(4), 411–426.
<https://doi.org/10.1177/1470593103042006>
- Kim, B. K. E., Gilman, A. B., & Hawkins, J. D. (2015). School And community-based preventive interventions during adolescence: Preventing delinquency through

- science-guided collective action. In J. Morizot & L. Kazemian (Eds.), *The Development of Criminal and Antisocial Behavior*. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-08720-7_28
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., & Cargo, M. (2015). Assessing community readiness online: A concurrent validation study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1953-5>
- Kostadinov, I., Daniel, M., Stanley, L., Gancia, A., & Cargo, M. (2015). A systematic review of community readiness tool applications: Implications for reporting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3453–3468.
<https://doi.org/10.3390/ijerph120403453>
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2012). Risk and protective factors for drug use and antisocial behavior in Spanish adolescents and young people. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25–33. <https://doi.org/10.21500/20112084.746>
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., Trotter, R. T., (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929–1938. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.12.1929>
- Murphy-Berman, V., Schnoes, C., & Chambers, J. M. (2000). An early stage evaluation model for assessing the effectiveness of comprehensive community initiatives: Three case studies in Nebraska. *Evaluation and program planning*, 23(2), 157–163.
[https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(00\)00010-0](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(00)00010-0)
- Niknam, M., Omidvar, N., Amiri, P., Eini-Zinab, H., & Kalantari, N. (2021). Community readiness for childhood obesity prevention programs: findings from an urban population in Iran. *Health promotion international*, 36(3), 824–835.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa101>
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Plested, B. A., Edwards, R. W., Kelly, K. J., & Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *Substance Use and Misuse*, 30(6), 659–683. <https://doi.org/10.3109/10826089509048752>
- Oetting, E. R., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., & Edwards, R. W. (2001). Community readiness and health services. *Substance use & misuse*, 36(6-7), 825–843.
<http://doi.org/10.1081/JA-100104093>
- Ogilvie, K. A., Moore, R. S., Ogilvie, D. C., Johnson, K. W., Collins, D. A., & Shamblen, S. R. (2008). Changing community readiness to prevent the abuse of inhalants and other harmful legal products in Alaska. *Journal of Community Health*, 33, 248–258.
<http://doi.org/10.1007/s10900-008-9087-7>
- Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (vol. 15). Universidad de Deusto.

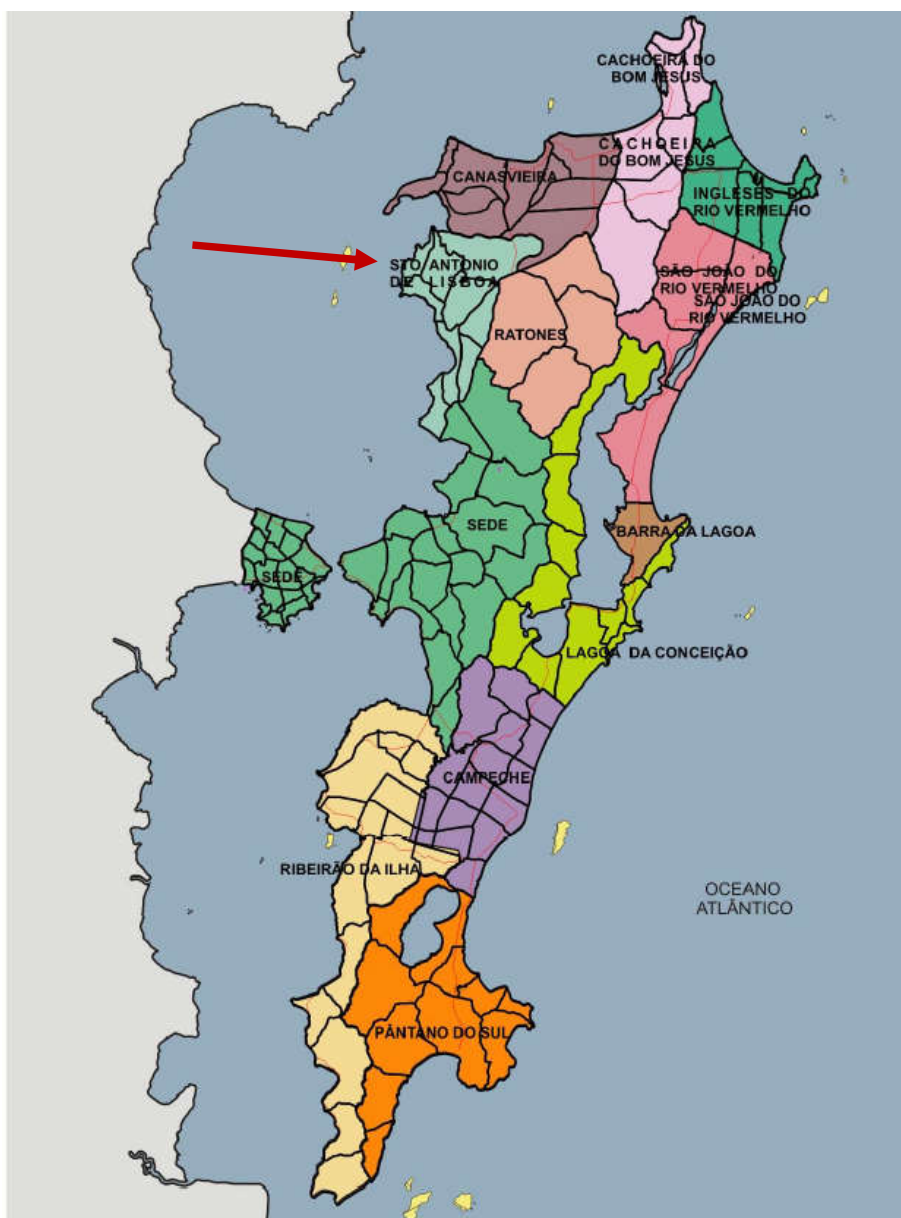
- Oliveira Corrêa, A. (2014). *Adaptação e validação do Communities That Care Youth Survey (CTCYS) para uma comunidade brasileira: um estudo piloto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/17238>
- Oliveira Corrêa, A. (2022). *Developing an Implementation Strategy for Improving Community Readiness for Deployment of Prevention Interventions in Latin America and the Caribbean* [Tese de Doutorado não publicada]. University of Miami.
- Oliveira Corrêa, A., Brown, E. C., Lee, T. K., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., & Eisenberg, N. (2020). Assessing Community Readiness for Preventing Youth Substance Use in Colombia: a Latent Profile Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(2), 368–381. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00191-1>
- Palinkas, L. A., Aarons, G. A., Horwitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M., & Landsverk, J. (2010). Mixed Method Designs in Implementation Research. *Springer*, 38(1), 44–53. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0314-z>
- Parker, C. J., Winston III, W., Simpson, T., & Brady, S. S. (2018). Community readiness to adopt the Communities That Care prevention system in an urban setting. *American journal of preventive medicine*, 55(5), S59-S69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.05.022>
- Pedroso, R. T., Juhásová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). Evidence-based science in public policies for reinventing alcohol and drugs use prevention. *Interface: Communication, Health, Education*, 23, e170566. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Pérez-Gómez, A., & Mejía-Trujillo, J. (2015). Implementação de um sistema preventivo baseado em evidências: perspectivas para a América Latina. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 713–732). Sinopsys.
- Plested, B. A., Edwards, R. W., & Jumper-Thurman, P. (2006). *A Handbook for Successful Change*. Fort Collins: Tri-Ethnic Center for Prevention Research. http://warehouse.olc.edu/~moapple/socialwork_old/OnlineLibrary/ReadinessHandbook.pdf
- Plested, B. A., Jumper-Thurman, P., & Edwards, R. W. (2009). *Community Readiness: Advancing “this issue” prevention in Native communities* (Community Readiness Model Manual, Revised Edition). Fort Collins: Ethnic Studies Department.
- Pozzo, R., & Virgili, V. (2021). Community readiness for local COVID-19 management. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 5, 602200. <https://doi.org/10.3389/frma.2020.602200>

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Journal of Addictions Nursing*, 5(1), 2-16. <http://doi.org/10.3109/10884609309149692>
- Programs to Reduce Violence, Alcohol & Tobacco - Communities That Care. (n.d.). <https://www.communitiesthatcare.net/>
- Rhew, I. C., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Briney, J. S. (2013). Sustained effects of the Communities That Care system on prevention service system transformation. *American Journal of Public Health*, 103(3), 529-535. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300567>
- Rioseco, L. C. (2017). *Revisión sistemática de la implementación del sistema Communities That Care en Chile*. Fundação San Carlos del Maipo.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). Free Press.
- Sartorato, I. P. (2020). *Análise de indicadores de saneamento ambiental nos bairros de Sambaqui e de Santo Antônio de Lisboa (Florianópolis/Florianópolis) integrando a percepção da comunidade local*. [Trabalho de conclusão de curso do curso de Engenharia Sanitária e Ambiental da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/218311>
- Scarparo, H. B. K., & Guareschi, N. M. F. (2007). Psicologia social comunitária e formação profissional. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 100-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>
- Schneider, D. R., Thurow, C. F., Pires, J., Gomes, G., Noto, A. R., & Brown, E. (2024, in press). Validity Evidence of the “Community Key Informant Survey” in a Brazilian Sample [Poster presentation]. *15th EUSPR Conference and Members’ Meeting*. <https://euspr2024.exordo.com>
- Shapiro, V. B., Hawkins, J. D., & Oesterle, S. (2015). Building Local Infrastructure for Community Adoption of Science-Based Prevention: The Role of Coalition Functioning. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 16(8), 1136–1146. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0562-y>
- Shapiro, V. B., Oesterle, S., Abbott, R. D., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2013). Measuring dimensions of coalition functioning for effective and participatory community practice. *Social Work Research*, 37(4), 349–359. <https://doi.org/10.1093/swr/svt028>
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171–182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00231-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00231-3)
- Slater, M. D., Edwards, R. W., Plested, B. A., Thurman, P. J., Kelly, K. J., Comello, M. L. G., & Keefe, T. J. (2005). Using community readiness key informant assessments in a randomized group prevention trial: Impact of a participatory community-media

- intervention. *Journal of Community Health*, 30, 39-53.
<https://doi.org/10.1007/s10900-004-6094-1>
- Sloboda, Z., & Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2>
- Sodelli, M. (2010). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 637-644. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300005>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Spoth, R., Greenberg, M., Bierman, K., & Redmond, C. (2004). PROSPER community-university partnership model for public education systems: Capacity-building for evidence-based, competence-building prevention. *Prevention Science*, 5(1), 31-39. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013979.52796.8b>
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., & Linkh, D. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *Journal of Primary Prevention*, 27(6), 599-617. <https://doi.org/10.1007/s10935-006-0062-8>
- Thurman, P. J., Plested, B. A., Edwards, R. W., Foley, R., & Burnside, M. (2003). Community readiness: The journey to community healing. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 27-31. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399990>
- Thurrow, C. F. (2020). *Aplicabilidades e propriedades psicométricas do Communities That Care Youth Survey (CTCYS): Subsídios para sua adaptação cultural ao contexto brasileiro*. [Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/221268>
- Warren, R. (1978). *The community in American* (3rd ed.). Rand-McNally.

ANEXO 1

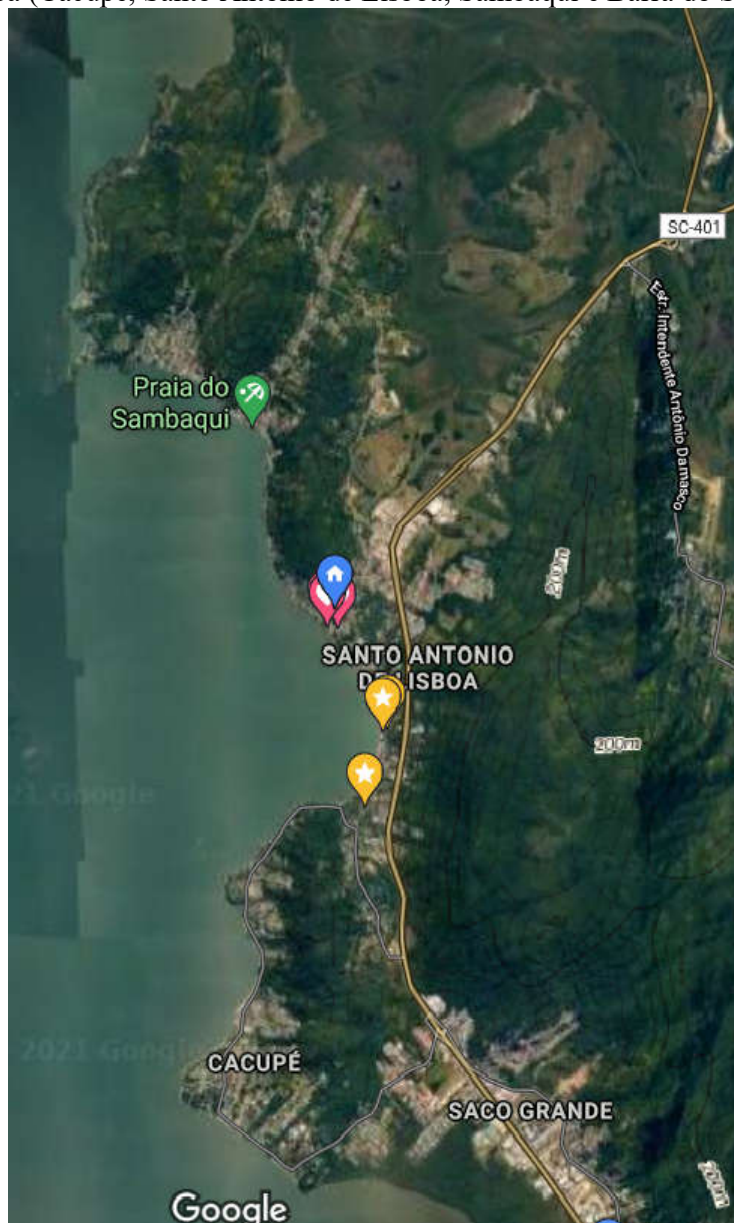
Figura 7 - Localização Geográfica do Distrito de Santo Antônio de Lisboa na Ilha de Florianópolis em Santa Catarina



Fonte. Mapa 3 – Recorte do Google Maps.

ANEXO 2

Figura 8 - Imagem com os Quatro Bairros Componentes do Distrito de Santo Antônio de Lisboa (Cacupé, Santo Antônio de Lisboa, Sambaqui e Barra do Sambaqui)

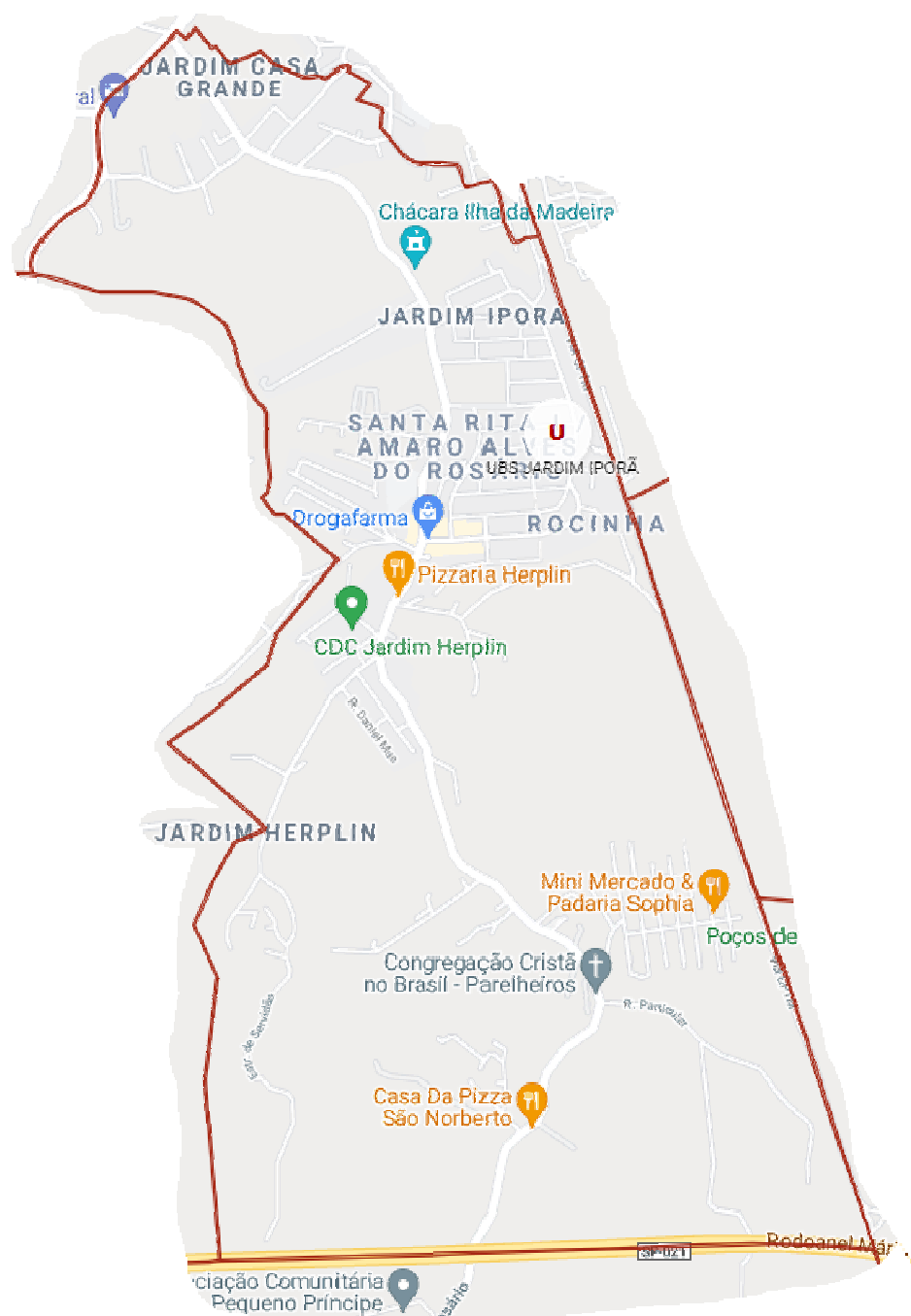


Fonte.

[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_08_2010_15.41.22.197114da500fbc9c40c97b79dde1fd77.p](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_08_2010_15.41.22.197114da500fbc9c40c97b79dde1fd77.pdf)
df

ANEXO 3

Figura 9 - Abrangência Geográfica da Unidade Básica de Saúde do Jardim Iporã (Jardim Casa Grande, Jardim Iporã e Jardim Herplin) na Cidade de São Paulo



Fonte. ("Áreas de Abrangência das unidades básicas de saúde do município de São Paulo | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo," n.d.)

ANEXO 4

ESCALA DE PRONTIDÃO COMUNITÁRIA COM LÍDERES-CHAVES

Introdução

Esta escala é completamente voluntária e confidencial. Todas as suas informações serão mantidas em sigilo. Se há algumas perguntas que você prefere não responder, selecione a opção “NS/NR” que significa “não sei ou não quero responder”. Você também pode parar o questionário a qualquer momento. O preenchimento deve levar cerca de 20 minutos.

A maioria das perguntas nesta escala é sobre prevenção. Para efeitos desta pesquisa, gostaríamos que você pensasse na prevenção de problemas que afetam a saúde e bem-estar de adolescentes, tais como abuso de álcool e outras drogas, violência, abandono escolar, entre outros.

Confidencialidade

As informações aqui prestadas são confidenciais e nenhum questionário será lido por gestores ou outros colegas do seu serviço. Da mesma maneira, nenhuma informação pessoal (como o seu nome ou o serviço a que você pertence) será associada a esta pesquisa. Para a continuidade de sua participação é necessária sua concordância com os termos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado abaixo. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade.

Ao prosseguir você declara ter sido suficientemente informado(a) a respeito do projeto Comunidades que Cuidam e concorda voluntariamente em participar deste estudo.

Você aceita participar dessa pesquisa?

1 – Sim (Anexo TCLE pdf)

2 – Não

Anonimização

Para que possamos agrupar as informações respondidas nesta escala com as de outros instrumentos respondidos no decorrer da pesquisa, solicitamos que você nos informe um código de identificação. Nossa intenção não é te identificar pessoalmente, mas sim agrupar os instrumentos de mesmo código para análise.

O seu código de identificação deverá ter 7 dígitos, conforme instruções a seguir:

- a. ÚLTIMA letra do SEU NOME (Exemplo: Fernanda -> A)
- b. Três primeiros números do seu CPF (Exemplo: 695 874 625 97 -> 695)
- c. PRIMEIRA letra do nome da sua MÃE (Exemplo: Maria -> M)
- d. Dia do seu aniversário, com dois dígitos (Exemplo: 02/10 -> 02)

Exemplo do código final: A695M02

Agora monte o SEU código secreto, com suas informações.

1. Você mora ou trabalha em ...? [VIVE]

1 – Distrito de Santo Antônio de Lisboa - Florianópolis, SC.

2 – Distrito de Parelheiros - São Paulo, SP.

9 – NS/NR

2. Há quanto tempo você mora ou trabalha nessa comunidade? [AÑOS_VIVE]

3. Em que tipo de instituição ou organização você está envolvido(a) nessa comunidade? *Marque todas as opções que se aplicarem.* [ORG_PART]

1 - Associação de Bairro ou de Moradores/Conselho Comunitário.

2 – Intendência/ Subprefeitura/ Secretaria Municipal.

3 – Unidade Básica de Saúde (ESF)/NASF/UPA/Hospitais / CAPS.

4 - Escolas/ Creches.

5- Faculdades/Universidades.

6 – CRAS/CREAS/Outros dispositivos da Assistência Social.

- 7 – CONSEG/Polícia.
- 8 – Igreja, Centro Religioso ou outra organização ligada à espiritualidade.
- 9 – Setor de Comércio e Serviços.
- 10 - Fundação/ONG/OSCIP com ações sociais e culturais na comunidade.
- 11 – Grupos de recreação e esportes.
- 12 – Mídia ou setores de comunicação.
- 13 – Sou independente.
- 14 – Outros (por favor, especifique):

4. Há quanto tempo trabalha ou participa nessa instituição ou organização?
[TIEMPO_TRABAJA]

5. Quanto você concorda com a seguinte frase? “*Eu me sinto parte desta comunidade*”. [PERT_COM]

- 1 – Concordo totalmente.
- 2 – Concordo.
- 3 – Discordo.
- 4 – Discordo totalmente.
- 9 – NS/NR

As próximas perguntas se referem às comunidades do Distrito de Santo Antônio de Lisboa ou Distrito de Parelheiros. Por favor, responda pensando em uma dessas duas comunidades (a que você mora ou onde trabalha).

6. Que tipo de organizações existem na comunidade? [SETORES]

	Sim	Não	NS/NR
1 - Associação de Bairro ou de Moradores/Conselho Comunitário.	1	2	9
2 - Intendência/ Subprefeitura/ Secretaria Municipal.	1	2	9
3 – Unidade Básica de Saúde (ESF)/NASF/UPA/Hospitais / CAPS.	1	2	9
4 - Escolas/ Creches.	1	2	9
5 - Faculdades/Universidades.	1	2	9
6 - CRAS/CREAS/Outros dispositivos da Assistência Social.	1	2	9
7 - CONSEG/Polícia.	1	2	9
8 - Igreja, Centro Religioso ou outra organização ligada à espiritualidade.	1	2	9
9 - Setor de Comércio e Serviços.	1	2	9
10 - ONG/OSCIP/Fundação com ações sociais e culturais na comunidade.	1	2	9
11 – Grupos de recreação e esportes.	1	2	9

12 - Mídia ou setores de comunicação.	1	2	9
13 - Outros (por favor, especifique):	1	2	9

7. A sua organização trabalha em colaboração com quais outros parceiros para atingir objetivos compartilhados? [SETOR COL]

	Sim	Não	NS/NR
1 - Associação de Bairro ou de Moradores/Conselho Comunitário.	1	2	9
2 - Intendência/ Subprefeitura/ Secretaria Municipal.	1	2	9
3 - Unidade Básica de Saúde (ESF)/NASF/UPA/Hospitais / CAPS.	1	2	9
4 - Escolas/ Creches.	1	2	9
5 - Faculdades/Universidades.	1	2	9
6 - CRAS/CREAS/Outros dispositivos da Assistência Social.	1	2	9
7 - CONSEG/Polícia.	1	2	9
8 - Igreja, Centro Religioso ou outra organização ligada à espiritualidade.	1	2	9
9 - Setor de Comércio e Serviços.	1	2	9
10 - ONG/OSCIP/Fundação com ações sociais e culturais na comunidade.	1	2	9
11 - Grupos de recreação e esportes.	1	2	9
12 - Mídia ou setores de comunicação.	1	2	9
13 - Outros (por favor, especifique):	1	2	9
14 - Nenhuma	1	2	9

8. Quanto você concorda ou discorda das seguintes declarações?

Nesta comunidade...	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NS/NR
a. ... as instituições e organizações locais trabalham juntas para resolver problemas da comunidade. [COLAB INSTORGJUNT]	1	2	3	4	9
b. ... há disposição para testar novas ideias para resolver problemas da comunidade. [CAMB NUEVO]	1	2	3	4	9
c. ... as pessoas são muito unidas. [COHES UNI]	1	2	3	4	9
d. ... as pessoas geralmente NÃO se dão bem. [COHES MAL]	1	2	3	4	9
e. ... as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos. [COHES AYUDA]	1	2	3	4	9
f. ... você pode confiar nas pessoas. [COHES CONFIA]	1	2	3	4	9
g. ... a maioria das pessoas tendem a vê-la como seu lar, o lugar ao qual pertencem, em vez de simplesmente um lugar de residência. [COHES HOGAR]	1	2	3	4	9
h. ... a maioria das pessoas têm ideias rígidas e NÃO estão dispostas a mudar de opinião. [CAMB FLEX]	1	2	3	4	9
i. ... as pessoas compartilham valores parecidos. [COHES VALOR]	1	2	3	4	9
j. ... existem mecanismos para incentivar os moradores a se envolverem na tomada de decisões. [EFI INVOL]	1	2	3	4	9
k. ... membros de diferentes setores (ex. governo, saúde, educação, ONGs) participam juntos na tomada de decisões que afetam a comunidade como um todo. [EFI DESISSEC]	1	2	3	4	9
l. ... a maioria dos moradores estão de fato interessados na comunidade. [COHES INTERES]	1	2	3	4	9
m. ... a maioria das pessoas acredita que a prevenção de comportamentos problemáticos entre adolescentes é responsabilidade de todos. [RESP TODOS]	1	2	3	4	9
n. ... a maioria das pessoas acha que NÃO pode fazer	1	2	3	4	9

nada para prevenir o uso de álcool e outras drogas. [EFI_NADA]					
o. ... a maioria das pessoas acha que as escolas devem ensinar ativamente os adolescentes sobre prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, do crime, violência e abandono escolar. [RESP_COLEGIO]	1	2	3	4	9
p. ... é DIFÍCIL engajar os moradores em atividades comunitárias. [RESP_ACTIV]	1	2	3	4	9
q. ... a maioria das pessoas está comprometida em buscar soluções para os problemas da comunidade em geral. [RESP_SOLUCION]	1	2	3	4	9

9. Qual a importância da prevenção de cada um dos seguintes comportamentos problemáticos em adolescentes? [IMP]

	Muito Importante	Importante	Um pouco Importante	Nada Importante	NS/NR
a. Uso de álcool e outras drogas. [IMP_CONS]	1	2	3	4	9
b. Crime ou conflito com a lei. [IMP_DEL]	1	2	3	4	9
c. Violência. [IMP_VIO]	1	2	3	4	9
d. Abandono escolar. [IMP_DES]	1	2	3	4	9

10. Algumas comunidades estão muito abertas à mudança, enquanto outras resistem à mudança. Você diria que a comunidade em que você mora (ou trabalha) é... [CAMB_ABIERTA]

- 1 – Muito aberta para mudanças.
- 2 - Um pouco aberta para mudanças.
- 3 - Um pouco resistente às mudanças.
- 4 – Muito resistente às mudanças.
- 9 – NS/NR

11. Nesta comunidade, o quão ruim a maioria dos adultos considera que seria se os adolescentes... [MALO]

	Muito ruim	Ruim	Razoável	Tranquilo	NS/NR
a. ... beberem álcool? [MALO_ALC]	1	2	3	4	9
b. ... fumarem cigarros? [MALO_CIG]	1	2	3	4	9
c. ... usarem maconha? [MALO_MAR]	1	2	3	4	9
d. ... usarem outras drogas ilegais, como cocaína, crack e ecstasy? [MALO_DRUG]	1	2	3	4	9

12. Aponte com qual frequência você e outros membros da comunidade se organizam ou trabalham juntos com os seguintes propósitos: [ORG]

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Quase sempre	Sempre	NS/NR
--	-------	-------------	----------------	--------------	--------	-------

a. Manter a comunidade limpa. [ORG_LIMP]	1	2	3	4	5	9
b. Revezar-se cuidando/supervisionando as crianças enquanto brincam na rua. [ORG_NINOS]	1	2	3	4	5	9
c. Cuidar das casas uns dos outros. [ORG_CASAS]	1	2	3	4	5	9
d. Organizar atividades recreativas que acontecem na comunidade. [ORG_ACTIV]	1	2	3	4	5	9
e. Organizar-se para resolver o problema de um vizinho e/ou da comunidade. [ORG_PROB]	1	2	3	4	5	9
f. Outra ação ou atividade. Qual? [ORG_OTRA]	1	2	3	4	5	9

13. Em sua comunidade, existe uma rede de pessoas que trabalham de forma colaborativa para garantir o bem-estar de crianças e adolescentes? [COLAB_RED]

1 – Sim.

2 – Não.

9 – NS/NR

14. A seguir listamos uma série de declarações que podem ou não descrever sua comunidade. Por favor, responda o quanto você concorda ou discorda de cada um.

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NS/NR
a. Em geral, as pessoas da comunidade acreditam que é possível reduzir os problemas dos adolescentes através de programas de prevenção. [APOYO_POSIB]	1	2	3	4	9
b. Em geral, as pessoas da comunidade sabem sobre programas de prevenção. [APOYO_SABEN]	1	2	3	4	9
c. Embora os moradores da comunidade possam discordar das ideias uns dos outros, essas discordâncias normalmente NÃO impedem o progresso coletivo. [CONFL_AVANCE]	1	2	3	4	9
d. Minha comunidade NUNCA parece ser capaz de alcançar seus objetivos. [EFI_INCAPAZ]	1	2	3	4	9
e. Organizações e instituições em minha comunidade aceitariam um papel específico na implementação de um plano para prevenir comportamentos problemáticos entre adolescentes. [COLAB_PAPEL]	1	2	3	4	9
f. Organizações na comunidade compartilham recursos (por exemplo, verbas e funcionários) para implementar iniciativas focadas nos adolescentes desta comunidade. [COLAB_COMPARTEN]	1	2	3	4	9
g. Os membros desta comunidade participam de reuniões para discutir questões de saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes. [COLAB_REUNION]	1	2	3	4	9

h. Os membros desta comunidade compartilham informações sobre a saúde, segurança e bem-estar dos adolescentes. [COLAB_INFO]	1	2	3	4	9
i. Organizações e instituições da comunidade coordenam estratégias para prevenir comportamentos problemáticos em adolescentes. [COLAB_ESTRATEGIAS]	1	2	3	4	9
j. Minha comunidade é capaz de resolver problemas. [EFI_CAPAZ]	1	2	3	4	9
l. Os grupos comunitários têm recursos (por exemplo, finanças, equipe, tempo dedicado) para reduzir os problemas dos adolescentes. [EFI_RECURSO]	1	2	3	4	9
m. A maioria dos residentes da minha comunidade participa da tomada de decisões. [EFI_DECISION]	1	2	3	4	9
n. Os moradores trabalham juntos para resolver os problemas da comunidade. [COLAB_JUNTOS]	1	2	3	4	9
o. As pessoas, instituições e organizações nesta comunidade RARAMENTE coordenam suas atividades. [COLAB_RARA]	1	2	3	4	9

As próximas perguntas são sobre a sua opinião acerca dos líderes na sua comunidade. Quando dizemos “líderes comunitários” nos referimos aos líderes formais e informais, pessoas que desempenham um papel importante na comunidade, que servem de modelo para os outros, ou têm algum poder na tomada de decisões sobre a segurança, saúde ou bem-estar da comunidade (por exemplo, o prefeito, a diretora de uma escola, um sacerdote ou liderança religiosa, um líder estudantil, etc.).

15. Para cada declaração, diga-nos o quanto você concorda ou discorda de cada uma.

Os líderes da sua comunidade...	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NS/ NR
a. ... são capazes de representar os membros da comunidade, inclusive “minorias” (étnicas, culturais, de gênero). [LID_SECTOR]	1	2	3	4	9
b. ... são capazes de chegar a um consenso dentro da comunidade. [LID_CONSENSO]	1	2	3	4	9
c. ... são capazes de obter os recursos necessários para realizar iniciativas comunitárias. [LID_RECURSO]	1	2	3	4	9
d. ... são capazes de lidar com conflitos entre diferentes grupos dentro da comunidade. [LID_CONFLICTO]	1	2	3	4	9
e. ... estão comprometidos em reduzir comportamentos problemáticos e promover o desenvolvimento positivo entre adolescentes. [LID_COMP]	1	2	3	4	9
f. ... conhecem os programas preventivos locais para reduzir a incidência de comportamentos problemáticos em adolescentes. [LID_SABEN]	1	2	3	4	9

g. ... acreditam que programas para prevenir o abuso de álcool e outras drogas na adolescência podem ser efetivos e econômicos. [LID_RENTABLE]	1	2	3	4	9
h. ... estão dispostos e são capazes de incluir os membros da comunidade na tomada de decisões. [LID_DECISION]	1	2	3	4	9

16. Você acha que existem lideranças que exercem influências NEGATIVAS em sua comunidade? [LID_NEG]

1 - Sim (Passar para a questão 17).

2 - Não (Passando para a questão 18).

9 – NS/NR

17. Quais ações são realizadas ou incentivadas por esses líderes NEGATIVOS?

	Sim	Não	NR/NS
a. Rumores, fofocas ou mal-entendidos entre moradores. [NEG_RUMOR]	1	2	9
b. Atos de violência entre moradores. [NEG_VIOL]	1	2	9
c. Atos contra o patrimônio público (por exemplo, danificar iluminação, placas, bancos na praça, etc.). [NEG_FALTA]	1	2	9
d. Crimes (por exemplo, uso ou tráfico de drogas, posse/uso de armas, etc.). [NEG_DELITO]	1	2	9

18. As seguintes perguntas dizem respeito à como as decisões são tomadas, e como os conflitos ou problemas são resolvidos, dentro de sua comunidade. Por favor, responda o quanto você concorda ou discorda das seguintes declarações. [CONFLITO]

Nesta comunidade...	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NS/NR
a. ... há muito conflito entre diferentes grupos. [CONFL_MUCHO]	1	2	3	4	9
b. ... as discordâncias dentro da comunidade IMPEDEM que os problemas sejam resolvidos. [CONFL_IMPIDE]	1	2	3	4	9
c. ... moradores participam POUCO das decisões da nossa comunidade. [RESP_POCO]	1	2	3	4	9
d. ... os conflitos dentro da comunidade em geral são resolvidos de forma satisfatória e respeitosa. [CONFL_RESUELTO]	1	2	3	4	9
e. ... os problemas da comunidade estão além da capacidade dos grupos comunitários locais de resolvê-los. [EFI_CAPACIDAD]	1	2	3	4	9
f. ... as coisas que acontecem na comunidade geralmente ocorrem por acaso, sem planejamento. [EFI_CASUAL]	1	2	3	4	9

19. Nos últimos dois anos, a comunidade conseguiu resolver seus problemas com sucesso. [EFI_EXITO]

1 – Concordo totalmente.

2 - Concordo.

3 - Discordo.

4 - Discordo totalmente.

9 – NS/NR

20. Por favor, responda o quanto você concorda ou discorda das seguintes declarações. [NORM]

Os adultos presentes na comunidade acreditam que...	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NR/NS
a. ... O uso de álcool é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes. [NORM_ALC]	1	2	3	4	9
b. ... O uso de tabaco é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes. [NORM_CIG]	1	2	3	4	9
c. ... O uso da maconha é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes. [NORM_MAR]	1	2	3	4	9
d. ... O uso de outras drogas ilegais é algo normal no desenvolvimento dos adolescentes (por exemplo, cocaína, crack ou ecstasy). [NORM_DRUG]	1	2	3	4	9

21. Se você tivesse que distribuir R\$100,00 (cem reais) para lidar com comportamentos problemáticos entre adolescentes, quanto você destinaria para cada opção?

	R\$	NS/NR
a. Controle policial. [A100_CONTROL]		9
b. Prevenção ou educação. [A100_PREV]		9
c. Tratamento ou reabilitação. [A100_TRAT]		9

22. As próximas perguntas são sobre as atitudes que as pessoas da sua comunidade têm acerca de certos assuntos. Quanto você concorda ou discorda das seguintes declarações? [APOYO]

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NR/NS
a. A maioria das pessoas da comunidade estaria disposta a pagar mais impostos para apoiar programas de prevenção para adolescentes. [APOYO_IMPUESTO]	1	2	3	4	9
b. A maioria das pessoas da comunidade sente que os programas de prevenção para os adolescentes NÃO funcionam. [APOYO_FUNC]	1	2	3	4	9

23. Se um grupo de crianças ou adolescentes da comunidade está faltando à escola para ficar à toa na rua, qual a probabilidade dos moradores fazerem algo a respeito? [EFI_DESC]

- 1 - Muito improvável.
 2 – Improvável.
 3 - Nem provável nem improvável.
 4 – Provável.
 5 – Muito provável.
 9 – NS/NR

24. Se uma briga acontece na frente da sua casa e uma pessoa está sendo atacada ou ameaçada, qual a probabilidade dos moradores fazerem alguma coisa para separar ou parar a briga? [EFI_PEALEA]

- 1 - Muito improvável.
 2 – Improvável.
 3 - Nem provável nem improvável.
 4 – Provável.
 5 – Muito provável.
 9 – NS/NR

25. Pense na comunidade em que mora ou trabalha (Distrito de Santo Antônio de Lisboa ou Distrito de Parelheiros). Quanto você concorda com as seguintes declarações? [ECON]

Nesta comunidade...	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	NR/NS
a. ... muitas pessoas estão tendo problemas financeiros/econômicos. [ECON_PROB]	1	2	3	4	9
b. ... parece que muitas pessoas se mudaram daqui nos últimos anos. [ECON_IDO]	1	2	3	4	9
c. ... muitas pessoas estão desempregadas. [ECON_DESEMP]	1	2	3	4	9
d. ... a maioria dos empregos disponíveis pagam mal. [ECON_MALPAGO]	1	2	3	4	9

26. Aponte com qual frequência você observa as seguintes atitudes nessa comunidade: [ACCOUNTABILITY]

	Sempre	Com frequência	Raramente	Nunca	NS/NR
a. Os membros desta comunidade estão empenhados em fazer mudanças para melhorá-la. [ACC_COMPROM]	1	2	3	4	9
b. Estou disposto a assumir o compromisso de melhorar esta comunidade. [ACC_YO]	1	2	3	4	9
c. As pessoas desta comunidade cumprem suas promessas.	1	2	3	4	9

[ACC PALABRA]					
d. Os membros desta comunidade sentem-se à vontade para falar sobre os compromissos que assumiram para melhorar a comunidade. [ACC HABLA]	1	2	3	4	9
e. Em geral, os membros desta comunidade são responsáveis com os compromissos que assumem. [ACC RESPON]	1	2	3	4	9
f. Em geral, os membros dessa comunidade saem de suas reuniões com uma compreensão clara sobre os compromissos que todos assumiram. [ACC CLARA]	1	2	3	4	9

27. A seguir listamos uma série de problemas que podem ou não ocorrer na sua comunidade. Gostaríamos de saber o quão grave você considera cada um desses problemas em sua comunidade. [PROB]

Quão grave é ...	Muito Grave	Grave	Um Pouco Grave	Nada Grave	NR/N S
a. Consumo de álcool por adolescentes. [PROB_ALC]	1	2	3	4	9
b. Uso de drogas por adolescentes. [PROB_DROGA]	1	2	3	4	9
c. Conflitos com a lei e violência praticada por adolescentes. [PROB_VIOL]	1	2	3	4	9
d. Pobreza. [PROB_POB]	1	2	3	4	9
e. Gangues ou facções. [PROB_GAN]	1	2	3	4	9
f. Educação de baixa qualidade. [PROB_EDUC]	1	2	3	4	9
g. Gravidez na adolescência. [PROB_EMBAR]	1	2	3	4	9
h. Problemas que afetam a saúde mental, como depressão e suicídio. [PROB_MENTAL]	1	2	3	4	9
i. Prostituição infantil/na adolescência. [PROB_PROST]	1	2	3	4	9
j. Recrutamento de adolescentes para gangues criminosas. [PROB_RECL]	1	2	3	4	9
k. Violência nas torcidas organizadas e eventos esportivos. [PROB_FUTBOL]	1	2	3	4	9

28. Quão difícil seria para adolescentes nesta comunidade obter certas drogas?
[AVAILABILITY]

Quão fácil ou difícil é ...	Muito Difícil	Um Pouco Difícil	Um Pouco Fácil	Muito Fácil	NR/N S
a. Para os adolescentes da sua comunidade acessar bebida alcoólica? [OBTEN_ALC]	1	2	3	4	9
b. Para os adolescentes da sua comunidade acessar cigarro/tabaco? [OBTEN_CIG]	1	2	3	4	9
c. Para os adolescentes da sua comunidade acessar maconha? [OBTEN_MAR]	1	2	3	4	9
d. Para os adolescentes da sua comunidade acessar outras drogas ilegais, como cocaína, crack e ecstasy? [OBTEN_DRUG]	1	2	3	4	9

29. Quantos anos você tem? [IDADE]

- 1 - Menos de 25 anos.
- 2 - Entre 25 e 30 anos.
- 3 - Entre 31 e 40 anos.
- 4 - Entre 41 e 50 anos.
- 5 - Entre 51 e 60 anos.
- 6 - Entre 61 e 70 anos.
- 7 - Mais de 70 anos.

30. Qual é o seu maior nível de escolaridade? [ESCOLA]

- 1 – Ensino fundamental incompleto.
- 2 – Ensino fundamental completo.
- 3 – Ensino médio incompleto.
- 4 - Ensino médio completo.
- 5 – Curso técnico ou escola profissionalizante.
- 6 – Ensino superior incompleto.
- 7 – Ensino superior completo.
- 8 – Pós-graduação.

31. Continue pensando na comunidade em que você mora/trabalha (Distrito de Santo Antônio de Lisboa ou Distrito de Parelheiros). Se essa comunidade decidisse formar um grupo dedicado à prevenção do crime e do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes, seria importante a participação de quais líderes e de quais setores nesta iniciativa? [QUALLID]

32. Muito obrigado pela sua disponibilidade em responder essa escala. Você gostaria de acrescentar algum comentário sobre o assunto abordado nesta escala? [COMENTS]

ANEXO 5

Roteiro de entrevista para avaliação de prontidão da comunidade, tradução para o português do modelo CRM

A. ESFORÇOS COMUNITÁRIOS (programas, atividades, políticas, etc.) + B. CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE ESFORÇOS

1. Usando uma escala de 1 a 10, qual é o grau de preocupação de “**essa demanda**” em sua comunidade (com 1 sendo “absolutamente nada” e 10 sendo “uma grande preocupação”)? Por favor, explique. *(NOTA: este número entre um e dez NÃO é incluído em sua pontuação desta dimensão de forma alguma - é apenas para fornecer um ponto de referência.)*

2. Que serviços ou esforços estão disponíveis em sua comunidade para abordar a prevenção / tratamento “**essa demanda**”? (A)

3. Há quanto tempo esses serviços ou esforços existem em sua comunidade?

4. Quais são os pontos fortes desses serviços? (B)

5. Quais são os pontos fracos desses serviços? (B)

7. Como esses serviços têm sido apoiados pela comunidade? (A)

8. Geralmente, a comunidade usa esses serviços? Por favor, explique. (A)

9. Usando uma escala de 1 a 10, até que ponto as pessoas na comunidade estão cientes dos serviços (sendo 1 "sem conhecimento" e 10 "muito atento")? *(NOTA: este número entre um e dez NÃO é incluído em sua pontuação desta dimensão de forma alguma - é apenas para fornecer um ponto de referência.)* (B)

10. Explique o que a comunidade sabe sobre esses serviços, como o que eles fornecem, como acessar...?

C. LIDERANÇA

11. Usando uma escala de 1 a 10, até que ponto “**essa demanda**” é uma preocupação para a liderança (sendo 1 “nada” e 10 “muito preocupante”)? Por favor, explique. *(NOTA: este número entre um e dez NÃO é incluído em sua pontuação desta dimensão de forma alguma - é apenas para fornecer um ponto de referência.)*

12. Como os líderes em sua comunidade apoiam os esforços atuais? Por favor, explique.

13. Como os líderes ajudaram na implementação desses esforços ou serviços?

14. A liderança apoiaria esforços adicionais? Por favor, explique.

D. CLIMA COMUNITÁRIO

15. Qual é a atitude da comunidade sobre “**essa demanda**”?

16. Quais são os principais obstáculos para a obtenção de serviços em sua comunidade?

E. CONHECIMENTO SOBRE O PROBLEMA

17. Até que ponto os membros da comunidade conhecem “**essa demanda**”? Por favor, explique. (*Aviso: por exemplo, sinais, sintomas, estatísticas locais, etc.*)

18. Em sua comunidade, que tipo de informação está disponível sobre “**essa demanda**”?

19. Os dados locais sobre “**essa demanda**” estão disponíveis em sua comunidade? Se sim, onde?

20. Como as pessoas obtêm essas informações em sua comunidade?

F. RECURSOS PARA ESFORÇOS DE PREVENÇÃO (tempo, dinheiro, pessoas, espaço, etc.)

21. Qual é a atitude da comunidade sobre apoiar esforços com pessoas que oferecem tempo voluntário, fazendo doações financeiras e fornecendo espaço?

22. Você está ciente de quaisquer propostas ou planos de ação que foram escritos para resolver “**essa demanda**” em sua comunidade?

23. Você sabe se há avaliação dos esforços? Se sim, em uma escala de 1 a 10, quão sofisticado é o esforço de avaliação (com 1 sendo “nada” e 10 sendo “muito sofisticado?”)? (*NOTA: este número entre um e dez NÃO é incluído em sua pontuação desta dimensão de forma alguma - é apenas para fornecer um ponto de referência.*)

ANEXO 6

Escalas de Classificação Ancoradas para Pontuação (**Negrito indica como um estágio difere do estágio anterior**)

DIMENSÃO: CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE ESFORÇOS

Nível 1: Os membros da comunidade **não têm conhecimento** sobre os esforços locais para resolver o problema.

Nível 2: **Apenas alguns membros** da comunidade têm **algum conhecimento** sobre os esforços locais voltados para lidar com o problema. Os membros da comunidade podem ter **ideias erradas ou conhecimento incorreto** sobre esforços locais (por exemplo, sua finalidade ou para quem são).

Nível 3: Pelo menos **alguns** membros da comunidade **ouviram falar dos esforços locais, mas pouco mais**.

Nível 4: Pelo menos alguns membros da comunidade ouviram falar dos esforços locais e estão **familiarizados com o propósito dos esforços**.

Nível 5: Pelo menos alguns membros da comunidade já ouviram falar dos esforços locais e estão familiarizados com o propósito dos esforços, **a quem se destinam e como funcionam os esforços**.

Nível 6: **Muitos** membros da comunidade ouviram falar dos esforços locais e estão familiarizados com o propósito do esforço. Pelo menos alguns membros da comunidade sabem para quem são os esforços e como funcionam os esforços.

Nível 7: **Muitos** membros da comunidade já ouviram falar dos esforços locais, estão familiarizados com o propósito do esforço, **a quem se destinam e como funcionam os esforços. Pelo menos alguns membros da comunidade conhecem a eficácia dos esforços locais**.

Nível 8: A **maioria** dos membros da comunidade já ouviu falar dos esforços locais e está familiarizada com o propósito do esforço. **Muitos** membros da comunidade sabem quais são os esforços e como funcionam os esforços. **Alguns** membros da comunidade conhecem a eficácia dos esforços locais.

Nível 9: A maioria dos membros da comunidade tem **amplo conhecimento sobre os esforços locais, sabendo o propósito, para quem são os esforços e como funcionam os esforços. Muitos** membros da comunidade conhecem a eficácia dos esforços locais.

DIMENSÃO: LIDERANÇA

Nível 1: A liderança acredita que o problema **não é uma preocupação.**

Nível 2: A liderança acredita que esse problema pode ser uma preocupação para a comunidade, mas **não acha que possa ou deva ser abordado.**

Nível 3: Pelo menos **alguns dos líderes acreditam que esse problema pode ser uma preocupação para esta comunidade.** Pode não ser visto como uma prioridade. Eles não mostram motivação imediata para agir.

Nível 4: Pelo menos alguns dos líderes acreditam que esse problema é uma preocupação da comunidade e que **algum tipo de esforço é necessário para resolvê-lo.** Embora alguns possam apoiar pelo menos passivamente os esforços atuais, apenas **alguns podem estar participando do desenvolvimento, melhoria ou implementação de esforços.**

Nível 5: **Pelo menos parte da liderança está participando do desenvolvimento, melhoria ou implementação de esforços,** possivelmente sendo membro de um grupo que está trabalhando para esses esforços ou apoiando a alocação de recursos para esses esforços.

Nível 6: Pelo menos parte da liderança **desempenha um papel fundamental** na participação nos esforços atuais e no desenvolvimento, melhoria e/ou implementação de esforços, possivelmente na **liderança** de grupos ou **falando publicamente** a favor dos esforços e/ou outros tipos de **condução de forças.**

Nível 7: Pelo menos parte da liderança desempenha um papel fundamental para **garantir ou melhorar a viabilidade de longo prazo dos esforços** para resolver esse problema, por exemplo, alocando financiamento de longo prazo.

Nível 8: Pelo menos parte da liderança desempenha um papel fundamental na **expansão e melhoria dos esforços, avaliando e modificando** os esforços, **buscando novos recursos** e/ou ajudando a desenvolver e implementar novos esforços.

Nível 9: Pelo menos parte da liderança está **revisando continuamente os resultados** da avaliação dos esforços e **modificando o suporte financeiro de acordo.**

DIMENSÃO: CLIMA DA COMUNIDADE

Nível 1: Os membros da comunidade acreditam que o problema **não** é uma preocupação.

Nível 2: Os membros da comunidade acreditam que este problema **pode ser** uma preocupação nesta comunidade, mas **não acham que pode ou deve ser abordado**.

Nível 3: Alguns membros da comunidade **acreditam que esse problema pode ser uma preocupação na comunidade, mas não é visto como uma prioridade**. Eles não mostram motivação para agir.

Nível 4: Alguns membros da comunidade acreditam que esse problema é uma preocupação da comunidade e que **algum tipo de esforço é necessário para resolvê-lo**. Embora alguns possam apoiar, pelo menos passivamente, os esforços, **apenas alguns podem estar participando do desenvolvimento, melhoria ou esforços de implementação**.

Nível 5: Pelo menos **alguns** membros da comunidade estão **participando do desenvolvimento, melhoria ou implementação de esforços**, possivelmente participando de reuniões de grupo que trabalham para esses esforços.

Nível 6: Pelo menos **alguns** membros da comunidade desempenham um **papel fundamental** no desenvolvimento, melhoria e/ou implementação de esforços, possivelmente sendo membros de grupos ou falando publicamente a favor dos esforços e/ou como outros tipos de **forças motrizes**.

Nível 7: Pelo menos alguns membros da comunidade desempenham um papel fundamental em **garantir ou melhorar a viabilidade de longo prazo dos esforços** (por exemplo, apoiar um aumento de impostos). A atitude na comunidade é: “Nós assumimos a responsabilidade”.

Nível 8: A **maioria** da comunidade apoia **fortemente** os esforços ou a necessidade de esforços. **O nível de participação é alto**. “Precisamos continuar nossos esforços e ter certeza de que o que estamos fazendo é eficaz.”

Nível 9: A maioria da comunidade **apoia fortemente os esforços** para resolver o problema. **Os membros da comunidade exigem responsabilidade**.

DIMENSÃO: CONHECIMENTO DA QUESTÃO/PROBLEMA

Nível 1: Os membros da comunidade **não** têm conhecimento do problema.

Nível 2: **Apenas alguns** membros da comunidade têm **algum conhecimento** sobre o problema. Entre muitos membros da comunidade, existem **equívocos sobre o problema** (por exemplo, como e onde ocorre, por que precisa ser abordado, se ocorre localmente).

Nível 3: Pelo menos **alguns** membros da comunidade **ouviram falar do problema**, mas pouco mais. Entre alguns membros da comunidade, **pode haver** ideias erradas sobre o problema. Os membros da comunidade **podem estar um pouco cientes de que o problema ocorre localmente**.

Nível 4: Pelo menos alguns membros da comunidade **sabem um pouco sobre as causas, consequências, sinais e sintomas**. Pelo menos alguns membros da comunidade **estão** cientes de que o problema ocorre localmente.

Nível 5: Pelo menos **alguns** membros da comunidade sabem algo sobre as causas, consequências, sinais e sintomas. Pelo menos alguns membros da comunidade estão cientes de que o problema ocorre localmente.

Nível 6: Pelo menos alguns membros da comunidade sabem algo sobre as causas, consequências, sinais e sintomas. Pelo menos alguns membros da comunidade têm algum conhecimento sobre **o quanto isso ocorre localmente e seus efeitos na comunidade**.

Nível 7: Pelo menos alguns membros da comunidade **sabem muito** sobre as causas, consequências, sinais e sintomas. Pelo menos alguns membros da comunidade têm algum conhecimento sobre o quanto isso ocorre localmente e seus efeitos na comunidade.

Nível 8: A **maioria** dos membros da comunidade sabe muito sobre as causas, consequências, sinais e sintomas. Pelo menos alguns membros da comunidade têm **muito conhecimento** sobre o quanto isso ocorre localmente, seu efeito na comunidade e como lidar com isso localmente.

Nível 9: A maioria dos membros da comunidade tem **conhecimento detalhado** sobre o problema, sabendo informações **detalhadas** sobre as causas, consequências, sinais e sintomas. A **maioria** dos membros da comunidade tem **conhecimento detalhado** sobre o quanto isso ocorre localmente, seu efeito sobre a comunidade e como abordá-la localmente.

DIMENSÃO: RECURSOS RELACIONADOS AO PROBLEMA

Nível 1: **Não** há recursos disponíveis para (mais) esforços.

Nível 2: Existem recursos muito **limitados** (como uma sala comunitária) que podem ser usados para esforços futuros. Não há nenhuma ação para alocar esses recursos para lidar com esse problema. O financiamento para quaisquer esforços atuais não é estável ou contínuo.

Nível 3: Existem **alguns** recursos (como uma sala comunitária, voluntários, profissionais locais ou subsídios ou outras fontes de financiamento) que podem ser usados para esforços futuros. **Há pouca ou nenhuma ação** para alocar esses recursos para esse problema.

Nível 4: Existem alguns recursos identificados que podem ser usados para esforços futuros. **Alguns membros ou líderes da comunidade já direcionaram ou estão pensando em usar esses recursos** para resolver o problema.

Nível 5: Existem alguns recursos identificados que podem ser usados para esforços adicionais para resolver o problema. Alguns membros ou líderes da comunidade estão trabalhando **ativamente para garantir esses recursos**; por exemplo, eles podem **solicitar doações, redigir propostas de subsídios ou buscar voluntários**.

Nível 6: **Novos recursos** foram **obtidos e/ou alocados** para apoiar esforços adicionais para resolver este problema.

Nível 7: Uma **parte considerável** dos recursos alocados para os esforços **são de fontes que se espera que forneçam suporte estável ou contínuo**.

Nível 8: Uma parte considerável dos recursos alocados para os esforços provém de fontes que se espera que forneçam suporte contínuo. **Os membros da comunidade estão procurando suporte adicional para implementar novos esforços**.

Nível 9: **Recursos e fundos diversificados são garantidos e os esforços devem continuar.** Há **suporte adicional para novos** esforços.

ANEXO 7

Figura 10 - Modelo de Folha de Pontuação Individual e de Consenso do *Community Readiness Model*, Presente no Manual Pested et al., 2006

Community Readiness Assessment Scoring Sheet

Scorer: _____ Date: _____

INDIVIDUAL SCORES: Record each scorer's independent results for each interview for each dimension. The table provides spaces for up to six interviews.

Interviews	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Dimension A						
Dimension B						
Dimension C						
Dimension D						
Dimension E						
Dimension F						

CONSENSUS SCORES: For each interview, the two scorers should discuss their individual scores and then agree on a single score. This is the **COMBINED SCORE**. Record it below and repeat for each interview in each dimension. Then, *add across each row* and find the total for each dimension. Use the total to find the calculated score below.

Interviews	#1	#2	#3	#4	#5	#6	TOTAL
Dimension A							
Dimension B							
Dimension C							
Dimension D							
Dimension E							
Dimension F							

CALCULATED SCORES: Use the combined score **TOTAL** in the table above and divide by the number of interviews conducted. Add the calculated scores together and enter it under total.

	Stage Score
TOTAL Dimension A _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____
TOTAL Dimension B _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____
TOTAL Dimension C _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____
TOTAL Dimension D _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____
TOTAL Dimension E _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____
TOTAL Dimension F _____ ÷ # of interviews _____ = _____	_____

Average Overall Community Readiness Score: _____

OVERALL STAGE OF READINESS: Take the **TOTAL** calculated score and divide by 6 (the number of dimensions). Use the list of stages below to match the result with a stage of readiness. Remember, round down instead of up.

TOTAL Calculated Score _____ ÷ 6 = _____

Score	Stage of Readiness
1	No Awareness
2	Denial / Resistance
3	Vague Awareness
4	Preplanning
5	Preparation
6	Initiation
7	Stabilization
8	Confirmation / Expansion
9	High Level of Community Ownership

COMMENTS, IMPRESSIONS, and QUALIFYING STATEMENTS about the community:

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Membros da Coalizão Comunitária e Líderes-Chave

Através deste termo convidamos você a contribuir com a pesquisa intitulada “**Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* ao Brasil**”, coordenado pela Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider, do Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN) e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A pesquisa tem como objetivo geral “Realizar a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* à realidade brasileira, através de um estudo piloto em colaboração interinstitucional, em duas comunidades situadas em duas regiões brasileiras, uma em Santa Catarina e outra em São Paulo”.

Serão aplicados dois questionários *on-line* e entrevistas sobre a avaliação da prontidão comunitária, capacidade de liderança e de coalizão comunitária, avaliação da fidelidade de implementação do CTC. Os instrumentos *on-line* serão enviados através de um *link* aos *e-mails* dos participantes, em dois momentos da pesquisa, antes e depois da implementação piloto do CTC, com duração prevista de 20 minutos. As entrevistas, realizadas também de maneira *on-line* através de videoconferência, devido às condições sanitárias da pandemia de COVID-19. Terão duração média prevista de 60 minutos e serão gravados em áudio, sendo que nomes ou quaisquer dados que possam identificar os participantes serão preservados. Estes instrumentos serão aplicados por estudantes da pós-graduação em Psicologia da UFSC, treinados para a tarefa.

Há a possibilidade de riscos mínimos considerando que a temática poderá causar constrangimentos por abordar articulações da vida comunitária, além do levantamento sobre o uso de drogas e vivências de violências e podem acarretar em mobilização de afetos e experiências de vulnerabilidade psicossocial. Nestes casos, o questionário e/ou a entrevista poderá ser interrompido caso seja necessário. Além disso, poderá ser combinado suporte psicológico fornecido pela equipe do PSICLIN, caso sinta necessidade. Há também algum risco mínimo de identificação dos participantes, mas que se busca controlar pela manutenção de sigilo de informações que dizem respeito à identidade. Os dados fornecidos serão

confidenciais, os nomes dos participantes não serão identificados e o acesso aos dados coletados será realizado pelas pesquisadoras principais e/ou pela pesquisadora responsável. Embora esta pesquisa não ofereça benefícios diretos imediatos, o participante estará contribuindo na ampliação do conhecimento sobre coalizão comunitária, prevenção baseada em evidência, risco e proteção para a adolescência.

É importante saber que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação deles. Porém, caso alguma despesa comprovadamente associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Da mesma forma, caso haja algum prejuízo material ou imaterial em decorrência direta e comprovada da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Você poderá ter acesso aos resultados deste estudo, sendo possível solicitá-los por *e-mail* abaixo. Os resultados poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e revistas científicas, com a garantia de que os nomes dos participantes não serão divulgados.

Em caso de dúvida ou se você sentir que há prejuízo para sua comunidade, poderá contatar a pesquisadora responsável, Daniela Ribeiro Schneider, pessoalmente no endereço Rua Engenheiro Agrônomo Andrey Cristian Ferreira, 240, Carvoeira, Florianópolis - SC, 88036-020, Departamento de Psicologia, sala 214 do CFH, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - ou por meio dos telefones (48) 999717762 e (48) 37218607, ou *e-mail*: danischneiderpsi@gmail.com, ficando garantido que você pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Os arquivos físicos e/ou digitais serão mantidos em sigilo sob guarda da pesquisadora responsável por um período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa. Encerrado este período, os materiais poderão ser descartados de forma a não permitir quebra do sigilo das informações nele contidas. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade. O comitê de ética é um órgão colegiado interdisciplinar, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Os pesquisadores responsáveis, que também assinam esse documento, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12,

que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, você poderá baixar uma cópia do mesmo, para guardar a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O(A) senhor(a) deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, ficando dispensado da assinatura, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido afirmou ter lido as informações acima, ter recebido as explicações necessárias, ter tido oportunidade de tirar todas as dúvidas e consentir participar da pesquisa intitulada “**Estudo piloto para a adaptação cultural do Sistema de Prevenção *Communities That Care* ao Brasil**”. Tive a oportunidade de permanecer com uma via do mesmo, visto que ele foi entregue e assinado em duas vias. Também confirmo que o pesquisador informou comprometer-se a conduzir a pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Eu, _____, RG _____, li este documento e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por autorizar a minha participação na pesquisa.

Assinatura

_____/_____/____

Data

Eu afirmo que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o indivíduo acima por mim incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação neste estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

Assinatura Digital do Pesquisador Responsável, com data.

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider

Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial - Sala 214 – Bloco D –
CFH – Campus Trindade – UFSC - CEP 88.040-900.