



Tese de Doutoramento em Regime de Cotutela entre a Universidade  
de Brasília e a Universidade do Porto

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES (PFF): EFEITOS  
SOBRE ESTILOS PARENTAIS E COMUNICAÇÃO MÃE-FILHO(A)**

Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

Brasília, 2021



Universidade de Brasília / Universidade do Porto

Instituto de Psicologia / Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação

Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura / Doutorado em Psicologia

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA FAMÍLIAS FORTES (PFF): EFEITOS  
SOBRE ESTILOS PARENTAIS E COMUNICAÇÃO MÃE-FILHO (A)**

Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

Brasília, 2021



Universidade de Brasília / Universidade do Porto

Instituto de Psicologia / Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação

Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura / Doutorado em Psicologia

**Avaliação do Programa Famílias Fortes (PFF): Efeitos sobre Estilos Parentais e  
Comunicação Mãe-Filho(a)**

Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo

Tese de Doutorado apresentada junto aos Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília e Programa Doutoral em Psicologia da Universidade do Porto, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadoras: Dra Sheila Giardini Murta (UnB) e Dra. Anne Marie Fontaine (UP)

Co-Orientadores: Dra. Isabela Machado da Silva (UnB) e Dr. Jorge Gato (UP)

Brasília, 2021

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e à Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação das Professoras Doutoras Sheila Giardini Murta e Anne Marie Fontaine.

### **Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sheila Giardini Murta (Orientadora e Presidente da Banca)  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine (Orientadora)  
Universidade do Porto – UP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos  
Universidade de Brasília - UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Susana Maria Gonçalves Coimbra  
Universidade do Porto – UP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla  
Universidade de São Paulo - USP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Telmo Mota Ronzani (Suplente)  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF



Alexandre Beck, 02/03/2017

## **Agradecimentos**

Agradeço:

Aos meus pais, Alcimar e Albina, por terem sempre me dado apoio, suporte, carinho, respeito e liberdade para que eu traçasse meu próprio caminho. Amo vocês!

Ao meu marido, Mauro, por tolerar meus defeitos e meus humores, confiar em mim e topiar o desafio de novas aventuras na vida. Te amo!

Aos meus avós, Maria, que ainda me dá a alegria de sua divertida companhia e Doca, Mundico e Teca, que preenchem de felicidade as minhas memórias. Não sei se sabem ou se lembrarão desta conquista, mas agradeço por encher minha vida de dindim, bolinhas de sabão, carinho e sabedoria.

À Sheila, por ser uma guia acadêmica, uma audiência atenta, uma motivação para o conhecimento e uma orientadora acolhedora e cuidadosa. Espero que continuemos nossa parceria na luta pela saúde e educação.

À Anne Marie e Jorge Gato pela confiança, parceria e receptividade. De um mundo de possibilidades, acertei “em cheio” ao ter escolhido fazer parte da República da 208.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida), em especial José Marcelo e Claudia Alves, pela troca de conhecimentos, experiências, textos e angústias e pela enriquecedora amizade. A trajetória ficou leve e divertida com vocês.

À Ingrid Abdala, Larissa Nobre-Sandoval, Ana Carolina Villas-Boas, Ana Carolina Barbosa de Mello, Maria Júlia Barbosa de Mello, prof. Luis Gustavo Vinha e prof. Maria Auxiliadora Dessen pelo auxílio e valiosas contribuições para a consecução de um ou vários estudos que compõem esta tese.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, em especial à professora Isabela Machado, por continuarem, apesar de todos os desafios impostos, a fazer uma Universidade pública, gratuita e de qualidade.

Aos colegas do Departamento de Psicologia da UFMA, em especial Catarina, Carla, Denise, Lucas, Áurea, Rosana, Rosane, Wanda e Wânia por terem encorajado, apoiado e incentivado o meu afastamento durante esses três anos. Já voltarei para continuarmos na luta!

Às amoras do Gueto – em ordem alfabética para não ter ciúmes! – Ana Letícia, Andreza, Denise, Eli, Fabi, Josy, Luciane, Mae, Renata, Vanessa Espindola e Vanessa Maluf, comigo desde a graduação e, certamente, até os bingos na velhice. Sempre uma alegria estar com vocês.

Aos bizarros, Ahirlan Castro e Livia Costa, amigos de toda a vida (para não termos que fazer as contas!). Vocês fazem parte da minha história e daquilo que sou. Que continuemos, juntos, escrevendo as páginas das nossas vidas!

À Concy, amiga que Brasília me presenteou, pelo apoio e ajuda em todos os momentos. Vamos abrir um *rosé* em breve para comemorar!

Aos professores da banca de defesa, Silvia Lordello, Marcia Melo, Susana Coimbra e Telmo Ronzani, por aceitarem o convite e investirem vosso tempo em leitura cuidadosa e sugestões de melhoria.

Às mães, pais, filhos e filhas que receberam o programa e participaram da pesquisa. Obrigada por nos permitir ver, aprender e (com)viver com suas realidades e potencialidades.

Ao povo brasileiro que sustentamos uma rede pública de ensino superior, bem como agências de fomento à pesquisa e apoio à pós-graduação, como a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). Não desistiremos de nenhum direito por nós conquistado!

Ao Preguiças – entendedores, entenderão – por estar sempre aí, por recuperar minhas energias e ser um fôlego nos fins de tarde.

Ao Universo, por ter colocado todos vocês no meu caminho; e por estar aqui, cumprindo minha missão e meus projetos.

## Sumário

<b>Lista de Tabelas</b> .....	<b>14</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>15</b>
<b>Lista de Anexos</b> .....	<b>16</b>
<b>Lista de Apêndices</b> .....	<b>17</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>18</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>19</b>
<b>Introdução Geral</b> .....	<b>20</b>
Perguntas de Pesquisa .....	34
Objetivos Gerais da Tese.....	36
Organização da Tese .....	36
Referências .....	38
<b>Capítulo 1. Para além da Efetividade do Programa Famílias Fortes (PFF): uma revisão de escopo baseada no modelo RE-AIM</b> .....	<b>45</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>46</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>47</b>
The Present Study.....	49
<b>Method</b> .....	<b>50</b>
<b>Results</b> .....	<b>53</b>
Documental Basis.....	53
The version of SFP (10-14) analyzed.....	53

Reach of the SFP (10-14).....	55
Effectiveness of the SFP (10-14) .....	59
Adoption of the SFP (10-14).....	62
Implementation of the SFP (10-14).....	62
Maintenance of SPF (10-14) in Services.....	69
<b>Discussion .....</b>	<b>69</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>74</b>
<b>References .....</b>	<b>76</b>
<b>Capítulo 2. Um instrumento específico para a uma população específica: como funciona a Escala de Práticas Parentais (EPP) em uma amostra de jovens vulnerabilizados?.....</b>	<b>94</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>95</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>96</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>97</b>
Main theoretical frameworks .....	98
Parental practices measurement .....	99
The present study .....	101
<b>Method.....</b>	<b>102</b>
Study Design .....	102
Participants .....	102
Instrument.....	102
Procedures .....	103
Data analysis .....	103

<b>Results .....</b>	<b>104</b>
Preliminary Analyses .....	104
Confirmatory Factor Analyses (CFA).....	104
<b>Discussion .....</b>	<b>108</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>112</b>
<b>References .....</b>	<b>113</b>
<b>Capítulo 3. Equilibrando amor e limites: impactos do Programa Famílias Fortes nas dimensões de parentalidade em famílias vulnerabilizados do nordeste brasileiro .....</b>	<b>120</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>121</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>122</b>
The Present Study.....	126
<b>Method.....</b>	<b>127</b>
Study Design .....	127
Participants .....	128
Instruments .....	129
Procedures .....	130
Intervention .....	131
Statistical Analyses .....	134
<b>Results .....</b>	<b>135</b>
Four-Cluster Solution Validation .....	135
Parenting Styles: Sociodemographic Characteristics.....	137
Associations between Parenting Styles and Participation/Dropout across evaluations .....	138

Intra- and Inter-Group Changes in Parenting Styles .....	138
<b>Discussion</b> .....	<b>142</b>
<b>References</b> .....	<b>148</b>
<b>Capítulo 4. “Aninha não fala nada, só mexe a cabeça!”: mudanças na comunicação mãe-filho(a) após participação no Programa Famílias Fortes</b> .....	<b>160</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>161</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>162</b>
The Current Study .....	164
<b>Method</b> .....	<b>165</b>
Study Design .....	165
Participants .....	165
Instruments .....	167
Procedures .....	168
Data Analysis .....	169
<b>Results</b> .....	<b>170</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>175</b>
<b>References</b> .....	<b>179</b>
<b>Considerações Finais da Tese</b> .....	<b>188</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>202</b>
Anexo A. Parecer do Comitê de Ética.....	203
Anexo B. Comprovante de Submissão do Manuscrito 1 à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica .....	206

<b>Apêndices .....</b>	<b>207</b>
Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	208
Apêndice B. Termo de Assentimento .....	209
Apêndice C. Termo de Autorização Imagem e Voz (TAIV) .....	210

## **Lista de Tabelas**

### **Introdução Geral**

Tabela 1. *Classificação de Intervenções Preventivas em Saúde Mental*

Tabela 2. *Classificação da Prevenção: forma e funcionalidade em uma matriz de prevenção, com exemplos ilustrativos*

### **Manuscrito 1**

Table 1. *Number of included papers supplying information about the RE-AIM dimensions*

### **Manuscrito 2**

Table 1. *Structure and internal consistencies indexes among the three studies using the in EPP Brazil*

### **Manuscrito 3**

Table 1. *Participants' sociodemographic characteristics*

Table 2. *Contents for youth-, parent-, and family-sessions*

Table 3. *Parenting styles clusters*

Table 4. *Sociodemographic characteristics of each parenting style group*

Table 5. *Differences on responsiveness and demandingness over time and regarding parenting styles*

### **Manuscrito 4**

Table 1. *Participants' sociodemographic characteristics*

Table 2. *Cards for the Observation of Dyadic Family Interaction.*

Table 3. *Composition of the negative, positive and neutral indicators*

Table 4. *Pre- x posttest comparisons of negative, positive and neutral indicators*

## **Lista de Figuras**

### **Introdução Geral**

*Figura 1.* Modelo Lógico do Programa Famílias Fortes (PFF)

### **Manuscrito 1**

*Figura 1.* Selection steps to compose the basis of the document

### **Manuscrito 2**

*Figura 1.* Parenting Practices Scale (EPP) – six factor model

*Figura 2.* Parenting Practices Scale (EPP) – model fit for demandingness and responsiveness dimensions

### **Manuscrito 3**

*Figura 1.* Responsiveness and demandingness over time regarding parenting styles

### **Manuscrito 4**

*Figura 1.* Verbal aspects of the communication: dyads pre- x post-test comparison

*Figura 2.* Non-verbal aspects of the communication: dyads pre- x post-test comparison

*Figura 3.* Formal aspects of the communication: dyads pre- x post-test comparison

## **Lista de Anexos**

### **Aplicáveis a todos os Manuscritos**

Anexo A. Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

### **Manuscrito 1**

Anexo B. Comprovante de submissão à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica

## **Lista de Apêndices**

### **Aplicáveis a todos os Manuscritos**

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B. Termo de Assentimento

Apêndice C. Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz

## Resumo<sup>1</sup>

Em 2013, o Governo Federal do Brasil resolveu ampliar a oferta de programas para o controle de uso de substâncias entre adolescentes. Considerando que a prevenção é concebida como o pilar para esse controle e a premissa internacional de primar por escolhas de estratégias baseadas em evidências científicas, adotou-se o programa estadunidense *Strengthening Families Program (SFP 10-14)*. O Programa Famílias Fortes (PFF), como foi denominado no Brasil, é um programa de prevenção universal, baseado na família, destinado a adolescentes de 10 a 14 anos e seus pais ou cuidadores. Apesar de a efetividade ser uma dimensão crucial na avaliação de um programa, ela não deve ser considerada independente de outras variáveis que impactam na entrega do programa. Desta assertiva, decorre a primeira pergunta que esta tese de doutoramento busca responder: Quais as evidências de alcance, efetividade, adoção, implementação e sustentabilidade do SFP 10-14 reportadas pela literatura internacional? Esta pergunta é respondida no manuscrito 1 que compõe esta tese. Nele, utiliza-se o modelo RE-AIM para realizar uma revisão de escopo das dimensões alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção do SFP (10-14) em diversos países que o implementaram. Os resultados revelaram que efetividade, implementação e manutenção em nível individual foram os aspectos mais avaliados, enquanto alcance, manutenção em nível organizacional e adoção foram os menos investigados. Efeitos positivos na prevenção do abuso de drogas e habilidades parentais protetivas foram encontrados nos estudos estadunidenses. Da mesma forma, estudos latino-americanos mostraram a melhoria das práticas parentais. No entanto, os estudos europeus produziram resultados mistos, com efeitos predominantemente nulos sobre o abuso de substâncias. A fidelidade da implementação foi alta. Não há evidências disponíveis de adoção e manutenção em nível organizacional. Uma vez que não pode esperar-se que um programa “funcione” da mesma maneira quando implementado em contextos e populações diferentes daquelas onde o programa já fora avaliado, esta tese passa a buscar respostas acerca dos efeitos secundários previstos no modelo lógico do PFF. Primeiramente, objetiva identificar se o PFF foi efetivo em melhorar dimensões educativas mais frágeis nos diversos estilos parentais. Esse objetivo é alcançado com dois manuscritos. O manuscrito 2 faz uma avaliação do instrumento utilizado para avaliar os estilos parentais – sistematizado nas dimensões básicas de responsividade e exigência – e os resultados da Análise fatorial confirmatória indicam que as Escalas de Práticas Parentais, no formato de dois fatores apresentam melhor ajustamento à população estudada. No manuscrito 3, a análise de agrupamentos indica que a taxonomia de quatro estilos parentais, nomeadamente, autoritativo, autoritário, indulgente e negligente pode ser encontrada na população vulnerabilizada em estudo. E análises de comparação entre grupos, assinala que o PFF foi efetivo em melhorar a dimensão responsividade em pais autoritários e a dimensão exigência em pais indulgentes, as dimensões, respectivamente, mais frágeis de ambos os estilos. Por último, o manuscrito 4 tem como objetivo avaliar se o programa impactou na qualidade da comunicação mãe-filho. De delineamento qualitativo e com uso de método observacional de gravação em vídeo, o estudo analisa pré- e pós-intervenção de seis díades do Rio Grande do Norte que receberam a dose completa do PFF. Com índices de concordância entre juízes que variavam entre moderado e substancial, pode-se afirmar que a comunicação mãe-filho passou a ser mais hierárquica. Os achados desta tese são discutidos considerando características da população-alvo, condições do local de implementação e aspectos culturais; bem como o potencial e ganhos ao adotar-se uma estratégia de prevenção. Por fim, desvela o cenário intimidador que enfrenta a saúde – sobretudo a prevenção a agravos - e a ciência, deparando-se com investimentos públicos cada vez mais exíguos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Programas familiares; Estilos parentais; Comunicação familiar; Ciência da Prevenção.

---

<sup>1</sup> Resumo expandido solicitado pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília para fins de armazenamento e disponibilização do conteúdo no Repositório de Teses e Dissertações da UnB.

## Abstract

In 2013, the Brazilian Federal Government decided to expand the offer of programs to control substance use among adolescents. Considering that prevention is conceived as the pillar for that control and the international premise for choosing preventive strategies based on scientific evidence, the Strengthening Families Program (SFP 10-14) was adopted. The *Programa Famílias Fortes* (PFF), as it was named in Brazil, is a universal, family-based prevention program for adolescents aged 10 to 14 and their parents or caregivers. Even though effectiveness is a crucial dimension in the evaluation of a program, it should not be considered independently of other variables that impact the program delivery. So, the first question that this doctoral thesis sought to answer is: What is the evidence of reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance of the Strengthening Families Program (SFP 10-14) reported by the international literature? This question was addressed in the first manuscript of this thesis. In it, the RE-AIM framework was used to carry out a scoping review of reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance of SFP (10-14) in several countries that have implemented it. The results revealed that effectiveness, implementation and maintenance at the individual-level were the most evaluated aspects, while reach, maintenance at the organizational-level and adoption were the least investigated ones. Positive effects in preventing drug abuse and protective parenting skills have been found in US studies. Likewise, Latin American studies pointed to the improvement of parenting practices. However, European studies have produced mixed results, with predominantly null effects on substance abuse. Implementation fidelity was high. There is no available evidence for adoption and maintenance at the organizational-level. Since a program cannot be expected to “work” in the same way when implemented in contexts and populations that differ from those where the program was already evaluated, we started by investigating the secondary effects proposed in the PFF logical model. First, we aimed to identify whether the PFF was effective in improving dimensions of parenting styles. This objective was achieved with two manuscripts. Manuscript 2 assessed the instrument used to evaluate parenting styles - systematized in the dimensions of responsiveness and demandingness - and the results of the Confirmatory Factor Analysis indicated that the Parenting Practice Scales, as two continuous factors, presented a better fit in the present sample. In manuscript 3, the cluster analysis indicated that the taxonomy of four parenting styles, namely, authoritative, authoritarian, indulgent and negligent, can be found in the vulnerable population under study. Also, comparisons between groups, pointed out that the PFF was effective in improving the responsiveness dimension in authoritarian parents and the demandingness dimension in indulgent parents, respectively the most “fragile” dimensions of both styles. Finally, manuscript 4 aimed to assess whether the program impacts the quality of mother-child communication. Using a qualitative design and an observational video recording method, the study analyzed pre- and post-test of six dyads from Rio Grande do Norte who received the full dose of PFF. Indices of agreement between judges varied between moderate and substantial, and results showed mother-child communication became more hierarchical. The findings of this thesis are discussed considering characteristics of the target population, conditions of the implementation setting and culture; as well as the potential and gains in adopting a prevention strategy. Finally, it draws the attention to the difficult scenario that the health system- especially the prevention of health problems - and science are facing with the increasing reduction of investment in the provision of public services.

Keywords: Vulnerability; Family-based program; Parenting styles; Family communication; Prevention Science.

## Introdução Geral

A adolescência é marcada pela tendência à experimentação, busca de identidade e aceitação social (Cerqueira-Santos, Melo Neto, & Koller, 2014; Morais, Lima, & Fernandes, 2014), pela descoberta de potencialidades e possibilidades, bem como pelo desenvolvimento gradual da independência (Lordello, 2015). Essas características podem favorecer a apresentação de novos e diferentes comportamentos, seja por encorajar o desafio, seja por buscar aprovação de pares. Nesse contexto, os adolescentes tendem a se envolver em comportamentos que podem representar risco para a própria saúde, bem-estar e que podem impactar sua trajetória desenvolvimental (Balocchini, Chiamenti, & Lamborghini, 2013).

No Brasil, estudos epidemiológicos que têm como interesse essa fase do desenvolvimento humano, apontam a prevalência de comportamentos de risco. Ao longo de sete anos, em três edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) – nos anos 2009, 2013 e 2015 – verificou-se avanços, como a estabilização dos níveis de consumo de tabaco e a redução do consumo regular de álcool. Porém, verificou-se, sobretudo, dados preocupantes, tais como o predomínio da inatividade física, a redução do uso preservativos na primeira relação sexual, o aumento do consumo de produtos derivados do tabaco e da experimentação de drogas e da violência (dos Reis, Malta, & Furtado, 2018).

Diante deste cenário, no que se refere ao consumo de substâncias, a Política Nacional sobre Drogas, apesar de pontos controversos entre as suas versões – como por exemplo, a estratégia de tratamento adotada (abstinência *versus* redução de danos) –, incluiu e inclui, em linhas gerais, ações de prevenção, acolhimento, tratamento, recuperação e reinserção social do usuário (Brasil, 2002; 2005; 2019). Alinhando-se, assim, em certa medida, à perspectiva adotada no âmbito internacional, que sugere que a prevenção é o pilar base para o controle do

consumo de substâncias (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [*United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC*], 2014).

Por sua vez, a Ciência da Prevenção é um campo de saber interdisciplinar relativamente novo, que combina a epidemiologia comunitária, o processo de desenvolvimento humano ao longo de todo o seu curso de vida e perspectivas práticas de intervenções. Destarte, preocupa-se em identificar antecedentes que impactam, tanto negativa quanto positivamente, à saúde e o comportamento em saúde, e a partir desse conhecimento desenvolver modelos que busquem tanto prevenir ou diminuir comportamentos de risco que levam a resultados indesejados em saúde quanto promover comportamentos saudáveis (Cordova et al., 2014). Nessa perspectiva, trabalha para a redução dos fatores de risco e o fortalecimento de fatores protetivos e promotores da saúde. Um fator de risco se trata de qualquer atributo, característica ou exposição de um indivíduo que aumente a probabilidade de obtenção de um resultado indesejável em saúde (World Health Organization [WHO], 2014). Por exemplo, o uso de drogas tem como fator de risco o ambiente familiar caótico, pois esse comportamento aumenta as chances de se chegar ao resultado. Por sua vez, um fator protetivo se refere à atributos, características ou exposição de um indivíduo que reduz o impacto negativo de um fator de risco (Brown, 2018), como seria a amizade entre jovens para o resultado uso de drogas. Já um fator promotor se refere à um atributo ou característica que diminui a probabilidade de que o indivíduo obtenha um resultado indesejável em saúde (Brown, 2018), nesse mesmo exemplo, a parentalidade positiva.

Classificações para sistematizar o campo da Prevenção em Saúde Mental – e, por conseguinte, Atenção Psicossocial – foram sendo propostas e modificadas ao longo do tempo. Inicialmente, baseando-se na classificação de prevenção às doenças crônicas, a prevenção foi classificada segundo a fase de estadiamento da doença em: prevenção primária, secundária e terciária. A primária se refere a prevenção de doença, atuando-se antes de sua ocorrência; a

secundária, à prevenção de agravamento à população que já apresenta sinais de doenças; e a terciária, redução dos impactos, recorrências ou complicações adicionais diante de um quadro de doença já instalado (Dalton, Elias, & Wandersman, 2007).

Não obstante, muitas críticas foram direcionadas a essa classificação. Nomeadamente, devido a quatro aspectos. (1) o foco na doença resulta na ideia de que a saúde seria simplesmente a ausência dela; (2) o foco na cura ou eliminação da doença sugere que seja esse o propósito da prevenção; (3) a prevenção de doenças requer que esteja estabelecido e bem definido as características, sintomas e sinais de um distúrbio; (4) a mera identificação de variáveis relacionadas à doença não é suficiente para uma ciência preventiva madura. Dessa forma, uma classificação que envolvesse aspectos de bem-estar, competência, causas e mecanismos, integrando, ademais dos aspectos biológicos, aspectos sociais e psicológicos, era necessária (Doll & Yoon, 2010).

Diante dessa necessidade, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos convocou um Comitê de Prevenção aos Problemas Mentais com a tarefa de revisar a conceituação e classificação vigente (Mrazek, & Haggerty, 1994), que definiu que o termo prevenção só poderia ser aplicado antes do acometimento do problema. Dessa forma, uma nova classificação considerando a exposição da população alvo da intervenção preventiva foi adotada: o que era prevenção primária, na classificação anterior, foi dividida em prevenção universal, seletiva e indicada. Sendo a universal, a prevenção destinada à toda a população; a seletiva, àqueles membros que estavam expostos a um risco acima da média; e a indicada, àqueles que já apresentam sinais de transtornos, sem, no entanto, cumprir todos os critérios para o diagnóstico (Muñoz, Mrazek, & Haggerty, 1996; WHO, 2004).

Embora refinada, a definição recebeu críticas pelo fato de ainda estar inerente, o pensamento médico, destituindo-se de importância os aspectos sociais e psicológicos de bem-estar e de promoção da saúde (Doll & Yoon 2010). Em seguida, a Força Tarefa de Prevenção

da Associação de Psicologia Americana, refinou essa classificação. A partir desse momento, foi incorporado um modelo de abordagem da saúde, que parte da promoção da saúde, passa pelas prevenções universal, seletiva e indicada e finaliza com a intervenção precoce e a intervenção continuada (Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). Essa classificação pode ser consultada, mais detalhadamente, na Tabela 1.

Tabela 1

*Modelo de Abordagem da Saúde*

<b>Classificação</b>	<b>População-Alvo</b>	<b>Objetivos</b>
Promoção em Saúde Mental	Público geral ou toda a população	Promover o bem-estar psicológico e aumentar a capacidade para atingir marcos de desenvolvimento;  Fortalecer habilidades para se adaptar à adversidade e construir resiliência e competência.
<b>Prevenção primária universal</b>	Público geral ou toda a população, independentemente dos fatores de risco individuais	Focar em fatores de risco alvo em toda a população para prevenir o desenvolvimento de uma ou mais condições;  As intervenções devem ser eficazes, seguras e associadas a baixos custos.
<b>Prevenção primária seletiva</b>	Indivíduos ou subpopulações com o risco médio maior de desenvolvimento de problemas mental; a identificação de grupos de risco pode ser com base biológica, fatores de risco psicológicos ou sociais	Focalizar os fatores de risco e fortalecer as habilidades nestes indivíduos ou subpopulações para prevenir o desenvolvimento de uma ou mais condições;  As intervenções devem ser eficazes e associadas à baixo risco de eventos adversos e custos moderados.
<b>Prevenção primária indicada</b>	Indivíduos em alto risco, com iniciais, mas detectáveis, manifestações clínicas, mas que, atualmente, não atende aos critérios de diagnóstico	Tratar as manifestações subclínicas para evitar a transição para a desordem desenvolvida;  Focalizar os fatores de risco e fortalecer habilidades nesses indivíduos para promover resiliência;

		As intervenções podem estar associadas a custos e alguns riscos podem ser aceitos.
Intervenção precoce	Indivíduos que atendem aos critérios diagnósticos nos estágios iniciais da doença	<p>Detectar e intervir precocemente em pacientes que já atendem aos critérios de diagnóstico para um transtorno mental específico;</p> <p>Fornecer tratamento adequado, melhorar a satisfação com tratamento, reduzir o uso de substâncias e prevenir recaídas.</p>
Intervenção continuada	Indivíduos com doença estabelecida	Tratar a doença estabelecida para prevenir a deterioração, deficiência e condições secundárias

Há alguma sobreposição entre as intervenções preventivas primárias indicadas e as intervenções preventivas secundárias. Intervenções preventivas primárias universais frequentemente usarão estratégias de promoção de saúde mental.

*Nota.* Esta tabela foi traduzida de Arango et al., 2018, p. 592

Essa classificação, que destaca a população alvo, é conhecida como uma taxonomia baseada na forma da prevenção. Uma mais recente proposta acrescenta à forma, a funcionalidade da mesma, distinguindo, assim, prevenção ambiental, desenvolvimental e informacional (Foxcroft, 2014). Citada taxonomia pode ser encontrada na Tabela 2.

Tabela 2

*Classificação da Prevenção: forma e funcionalidade em uma matriz de prevenção, com exemplos ilustrativos*

	Universal	Seletiva	Indicada
<b>Ambiental.</b> Visa limitar a oportunidade de comportamento não saudáveis ou promover a disponibilidade de opções mais saudáveis, por meio de políticas de todo o sistema, restrições e ações	Tornar comportamentos ilegais, por exemplo, uso de cocaína ou direção embriagada;	Reduzir a densidade de varejo de álcool em bairros de alto risco;	Legislação para prevenir indivíduos violentos de obter armas de fogo;
	Aumento de imposto e política de preços para commodities insalubres;	Melhorar iluminação pública e CCTV na cidade centros;	Encarceramento para remover pessoas das configurações em que eles podem causar danos a outros, ou para eles próprios
	Controle de armas que proíbem compra de armas de fogo sem	Restrições de idade em produtos considerados	

	aprovação das autoridades relevantes	das prejudiciais, por exemplo, tabaco e compra de álcool	
<b>Desenvolvimental.</b> Visa promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos não saudáveis, focando no desenvolvimento de habilidades que são chave na socialização e desenvolvimento social de comportamentos adequados	Programas de parentalidade que trazem os pais e filhos juntos para modelar e praticar interações positivas e programas de gestão de comportamento escolar que promovam o comportamento pró-social em crianças;	Programas de visita domiciliar para primíparas em risco, por exemplo, para adolescentes grávidas;	Terapia multissistêmica para indivíduos com grave comportamento antissocial ou criminoso;
	Programas de habilidades sociais e habilidades para a vida que ensinem habilidades aos jovens para lidar com as influências sociais	Programas familiares ou parentais com famílias de alto risco, por exemplo, famílias em áreas mais carentes de uma região ou país	Aconselhamento individual ou em grupo ou desenvolvimento de habilidades com adolescentes com características específicas de personalidade, por exemplo, com problemas de controle de impulso
<b>Informacional.</b> Visa aumentar o conhecimento e a conscientização sobre comportamentos de risco específicos, por meio de comunicações	Campanhas de mídia de massa para a população em geral para aumentar a conscientização sobre comportamentos de risco, por exemplo, campanhas publicitárias baseadas no medo;	Intervenções informativas direcionadas a grupos com características particulares, por exemplo, meninas carentes de bairros onde existem maiores taxas de gravidez na adolescência;	Intervenções de feedback normativo para indivíduos com triagem positiva para um fator de risco comportamental;
	Difusão de conhecimentos escolares e currículos de conscientização que forneçam informações sobre álcool e drogas	Difusão de conhecimentos escolares e currículos de conscientização para grupos vulnerabilizados, por exemplo jovens do sexo masculino em bairros carentes	Direcionamento de mensagens informacionais para indivíduos que buscam “alta sensação”.

*Nota.* Traduzida de Foxcroft, 2014, p. 821.

Cabe-nos uma observação: em ambas as taxonomias – baseada na forma e baseada na forma e funcionalidade – ainda resta protagonismo de fatores de risco ou comportamentos de risco (cf. objetivos da prevenção primária, secundária e terciária na Tabela 1 bem como prevenção informacional na Tabela 2), apesar de comparecer a menção à promoção de habilidades e comportamentos saudáveis. A combinação de prevenção a fatores de risco, que se correlacionam com consequências problema, e promoção de fatores protetivos (que podem incluir qualidades pessoais, recursos interpessoais, recursos da comunidade e recursos do macrossistema), que se associam a evitar consequência problema e aumentar o bem-estar são chaves para uma atuação integrativa da prevenção. Adicionalmente, a observação de fatores que afetam de forma distal, tais como fatores comunitários, econômicos, dinâmica familiar, genéticos ou de forma proximal, tais como transições de vida, desemprego, luto, aborrecimentos diários, contribuem para o desenvolvimento de intervenções ecológicas, i. e. que combinem pessoas e contextos (Kloos et al., 2012).

Destarte, as intervenções preventivas têm o objetivo de diminuir a probabilidade de aparecimento, manifestação ou aumento de um problema alvo, prevenindo fatores de risco e fortalecendo fatores protetivos e promotores, por meio da utilização de três mecanismos de mudança: políticas de prevenção, estratégias de prevenção e programas de prevenção (Brown, 2015). As políticas de prevenção intervêm por meio da ação legislativa. Este é o caso, por exemplo, da Política Nacional sobre Drogas, que por força de Leis e Decretos, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, estabeleceu medidas para prevenção do uso indevido de álcool e drogas, prescreveu estratégias de atenção e reinserção social de usuários, reprimiu a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas, restringiu o uso e a propaganda desses produtos, disciplinou margem de tolerância e inibiu o consumo de

bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, restringiu a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais e definiu crimes (Brasil, 2019).

As estratégias de prevenção buscam o alcance do mesmo objetivo por meio de uma ou mais atividades interligadas (Brown, 2015). Por exemplo, a estratégia de redução de danos, que engloba atividades como troca de seringas e material esterilizado, bem como o fornecimento de kits de redução de danos; serviços de informação e aconselhamento; terapias de substituição; implantação e aumento do acesso a serviços de saúde e assistência social; mapeamento de território e população alvo (Gomes & Dalla Vecchia, 2018); articulação com a mídia (campanhas e propagandas) para disseminação de informações e aumento de conhecimento sobre o problema; e articulação com as escolas (tema transversal) para garantir pressupostos de educação para a saúde.

Já os programas são currículos executados por profissionais treinados, em ambiente específico, que é preparado e planejado para esse fim (Brown, 2015). “Um conjunto de recursos e atividades direcionadas ao alcance de um ou mais objetivos comuns, tipicamente sob a coordenação de um único agente ou uma equipe” (Newcomer, Hatry, & Wholey, 2015, p. 7). É o caso, do nacionalmente conhecido, Programa Saúde na Escola. É executado pelos profissionais das equipes de atenção básica à saúde e pelos professores das escolas públicas de ensino básico. Por meio de avaliação clínica e psicossocial e práticas que promovam alimentação saudável, atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (ATOD), cultura de paz e prevenção das violências, saúde ambiental e desenvolvimento sustentável na escola, busca-se a atenção integral à saúde das criança e adolescentes (Brasil, 2012).

Por vezes, os limites entre políticas, estratégias e programas parecem tênues, mas organizam e dão forma à uma prática de prevenção efetiva (Brown, 2015). Práticas preventivas baseadas em evidências têm sido um termo chave utilizado por pesquisadores, profissionais da

assistência e agentes de políticas públicas. A adoção de tais práticas é fortemente recomendada, pois sua efetividade está comprovada por um vasto corpo de pesquisa científica que garante o acesso da população ao que há de melhor e mais avançado na prevenção de um determinado problema, bem como o uso eficiente do dinheiro público, dado o investimento em uma prática que possivelmente terá bons resultados (Brownson, Baker, Deshpande, & Gillespie, 2017, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2009, 2014).

Durante o processo de escolha com vistas a sua adoção, deve-se atentar a que essa intervenção interagirá com a estratégia de implementação e com o contexto na qual se insere em três níveis: micro, meso e macrossocial. O nível microssocial refere-se ao nível da intervenção direta, p. e. as condições do local (tamanho, espaços, ventilação) e características dos agentes de implementação (rotina de trabalho, habilidades, competências). O nível mesossocial refere-se à (a) uma comunidade, definida geográfica e funcionalmente, composta por membros que compartilham senso de identidade ou conexão entre si ou organização, p. e. um quilombo urbano; ou (b) uma organização, definida pela sua estrutura, tamanho, cultura, clima, redes e relações, p. e. escola. Já a nível macrossocial, tem-se tudo que circunda a comunidade ou a organização (nível meso), incluindo os ambientes locais, municipais, estaduais, nacionais e internacionais, p. e. regulamentações, leis, cenário político (Pfadenhauer et al., 2017). Nesse sentido, cuidados devem ser tomados à hora de escolher uma intervenção com evidência comprovada, pois se deve considerar fatores contextuais organizacionais e ambientais, características, valores, necessidades e preferências da população alvo e recursos financeiros e humanos disponíveis (Brownson, Baker, Deshpande, & Gillespie, 2017).

Ao encontro dessas premissas, em 2013, o Governo Federal do Brasil decidiu ampliar a oferta de programas de prevenção ao uso de ATOD entre adolescentes. Não somente com este objetivo específico, mas, também, com vistas à melhoria das relações familiares e fortalecimento de vínculos, e diminuição de inequidades em saúde (Murta, Nobre-Sandoval,

Pedralho, Tavares, & Ramos, 2018a). Foram selecionados três programas internacionais com evidências de efetividade. Os programas #Tamojunto/ *Unplugged* (Sanchez et al., 2017) e Elos/*Good Behavior Game* (Schneider & Sanchez, 2020) foram escolhidos como programas escolares, destinado a adolescentes do 8º ano do Ensino Fundamental e a crianças de 6 a 10 anos, respectivamente. O terceiro programa, Programa Famílias Fortes (*Strengthening Families Program*) foi escolhido como programa familiar destinado a famílias com filhos entre 10 e 14 anos. Este último, objeto desta tese de doutoramento.

O *Strengthening Families Program* (SFP) foi desenhado, inicialmente, como um programa de prevenção indicada destinado a famílias de alto risco para o abuso de substâncias. Destinava-se a jovens do ensino fundamental e suas famílias; e continha em seu currículo 14 sessões de treinos parental, para jovens e familiares. Após ter sido redesenhado, o programa caracteriza-se por ser de prevenção universal, mantém as sessões de jovens, sessões parentais e sessões familiares, com objetivos, duração e procedimentos altamente manualizados, e está disponível para as faixas etárias de 3 a 5 anos, 6 a 11 anos, 10 a 14 anos e 12 a 16 anos no formato de 14 sessões e de 10 a 14 anos no formato de 7 sessões mais 4 sessões *boosters* (Allen, Foxcroft, & Coombes, 2014; Kumpfer, Moolgard, & Spoth, 1996; Kumpfer, Whiteside, Greene, & Allen, 2010; UNODC, 2009).

No Brasil, utiliza-se a versão de sete sessões do SFP 10-14 anos. O programa passou por teste piloto em seis regiões do Distrito Federal: Paranoá, Sobradinho, Núcleo Bandeirante, Taguatinga, Ceilândia e Gama; processos de adaptação cultural; avaliação de aceitabilidade social e cultural; aprimoramento; disseminação em Florianópolis-SC, São Paulo-SP, Fortaleza-CE, Cruzeiro do Sul-AC, Rio Branco-AC e Distrito Federal; adaptações finais; e expansão para mais estados do país: Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe (Miranda, 2016).

O Programa Famílias Fortes (PFF), como foi denominado no Brasil, é baseado em um conjunto de teorias e modelos: Teoria da Aprendizagem Social, Teoria da Ecologia Social,

Teoria de Sistemas Familiares, Teoria Cognitivo Social, Teoria do Apego, Modelo de Vulnerabilidade Biopsicossocial, Modelo de Resiliência Familiar e Modelo do Processo Familiar. Tem como objetivo final a redução, adiamento e prevenção do uso de ATOD por meio da melhoria das práticas parentais, habilidades sociais, acadêmicas e de resolução de problemas dos jovens e apego, harmonia, comunicação e organização familiar (Kumpfer, Trunnel & Whiteside, 1990, Kumpfer et al., 1996). A versão brasileira adequou esses objetivos para a realidade local adicionando perspectiva de tempo futuro como objetivo de médio prazo (Murta et al., 2020a). O modelo lógico do programa pode ser encontrado na Figura 1.

O PFF ocorre em sete sessões ordinárias mais quatro sessões de reforço (*booster*). Estas últimas foram entregues para um pequeno grupo de famílias, que variou entre 18 a 33% em cada estado onde foi implementado. Cada sessão tem duração de duas horas que ocorrem presencialmente em grupo. A primeira hora refere-se à uma sessão parental guiada por um facilitador e, separadamente, uma sessão com filhos, guiada por dois facilitadores. Já a segunda hora refere-se a uma sessão familiar, onde juntam-se pais, filhos e os três facilitadores (Kumpfer, Magalhães, & Greene, 2015). Cada sessão tem especificados seus objetivos, conteúdos e procedimentos. Os recursos utilizados são: audiovisuais (DVDs e seu reprodutor), manuais para o facilitador, cadernos de atividades para o participante-pai, cadernos de atividades para o participante-filho, jogos, projetor de slides, aparelho de televisão, caixas de som, cronômetro, balões, dados e outros material de escritório e lanches. E os procedimentos incluem assistir aos vídeos, discussão em grupo, atividades lúdicas e interativas (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

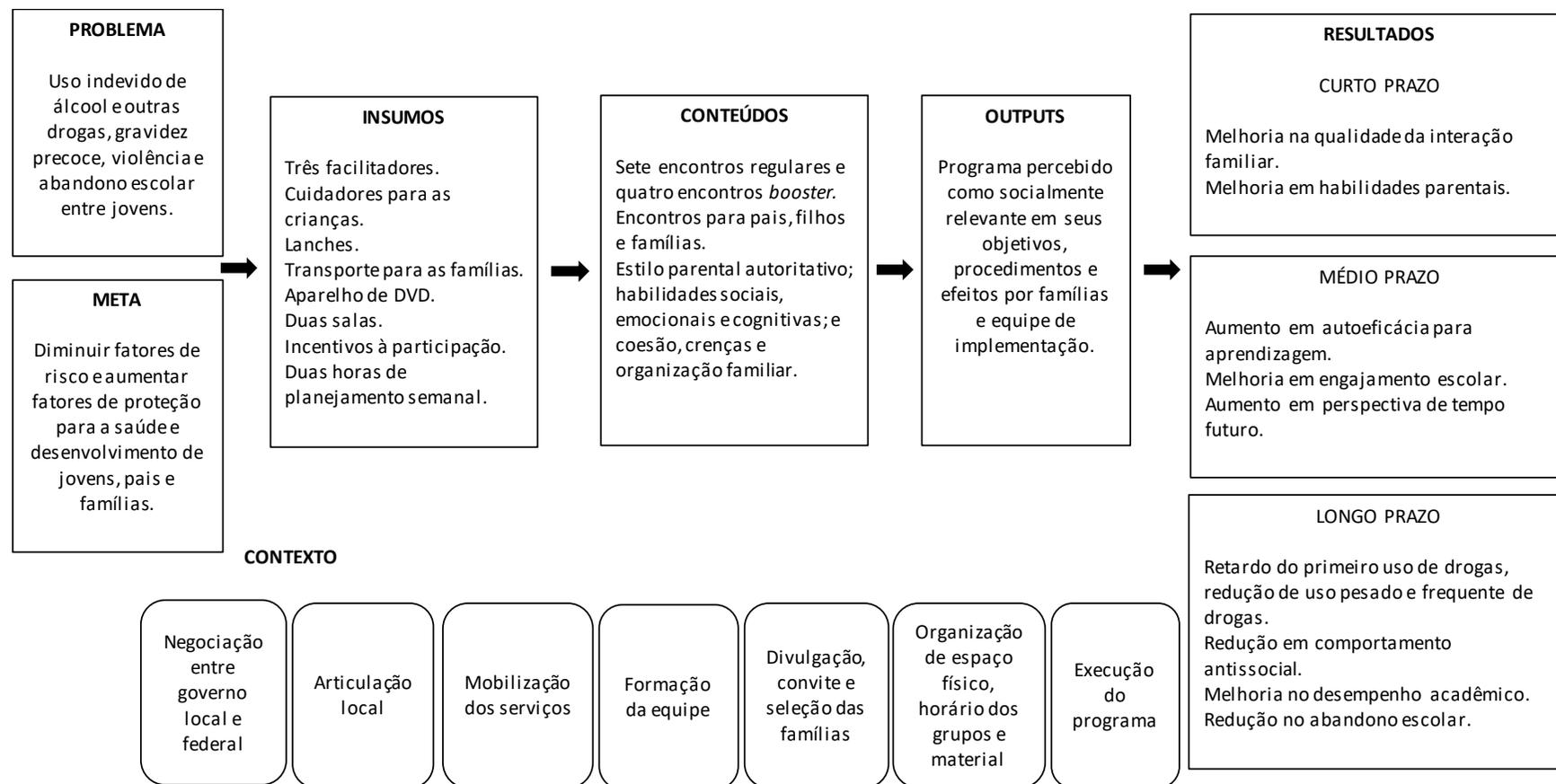
O processo de adaptação cultural foi verificado na estrutura superficial do programa. De forma geral, i. e. aplicável a todo o país, foram realizadas adaptações referentes à aspectos linguísticos, adoção de personagens e cenários mais próximos à realidade local, redução de atividades escritas e procedimentos de recrutamento (Murta et al., 2018b). Localmente, também

foram detectadas adaptações realizadas pelos agentes de implementação, tais como suprimir atividades devido ao tempo, modificação de exemplos dados e características de linguagem utilizada (Menezes, Nobre-Sandoval, & Murta, 2020).

A implementação do PFF, apesar de altos índices de fidelidade na entrega (Murta et al., 2018b), estratégias eficazes de abordagem e recrutamento de famílias para participarem do programa, passou por percalços que dificultaram seu processo. Barreiras recorrentes foram identificadas nas condições de trabalhos dos agentes de implementação, que somaram a entrega do PFF à sua carga de trabalho; administração municipal deficiente; infraestrutura inadequada aos recursos necessários para entrega do programa; conscientização, porém baixa adesão dos gestores; e escassez de recursos (Abdala et al., 2020).

Figura 1

Modelo Lógico do Programa Famílias Fortes (PFF)



Nota. Figura traduzida de Murta et al., 2020, p. 02.

É de ressaltar-se que, apesar de ser do tipo prevenção universal, o programa adotou características de prevenção seletiva, uma vez que foi entregue à uma população específica exposta a risco elevado: famílias em situação de vulnerabilidade ao uso de substâncias. Esta opção foi tomada não somente pelo presente estudo, como também por estudos realizados nos Estados Unidos, Reino Unido e Honduras (Pinheiro-Carozzo, Murta, Vinha, Silva, & Fontaine, 2021). No caso brasileiro isto se deu em virtude do propósito do Governo Federal em direcionar esforços, adicionalmente, às desigualdades de acesso à saúde. Ademais, à diferença da maioria das ofertas do programa ao redor do mundo (Pinheiro-Carozzo et al., 2021), o PFF não foi entregue em escolas; mas sim nos Centros de Referências em Assistência Social (CRAS). Os CRAS são considerados a porta de entrada da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, vinculada ao Ministério da Cidadania. Este é um serviço realizado em parceria com o Governo Federal e Governos Municipais, onde usuários podem encontrar serviços de orientação e cadastramento em benefícios sociais, serviços e projetos de assistência social, bem como apoio para resolução de problemas e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Esse equipamento público social atende indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social (Ministério da Cidadania, 2020).

A vulnerabilidade social pode ser definida como a exposição de pessoas ou famílias a um risco maior de adoecimento em função de um conjunto de situações que articulam componentes individuais, coletivos e contextuais interligados a uma baixa capacidade material, simbólica e comportamental para enfrentá-lo e/ou superá-lo (Ayres, França Junior, Calazand, & Saletti Filho, 2009; Carneiro & Veiga, 2004). A pobreza é, portanto, a primeira fonte de exposição a riscos (Carneiro & Veiga, 2004). É nela que se evidencia a incapacidade de gerar renda e precário acesso a serviços e direitos constitucionais, tais como moradia, água, saúde, alimentação, educação e cidadania (Gomes & Pereira, 2005; Yasbek, 2003). Tais condições, por sua vez, impactam diretamente na qualidade das relações familiares. Estudos brasileiros,

ainda escassos, apontam que o nível socioeconômico das famílias brasileiras influencia em práticas parentais, comunicação e disciplina positiva (Altafim, McCoy, & Linhares, 2018), bem como aumenta a probabilidade de negligência parental (Pasian, Benitez, & Lacharité, 2020).

O nordeste brasileiro é, tradicionalmente, a região mais vulnerabilizada do país. A Síntese de Indicadores Sociais (SIS), referente ao ano de 2019, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística confirma a manutenção da região nesse *status*, tanto no aspecto de renda (43.6% dos nordestinos vivem abaixo da linha da pobreza) e trabalho, quanto no de moradia, educação e saneamento básico. Quadro que vem se agravando desde 2014, uma vez que 4,5 milhões de pessoas passaram a viver em situação de extrema pobreza, sobretudo nas regiões norte e nordeste. Recorde em sete anos da série histórica do IBGE (IBGE, 2019).

Tomando a existência de evidências internacionais do SFP, a sua adoção com vistas à sua inclusão no bojo de políticas públicas no controle do uso de substâncias e considerando que a ciência pode mapear caminhos para superar vulnerabilidades sociais e deve atuar na transposição da boa técnica à boa prática, indo além de contextos controlados de estudos, que não se reproduzem no “mundo real” e, portanto, pouco contribuem com a consolidação de sistemas complexos de prevenção” (Pedroso, Juhásová, & Hamann, 2019, p. 02),

esta tese se insere em um projeto maior de Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes, coordenado pela Prof. Dra. Sheila Giardini Murta.

### **Perguntas de Pesquisa**

Em geral, um dos principais indicadores de sucesso de um programa é a sua efetividade, i. e., se ele alcançou, no “mundo real”, os desfechos que propõe. Entretanto, este não deve ser o único parâmetro a ser considerado na avaliação de um programa. Isso porque, ao ser executado no “mundo real”, ele deve lidar com as condições do contexto, tais como

características e interesse do local de implementação, habilidades e disponibilidade dos agentes de implementação, recrutamento e alcance da população-alvo, dentre outras. Condições que, por sua vez, afetam a prática e, por conseguinte, a produção de resultados. Assumindo essa premissa, a primeira pergunta que guia esta tese de doutoramento é: (a) “Quais as evidências de alcance, efetividade, adoção, implementação e sustentabilidade do *Strengthening Families Program (SFP 10-14)* reportadas pela literatura internacional”?

De um programa, não se pode esperar que “funcione” da mesma forma em diferentes contextos de implementação. Uma vez que os programas são considerados abertos, ativos e embutidos em um sistema que influenciam e, ao mesmo tempo, são por ele influenciados (Pawson & Tilley, 1997), as variáveis de contexto afetam a entrega e os efeitos desse programa. Tampouco pode-se esperar que “funcione” da mesma forma com diferentes populações. Uma vez que conforme afirma a Psicologia Diferencial, os indivíduos diferem em diversos aspectos, de natureza e extensão variados (Pueyo, 1997), em níveis intraindividuais, interindividuais e intergrupais (Fontaine, 1995), que geram as diferenças em pensamentos, sentimentos e comportamentos (Revelle, Wilt, & Condon, 2011). Destarte, o propósito de responder a esta pergunta é compreender como o programa tem sido implementado e quais resultados tem obtido, considerando variedades culturais, sociais e de estrutura física e humana para obter-se um panorama geral do SFP (10-14) e articulá-los, *a posteriori*, com os achados do programa nacional.

Em seguida, passa-se à investigação dos efeitos de curto prazo esperados pela versão brasileira do programa, que como estabelecido no modelo lógico (ver Figura 1) são dois: melhoria em habilidades parentais e melhoria na interação familiar. Em relação ao primeiro desfecho, num primeiro momento, anterior a esta tese, a melhoria em práticas parentais foi avaliada por dois estudos. Um obteve resultados que apontaram efeitos nulos (Murta et al., 2020) e o outro, resultados positivos somente na prática de supervisão parental (Murta et al.,

2020b). Indagados por esses achados controversos e pelo resultado positivo na prática de supervisão parental (que é uma prática que se alinha à exigência parental), optou-se por proceder a uma análise específica considerando as dimensões – responsividade e exigência – dos estilos parentais e não, tal como anteriormente, tomando como variável, as práticas parentais. Em relação ao segundo desfecho, esta é a primeira vez que é avaliado e contribuirá tanto para a análise da sua pertinência no modelo lógico, como para a análise de efeitos. Tem-se assim a segunda pergunta que esta tese pretende responder: (b) “O Programa Famílias Fortes (PFF) foi efetivo em melhorar dimensões dos estilos parentais e a qualidade da comunicação familiar, ambos efeitos de curto prazo, entre as famílias participantes do nordeste brasileiro?”

### **Objetivos Gerais da Tese**

- I) Identificar e analisar evidências de alcance, efetividade, adoção, implementação e sustentabilidade do SFP (10-14) reportadas pela literatura internacional
- II) Examinar os impactos diferenciais do Programa Famílias Fortes nos estilos parentais considerando os estilos parentais iniciais dos pais participantes
- III) Examinar as mudanças na comunicação familiar após a participação do Programa Famílias Fortes

### **Organização da Tese**

Esta Tese de Doutorado é composta por quatro manuscritos em formato de artigo científico, que buscam responder às perguntas acima mencionadas.

O **primeiro manuscrito** intitula-se “*Beyond Effectiveness of the Strengthening Families Program: A scoping-RE-AIM-based review*”. Trata-se de uma revisão de escopo da literatura que utiliza o modelo RE-AIM para extração e análise de dados. RE-AIM é um acrônimo para alcance (*reach*), efetividade (*effectiveness*), adoção (*adoption*), implementação (*implementation*) e manutenção (*maintanance*). Os dois objetivos principais deste artigo são (a) verificar em que extensão as dimensões RE-AIM vêm sendo reportadas e/ou analisadas na

literatura científica do SFP 10-14 e (b) analisar evidências de cada dimensão RE-AIM. Este estudo encontra-se submetido à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica (Anexo B) e, no escopo desta Tese, cumpre a função de fornecer evidências do SFP ao redor do mundo para alargar o entendimento do programa e sustentar a discussão e compreensão dos resultados obtidos pela versão adaptada brasileira, nomeada Programa Famílias Fortes (PFF).

Para responder à segunda pergunta de pesquisa, tem-se três manuscritos. O **segundo manuscrito**, intitulado “*Internal structure of the Parental Practices Scales (PPS) in a Vulnerable Sample: A Confirmatory Factor Analysis*”, trata de uma avaliação de instrumento que teve como objetivo acessar a estrutura, examinando os fatores e a consistência interna da Escala de Práticas Parentais (EPP). Este estudo está publicado na Revista Estudos de Psicologia (Campinas) e seus resultados servem para avaliar o instrumento que é utilizado e assegurar sua qualidade quando aplicado na população que recebeu o programa brasileiro. Uma vez confirmada, os resultados deste estudo passam a guiar as análises executadas no manuscrito três.

O **terceiro manuscrito** intitula-se “*Differential impacts of the Brazilian Strengthening Families Program (SFP 10-14): a study into changes in the parenting styles of vulnerable families*”. É um estudo de delineamento longitudinal, grupo-único, com quatro momentos de coleta: pré-teste, pós-teste, follow-up de 6/8 e de 10/12 meses, que teve como objetivo analisar se o programa tem impacto diferente nas dimensões básicas de parentalidade – responsividade e exigência – que sistematizam os estilos parentais, tomando como linha de base, o estilo anterior à participação do pai/mãe no programa. Este estudo está publicado na Revista *Children and Youth Service Review* e responde se o programa foi efetivo em melhorar aspectos relacionados à parentalidade, desfecho esperado em curto prazo.

Por último, para avaliar, em profundidade, mudanças na qualidade da interação familiar, partiu-se para uma análise mais minuciosa acerca da comunicação entre mães e filhos. O **quarto**

**manuscrito** intitula-se “*Mother-child communication in socioeconomically deprived Brazilian families: an exploratory effectiveness assessment of a preventive family-based program*”. É um estudo de delineamento pré-pós-teste, com dados observacionais de seis famílias que receberam o PFF no estado do Rio Grande do Norte. O objetivo foi analisar mudanças na comunicação mãe-filho em famílias vulnerabilizadas que receberam a dose completa (sete sessões) do programa brasileiro. Este estudo será submetido para publicação na Revista *Family Issues* e responde se o programa parece ser efetivo em modificar padrões comunicacionais, verbais e não-verbais, entre mãe e filho, segundo desfecho esperado em curto prazo.

Espera-se que a realização do presente estudo contribua para sustentar decisões de agentes públicos e demais *stakeholders* acerca da adoção e viabilidade do PFF em equipamentos públicos de proteção social. Em caráter ampliado, espera-se que se some ao conhecimento na área da ciência da prevenção, promoção de saúde e desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções familiares e sociais-comunitárias. Em âmbito internacional, aspira-se que este estudo possa contribuir para evidências sobre as possibilidades de entrega de programas em países de baixa e média renda.

### Referências

- Allen, D., Foxcroft, D. R., & Coombes, L. (2014). *Programa Fortalecendo Famílias para participantes de 10 a 14 anos: guia para líderes de grupo*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas.
- Altafim, E. R. P., McCoy, D. C., & Linhares, M. B. M. (2018). Relations between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil. *Children and Youth Services Review, 89*, 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.025>

- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., ... & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. De Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-144). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Balocchini, E., & Chiamenti, G. (2013). Adolescents: which risks for their life and health?. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54(4), 191.
- Brasil. Ministério da Saúde (2014). *Programa Famílias Fortes: Versão brasileira adaptada do “Strengthening Families Programme” – SFP 10-14 UK* (G. C. Justino et al., Trad.). Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas.
- Brown, E. (2015). Mobilizando comunidades para a prevenção da saúde e de problemas de comportamentos de jovens. Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs.). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Brown, E. (2018, Agosto). *Melhores práticas em prevenção a problemas de comportamento e de saúde de jovens: uma perspectiva internacional*. Conferência apresentada no I Congresso da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP), Brasília, DF, Brasil.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D., & Gillespie, K. N. (2017). *Evidence-based public health*. Oxford University Press.
- Carneiro, C. B. L., & Veiga, L. (2004). *O conceito de inclusão, dimensões e indicadores*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social.

- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. D. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In: L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com Adolescentes: Teoria e Intervenção Psicológica* (pp. 17-29). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Cordova, D., Estrada, Y., Malcolm, S., Huang, S., Brown, C. H., Pantin, H., & Prado, G. (2014). In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining prevention science* (pp. 1-23). New York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7424-2>
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Doll, B., & Yoon, J. (2010). The current status of Youth Prevention Science. Doll, B., Pfohl, W., & Yoon, J. *Handbook of Youth Prevention Science*. New York, NY: Routledge.
- dos Reis, A. A. C., Malta, D. C., & Furtado, L. A. C. (2018). Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2879-2890.
- Fontaine, A. M. G. V. (1995). *Relatório da disciplina de Psicologia Diferencial*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Foxcroft, D. R. (2014). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention?. *Prevention Science*, 15(6), 818-822. [doi.org/ 10.1007/s11121-013-0435-1](https://doi.org/10.1007/s11121-013-0435-1)
- Gomes, M. A., & Pereira, M. L. D. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 357-363. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n2/357-363/pt>
- Gomes, T. B., & Della Vecchia, M. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2327-2338. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232018237.21152016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016)

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2019). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>
- Kloos, B., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., Elias, M. J., & Dalton, J. H. (2012). *Community Psychology: linking individuals and community*. Belmont, USA: Cengage Learning.
- Kumpfer, K. L., Magalhães, C., & Greene, J. A. (2015). Strengthening Families Program. In: J. J. Ponzetti Jr. (Ed.), *Evidence-based parenting education: A global perspective* (pp. 277-292). London: Routledge.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use. Peters, R. D., & McMahon, R. J. (Eds.). *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. London: Sage Publications.
- Kumpfer, K. L., Trunnell, E. P., & Whiteside, H. O. (1990). The biopsychosocial model: Application to the addictions field. (pp. 55-67). Engs, R. (Ed.). *Controversies in the addiction field*. Dubuque, Iowa: Kendall-Hunt Publishing Company.
- Kumpfer, K. L., Whiteside, H. O., Greene, J. A., & Allen, K. C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(3), 211-229. <https://doi.org/10.1037/a0020602>
- Lordello, S. R. (2015). Envolvendo o adolescente na discussão sobre drogas: Qual sua contribuição ao debate? In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, I. M. Silva, & S. R. Lordello (Orgs.), *ABRAMD: Compartilhando Saberes* (pp. 121-138). Brasília: Technopolitik.
- Menezes, J. C. L. de, Nobre-Sandoval, L. de A., & Murta, S. G. (2020). Local Adaptations to Implement the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil. *International*

*Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00196-w>

Ministério da Cidadania. Brasil. (2020). *Acessar o CRAS – Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)*. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-cras-centro-de-referencia-da-assistencia-social>

Miranda, A. A. V. (2016). *Prevenindo o uso abusivo de drogas: uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21363>

Morais, N. A., Lima, R., & Fernandes, J. (2014). Adolescência e contexto familiar. In: L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com Adolescentes: Teoria e Intervenção Psicológica* (pp. 101-117). Porto Alegre: AMGH Editora.

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine Report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51(11), 1116-1122.

Murta, S. G., de Almeida Nobre-Sandoval, L., de Souza Pedralho, M., Tavares, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D., & Coombes, L. (2018b). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0105-0>

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Pedralho, M. S., Tavares, T. N. G., & Ramos, C. E. P. L. (2018a). Evaluación del proceso de implementación del Programa Famílias Fortes para Brasil: una evaluación por triangulación de métodos. In L. Ballester & C. Orte (Orgs.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas* (pp. 65-84). Barcelona: Ediciones Octaedro.

- Murta, S. G., Vinha, L. G. D. A., Nobre-Sandoval, L. D. A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. D., Gomes, M. D. S. M., ... & Foxcroft, D. (2020a). Exploring the short-term effects of the Strengthening Families Program on Brazilian adolescents: a pre-experimental study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1769030>
- Murta, S. G., Vinha, L. G. do A., Nobre-Sandoval, L. de A., Miranda, A. A. V., Menezes, J. C. L. de, & Rocha, V. P. S. (2020b). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian families: A mixed method study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(spe), e36nspe16. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe16>
- Newcomer, K. E., Hatry, H. P., & Wholey, J. S. (2015). Planning and Designing useful evaluation. Newcomer, K. E., Hatry, H. P., & Wholey, J. S. (Eds.). *Handbook of Practical Program Evaluation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pasian, M. S., Benitez, P., & Lacharité, C. (2020). Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, 108, 104655. doi:10.1016/j.childyouth.2019.104655
- Pedroso, R. T., Juhásová, M. B., & Hamann, E. M. (2019). A ciência baseada em evidências nas políticas públicas para reinvenção da prevenção ao uso de álcool e outras drogas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170566. <https://doi.org/10.1590/Interface.170566>
- Pinheiro-Carozzo, N. P., Murta, S. G., Vinha, L. G. do, Silva, I. M. da, & Fontaine, A. M. G. V. *Beyond effectiveness of the Strengthening Families Program (SFP 10-14): a scoping RE-AIM-based review*. Manuscript submitted for publication.
- Pueyo, A. A. (1997). *Manual de Psicologia Diferencial*. Madrid: McGraw Hill.
- Revelle, W., Wilt, J., & Condon, D. M. (2011). Individual differences and differential psychology: A brief history and prospect. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Willey-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 3-38). West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.

- Sanchez, Z.M., Valente, J. Y., Sanudo, A., Pereira, A. P. D., Cruz, J. I., Schneider, D., & Andreoni, S. (2017). The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 18(7), 772-782. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0770-8>.
- Schneider, D. R., & Sanchez, Z. M. (2020). *Dados Pareados Eficácia Elos 2016*. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/217218>
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. New York: United Nations Office on Drugs and Crime –Vienna, UN. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2014). *Diretrizes internacionais sobre a prevenção do uso de drogas*. Retrieved from: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC\\_Normas\\_Internacionais\\_PREVENCAO\\_portugues.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf)
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and Protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628-648.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Risk factors*. Retrieved from: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/en/](http://www.who.int/topics/risk_factors/en/)
- Yazbek, M. C. (2003). *Classes subalternas e assistência social*. (4a ed.). Ed. Cortez, São Paulo.

## Considerações Finais da Tese

Esta tese de doutoramento apresentou três objetivos principais: (1) verificar e analisar evidências de alcance, efetividade, adoção, implementação e sustentabilidade do SFP (10-14) disponibilizadas pela literatura internacional; (2) examinar os efeitos do Programa Famílias Fortes nas dimensões que estruturam os estilos parentais, nomeadamente responsividade e exigência; e (3) examinar as mudanças na comunicação familiar após a participação do Programa Famílias Fortes. Para cumprir tais propósitos, quatro estudos, de desenhos de investigação distintos, foram realizados e deram origem a quatro manuscritos que compõem o bojo desta tese.

O primeiro objetivo foi alcançado por meio do Manuscrito 1, que buscou compreender em que medida outras evidências, tão importantes quanto a efetividade, sobre o *Strengthening Families Program (SFP 10-14)* vêm sendo investigadas em âmbito internacional, bem como o que se sabe sobre elas. A principal função desse manuscrito foi permitir entender e discutir os achados de pesquisa do SFP brasileiro. Assim, realizou-se uma revisão de escopo utilizando-se o *framework* RE-AIM. A escolha por este modelo deu-se por (a) ser um modelo estruturado, bem estabelecido (desde 1999) e amplamente utilizado (mais de 450 artigos) no campo da saúde pública e na pesquisa de mudança de comportamento em saúde (Glasgow et al., 2019); (b) suas dimensões, quais sejam alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção, seguem uma sequência lógica que ajuda não apenas os pesquisadores, mas também os leitores e atores da prevenção a acompanhar o complexo processo de avaliação das intervenções (Gaglio, Shoup, & Glasgow, 2013); (c) parece traduzir e ser útil nos diferentes países e culturas em que o uso foi relatado, seja no desenvolvimento ou na avaliação de intervenções/programas (Glasgow et al., 2019); (d) dá ênfase igual às questões de validade interna e externa e enfatiza a representatividade da população alvo; e (e) fornece maneiras específicas e padronizadas de

medir os fatores-chave envolvidos na avaliação do potencial de impacto na saúde pública e ampla aplicação ([www.reaim.org](http://www.reaim.org)).

Dentre as principais contribuições deste manuscrito, destaca-se que as dimensões efetividade, implementação e manutenção de efeitos em nível individual foram mais investigadas em detrimento do alcance, da adoção e da manutenção do programa nos locais onde fora implementado. Diante deste cenário, pode-se dizer que as pesquisas sobre o SFP (10-14), de modo geral, encontram-se no Estágio de Tradução Tipo 2 que se refere à “tradução do desenvolvimento do programa para a implementação (ou seja, ensaios de eficácia com ênfase na validade interna e ensaios de efetividade com ênfase na validade interna e externa)” (Fishbein, Ridenour, Stahl, & Sussman, 2016, p. 7). Ademais, quando pensamos que este estágio busca a compreensão dos processos e mecanismos que levam a uma intervenção efetiva, em um determinado contexto, ser adotada, implementada em larga escala e sustentada em novos contextos (Spath et al., 2013), pode-se afirmar além: que tratam-se de pesquisas iniciais do estágio, haja visto a limitação em relação à evidências de adoção e como o programa “funciona” em contextos que não escolar.

Outra contribuição é, especificamente, a consolidação do que vem sendo reportado pelos estudos. A efetividade e manutenção dos efeitos do programa em sua população alvo tem obtido resultados díspares. Enquanto que nos Estados Unidos, país de origem do programa, os resultados são positivos em todos os efeitos esperados e em efeitos ampliados, como depressão e ansiedade, tanto a curto quanto a longo prazo; a Europa reporta resultados ora nulos, ora positivos em alguns dos desfechos. Já na América Latina, os estudos avaliam sobretudo os efeitos em âmbito familiar, tais como práticas parentais e relações familiares, onde tem obtidos resultados positivos. Por outro lado, os estudos latino-americanos que avaliam desfechos de uso de substâncias reportam resultados nulos. No que se refere à implementação, a fidelidade manteve-se alta ao longo de ofertas do programa, adaptações foram realizadas na estrutura

superficial (a exceção do estudo sueco) e apresentou níveis variados de engajamento e retenção das famílias.

Em comparação à versão brasileira do programa, resta evidenciar a qualidade do que foi feito no Brasil: uma cuidadosa adequação cultural e avaliação da necessidade de adaptação cultural (Murta et al., 2018a), adaptações gerais e locais para tornar o programa mais viável nos locais de implementação e para a população-alvo (Menezes, Nobre-Sandoval, & Murta, 2020a), avaliação de validade social assegurando-se que o programa “faz sentido” para a população-alvo (Murta et al., 2020b), avaliação de viabilidade e implementação, demonstrando as condições necessárias para a entrega do programa e a fidelidade com a qual o mesmo foi implementado (Murta et al., 2020b) e a avaliação de efeitos, que informa os efeitos alcançados (Murta et al., 2020b, 2020c). Soma-se ainda a formação de servidores da assistência social para entregar o programa, que pode contribuir para a experiência e habilidades na entrega de programas familiares de forma geral; a consolidação de um grupo de pesquisa e formação de mestrandos e doutorandos que trabalharam nas avaliações do programa; e a transferibilidade de dados e resultados do programa aos gestores públicos, a quem cabe a tomada de decisão acerca da implementação do programa em larga escala e, em consequência, sua sustentabilidade.

O segundo objetivo desta tese emergiu da reflexão sobre resultados anteriores. As avaliações de efeitos, executadas previamente, obtiveram resultados nulos para o desfecho de práticas parentais (Murta et al., 2020b) ou resultados positivos somente na prática parental de supervisão parental (Murta et al., 2020a). Estas foram avaliações amplas e que adotavam o conceito de práticas parentais. Posto isso, uma segunda etapa de análises seria proceder a avaliações mais “minúsculas”, buscando e reconhecendo as diferenças entre indivíduos, entre grupos e no próprio indivíduo. Adicionalmente, adotando-se uma lente teórica distinta, transitando-se das práticas para os estilos parentais.

Nessa perspectiva, o segundo manuscrito foi fruto da necessidade de compreender como o instrumento Escalas de Práticas Parentais (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006) “funciona” melhor, para produzir resultados confiáveis, na amostra aplicada. Atentando-se para que a busca por evidências de qualidade de um instrumento deve ser feita sempre que nova amostra ou novo estudo for realizado (Coimbra, 2019). Nessa perspectiva, o objetivo desse manuscrito foi acessar a estrutura fatorial do citado instrumento, examinando suas dimensões e as consistências internas de suas subescalas em uma amostra de adolescentes vulnerabilizados do nordeste brasileiro. A principal contribuição deste estudo foi fornecer uma base robusta que aperfeiçoou a forma de correção e interpretação do instrumento. Não mais composto de seis fatores independentes que avaliam práticas parentais: controle punitivo, supervisão do comportamento, cobrança de responsabilidade, intrusividade, apoio emocional e incentivo à autonomia (Teixeira et al., 2006). E sim, mais similar a sua versão original (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991), onde obtêm-se duas dimensões, responsividade e exigência, que combinadas, formam os quatro estilos parentais: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente (Maccoby & Martin, 1983). É desta forma que o instrumento passa a ser utilizado no manuscrito a seguir.

Ainda em busca da consecução do segundo objetivo, a proposta do terceiro manuscrito é avaliar se o Programa Famílias Fortes impacta nas dimensões responsividade e exigência, que compõem os estilos parentais. O estudo tem um desenho longitudinal de grupo único, que se configura em um forte aspecto positivo ao oferecer evidências de efeitos considerando o tempo decorrido e fornece duas primordiais evidências de pesquisa. A primeira é de que os quatro estilos parentais podem ser encontrados nesta amostra de famílias vulnerabilizadas. Apesar de que a maioria dos pais adotam o estilo autoritativo e o número de pais negligentes é demasiado pequeno, para sequer ser incluído nas análises, ainda há muitos pais que se comportam como autoritários ou indulgentes. Aqui, destaca-se que, embora semelhantes em relação à nível

socioeconômico e geográfico, há diferenças na forma como cada pai ou mãe educa seus filhos. O conhecimento e reconhecimento dessa diferença são, então, considerados como centrais para o progresso da análise e compreensão dos resultados do programa, tal como afirma Coimbra (2019) ao referir-se à consideração das diferenças para o avanço na ciência psicológica.

A segunda evidência é que tais famílias se mostraram sensíveis ao programa e que este, de fato, gerou efeitos significativos. Nos pais autoritários, foi possível observar o aumento da responsividade; e nos pais indulgentes, o aumento da exigência. Essas duas dimensões, respectivamente, são as que impedem que esses pais exerçam uma parentalidade autoritativa, i. e. são as dimensões mais frágeis e que precisam ser fortalecidas para o alcance de uma parentalidade mais positiva. Já nos pais autoritativos, tal como hipotetizado no manuscrito, não houve alteração, uma vez que já apresentavam níveis de responsividade e exigência considerados satisfatórios. Destarte, considera-se que o programa alcançou o desfecho esperado de melhoria de habilidades parentais e que o segundo objetivo desta tese foi alcançado.

Por último, o terceiro objetivo desta tese é trabalhado no quarto manuscrito. Adota-se uma abordagem qualitativa, com dados observacionais gravados, para avaliar-se mudanças na comunicação mãe-filho após a participação no programa. Considera-se que este manuscrito, apesar de tamanho amostral reduzido, proporciona uma análise mais profunda e fina, ao examinar caso a caso e não em um grupo amplo. Inicialmente, faz-se importante notar que o estudo se limita à comunicação mãe-filho porque a participação dos pais foi mínima, tanto durante a intervenção, quanto durante à coleta de dados. Pesquisadores nacionais e internacionais encaram este desafio: o de engajar pais nos programas e nos estudos familiares (Panter-Brick et al., 2014). O estudo contemplou díades cujos pais apresentavam distintos estilos parentais, a saber, díade 1 e 6, autoritativos; díade 2, negligente; díade 3 e 4, autoritário; e a díade 5, devido a não responderem o instrumento de forma completa, não foi classificada.

Após a participação no programa, a díade 4 passou a se comportar de forma autoritativa, melhorando assim sua dimensão de responsividade.

Esperava-se que o programa tornasse a comunicação mais igualitária e integrativa, com abertura à escuta e negociação, engajamento construtivo, e clima amigável. Porém, os resultados não confirmaram essas hipóteses. Não obstante, é de notar-se que o conceito de melhoria na comunicação, desfecho esperado, é subjetivo e, portanto, deve ser considerado associado ao seu contexto. Alinhado à Psicologia Diferencial, teorias pensadas, desenvolvidas e aplicáveis a determinados contextos não têm que se aplicar da mesma forma a outros contextos. Urgindo passar-se de uma análise molecular, um caso específico, a uma análise molar, o caso inserido em sua realidade. Assim, em contexto de vulnerabilidade, tal o das famílias participantes do estudo, pesquisadores da área de desenvolvimento humano apontam que uma comunicação mais hierárquica e centrada na mãe, com doses de autoritarismo, pode ser mais benéfica. Isso porque o controle, intrusividade e imposição de limites podem funcionar como protetores ao engajamento com pares e comportamentos de risco (Beyers, Bates, Pettit, & Dodge, 2003; Eamon, 2002; Simons, Lin, Gordon, Brody, & Murry, 2002). Este achado, de forma geral, vai ao encontro de resultados de estudos que avaliaram o PFF, quando (a) sinaliza um aumento geral na exigência (estudo três desta tese) e (b) sinaliza o aumento da supervisão parental (Murta et al., 2020).

Faz-se mister destacar que os agentes de implementação, como qualquer indivíduo, fazem parte da sociedade que compartilha valores e normas, quer implícita quer explicitamente. Uma tradição pragmática e moralista arraigada na nossa sociedade é de que as famílias de baixa renda são potencialmente mais desorganizadas e desregradas e, conseqüentemente, representam um risco para o desenvolvimento infantil e juvenil (Micuchin, P., Colapinto, & Minuchin, S., 2006). Visão que não pode ser aplicada a todas as famílias de forma generalizada, haja visto que na amostra do estudo 3 desta tese, 43% dos pais adotam o estilo autoritativo. Tal visão pode

ter prevalecido, guiando a implementação do programa que busca o equilíbrio entre amor e limites, mais para o estabelecimento de limites. Ao mesmo tempo, não somente os resultados do manuscrito quatro, como os do manuscrito três, não podem ser considerados definitivos. O PFF e qualquer outra intervenção cria mudanças e transições, que podem gerar períodos temporários de confusão, raiva e ansiedade, que não devem ser considerados típicos ou permanentes. A família enquanto sistema, alterado pela intervenção, voltará a buscar e alcançar sua homeostase (Minuchin, P., Colapinto, & Minuchin, S., 2006). É quando respostas mais concretas podem ser conseguidas.

Esta tese representa um pilar importante na avaliação de efetividade, particularmente em desfechos de curto prazo, do Programa Famílias Fortes. Apesar de não definitivos, os resultados indicam indícios de que (1) o modelo lógico do programa está ajustado à realidade brasileira, (2) o CRAS é um potencial local de implementação, desde que cuidados infraestruturais e humanos, que fogem ao alcance de uma equipe de pesquisa, sejam tomados; e (3) as famílias com características de vulnerabilidade socioeconômica parecem sensíveis às intenções do programa.

Apesar de uma iniciativa de prevenção universal-desenvolvimental, o PFF, assim como qualquer outro programa de intervenção, não atua de forma solitária. Associá-lo à prevenção ambiental e informacional podem potencializar os seus efeitos. Igualmente, embora os efeitos do PFF, para o propósito e abrangência desta tese, tenham sido medidos microsocialmente, i. e., aqueles considerados efeitos diretos e focados no indivíduo, efeitos em níveis meso e macrossocial são esperados em âmbitos de saúde, educação e social. Isso porque o investimento em prevenção em saúde não somente diminui os gastos com saúde, como também aumenta a qualidade e satisfação com a vida dos indivíduos.

Chega-se cá após o enfretamento de várias barreiras, tanto em nível micro, quanto meso e macrossiais. A implementação do programa sofreu impactos devido à questões políticas e

administrativas, tais como condições de trabalho dos agentes de implementação, que tiveram que somar a facilitação do programa às suas demais atividades; a infraestrutura disponível nos CRAS não era adequada e suficiente à implementação do programa, forçando o uso de equipamentos próprios ou o empréstimo deles; a gestão municipal, apesar de consciente, não era mobilizadora dos serviços; a lacuna de pactuação entre esferas de governo fez com que alguns equipamentos públicos deixassem de oferecer o programa; e recursos financeiros, que deixaram de ser repassados antes da finalização do projeto (Abdala et al., 2020). Este processo, invariavelmente, impactou aspectos da pesquisa no que se refere à randomização, o tamanho da amostra e o abandono de participantes. Duas limitações importantes inerente a todos os estudos aqui apresentados.

Outra limitação foi a dificuldade de formar um grupo controle. Diante da impossibilidade da randomização, uma vez que os CRAS foram acessados conforme a melhor pactuação entre as esferas governamentais, planejou-se um desenho com grupo de controle pareado. Não obstante, análises preliminares indicaram perda diferencial entre os grupos e que os adolescentes já apresentavam, desde o pré-teste, diferenças significativas nas variáveis desfecho. Assim, a inclusão do grupo controle implicaria um grande viés.

O Programa Famílias Fortes, mesmo sem resultados definitivos, continua a ser expandido para outros estados do país, como Acre, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, segundo o que consta na página web do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (ver <https://www.gov.br/mdh/pt-br/@@search?SearchableText=programa+%22fam%C3%ADlias+fortes%22>). Por um lado, tal fato demonstra uma aposta nesta intervenção como promissora para o fortalecimento de vínculos familiares e protetivos à criança e ao adolescente. Por outro lado, reforça uma prática comum na América Latina de implementar e expandir o programa prematuramente, i. e. antes da eficácia e da efetividade estarem plenamente comprovadas por meio de um amplo e rigoroso

ensaio clínico randomizado, que responda acerca da viabilidade, implementação, efetividade, sustentabilidade e custo-benefício (Mejía et al., 2019). Recomenda-se atenção para o processo de implementação, sobretudo com vistas à superação das barreiras que a primeira etapa de expansão teve que lidar, bem como para a agenda de pesquisa, para lançar respostas definitivas sobre a adoção desta tecnologia social no rol das políticas públicas brasileiras. Do contrário, passar-se-á por um processo de de-implementação (Wang, Maciejewski, Helfrich, & Weiner, 2018), que consiste em remover a intervenção do Sistema Único de Assistência Social diante de evidências de inefetividade ou de efeitos iatrogênicos. Estes últimos, até o momento, não detectados.

Ademais de intervenções com efetividade comprovada, busca-se uma “intervenção culturalmente fundamentada”, que implica a entrega de uma intervenção que corresponda aos anseios e que se comunique com os valores de um grupo ou subgrupo de indivíduos, endossando assim, as dimensões culturais (p. e. religiosidade, raça) por eles compartilhadas (Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2011). Daí surge o dilema: adaptar ou desenvolver. Ao adaptar uma intervenção, segue-se ou uma abordagem *top-down*, onde preza-se pela garantia da fidelidade e eficácia, ou uma abordagem *bottom-up*, que preza pelo planejamento de uma intervenção sob medida à população alvo (Castro, Barrera, & Steiker, 2010). Isso implica uma opção em modificar a estrutura superficial, até mesmo a estrutura profunda, do programa, o que pode comprometer seus componentes principais. Também é certo que desenvolver um programa é tarefa custosa, financeira e de recursos humanos, leva tempo e prescinde de um trabalho interdisciplinar que envolva especialistas no tema alvo, especialistas em desenvolvimento e avaliação de programas, poder público, sociedade e demais *stakeholders*. E, considerando as dimensões do Brasil e as populações residentes, torna-se uma tarefa ainda mais árdua.

Para tornar mais complexo o cenário brasileiro, acompanha-se o investimento na área da saúde encolher a “passos largos”. Em 2017, os investimentos em saúde pública representavam cerca de 15.77% da arrecadação da União, já em 2019, 13.54%, o que representa uma perda de R\$20 bilhões. Adicionalmente, a distribuição desse investimento entre os setores público e privado é irregular, com este último recebendo 55% do total (Secretaria do Tesouro Nacional [STN], 2020). Não por casualidade, essa perda no orçamento coincide com a Emenda Constitucional 95 (EC-95), popularmente conhecida como *Teto de Gastos*, que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, garantindo somente a correção por meio do IPCA, o que não acresce recursos de forma coerente à realidade de crescimento do país e, tampouco serão suficientes para cobrir a longa e crônica falta de recursos financeiros nessa área (Santos & Funcia, 2019). Paralelo a isso, o Brasil prevê uma queda de 31.69% nos investimentos em Ciência e Tecnologia, de R\$11.8 bilhões em 2020 para R\$8 bilhões em 2021 (Projeto de Lei Orçamentária, 2021).

Os reflexos na área de prevenção a agravos em saúde, indubitavelmente, estão e serão, ainda mais fortemente, sentidos. Por um lado, a área sofrerá cortes nos recursos advindos da saúde, i. e. na assistência à saúde; por outro, cortes no estudo e investigação. Se considerarmos que países desenvolvidos da Europa alocam somente 3% do seu orçamento de saúde, na prevenção e promoção (World Health Organization [WHO], 2015), podemos ter uma vaga impressão de como a área será subjugada em curto e médio prazos no Brasil. Assim, além dos desafios inerentes à produção qualificada em prevenção, estratégias precisam ser desenvolvidas e executadas frente aos desafios à nível macrossocial que estão a apresentar-se.

*A nova realidade não é saturada de possibilidades.*

*Ao contrário. É saturada de carência.*

José de Souza Martins

## Referências

- Abdala, I. G., Murta, S. G., Menezes, J. C. L. D., Nobre-Sandoval, L. D. A., Gomes, M. D. S. M., Duailibe, K. D., & Farias, D. A. (2020). Barriers and Facilitators in the Strengthening Families Program (SFP 10–14) Implementation Process in Northeast Brazil: A Retrospective Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 6979. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196979>
- Barrera, M. Jr., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/a0027085>
- Beyers, J. M., Bates, J. E., Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, *31*(1-2), 35-53. [doi.org/10.1023/A:1023018502759](https://doi.org/10.1023/A:1023018502759)
- Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Steiker, L.K. H. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 231-239. [doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032)
- Coimbra, S. (2019). Fazer a diferença, (des)fazer desigualdades, construir equidades: um olhar sobre um legado de Psicologia Diferencial. In: C. Andrade, C. Antunes, J. Gato, L. Faria, M. Matias, & S. Coimbra (Orgs.), *Olhares sobre a Psicologia Diferencial*, (pp. 26-50). Porto, Portugal: Mais Leituras.
- Eamon, M. K. (2002). Poverty, parenting, peer, and neighborhood influences on young adolescent antisocial behavior. *Journal of Social Service Research* (28)1, 1-23. [doi.org/10.1300/J079v28n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J079v28n01_01)
- Fishbein, D. H., Ridenour, T. A., Stahl, M., & Sussman, S. (2016). The full translational spectrum of prevention science: facilitating the transfer of knowledge to practices and

- policies that prevent behavioral health problems. *Translational Behavioral Medicine*, 6(1), 5-16. doi.org/10.1007/s13142-015-0376-2
- Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *American Journal of Public Health*, 103(6), e38-e46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>.
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., ... & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7(64). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065. <http://dx.doi.org/10.2307/1131151>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp.1-101). New York: Wiley.
- Medical Research Council (2008). *Developing and evaluating complex interventions: New guidance*. Retrieved from [www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance](http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)
- Mejía, A., Bertello, L., Gil, J., Griffith, J., López, A. I., Moreno, M., & Calam, R. (2020). Evaluation of family skills training programs to prevent alcohol and drug use: a critical review of the field in Latin America. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(2), 482-499. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00060-x>
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2006). *Working with families of the poor*. Guilford Press.

- Menezes, J. C. L. de, Nobre-Sandoval, L. de A., & Murta, S. G. (2020a). Local Adaptations to Implement the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 407-421. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00196-w>
- Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. de A., Pedralho, M. de S., Tavares, T. N. G., Ramos, C. E. P. L., Allen, D., & Coombes, L. (2018a). Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(25). <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0105-0>
- Murta, S. G., de Almeida Nobre-Sandoval, L., Rocha, V.P.S. ... Vinha, L. G. do A. (2020a). Social Validity of the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil: the Voices of Parents, Adolescents, and Facilitators. *Prevention Science*. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01173-9>
- Murta, S. G., Vinha, L. G. A., Nobre-Sandoval, S. G., Miranda, A. A. V., Menezes, J. C. L. de, & Rocha, V. P. S. (2020b). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian Families: A Mixed Method Study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(spe), e36nspe16. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe16>
- Murta, S. G., Vinha, L. G. D. A., Nobre-Sandoval, L. D. A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. D., Gomes, M. D. S. M., ... & Foxcroft, D. (2020c). Exploring the short-term effects of the Strengthening Families Program on Brazilian adolescents: a pre-experimental study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-11.
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner review: Engaging fathers - Recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(11), 1187–1212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12280>

- Santos, L., & Funcia, F. (2019). *Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde*. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>
- Secretaria do Tesouro Nacional [STN]. (2020). *Relatório de Riscos Fiscais da União (RRFU)*. Retrieved from: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/relatorio-de-riscos-fiscais-da-uniao/2020/114>
- Simons, R. L., Lin, K. H., Gordon, L. C., Brody, G. H., Murry, V., & Conger, R. D. (2002). Community differences in the association between parenting practices and child conduct problems. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 331-345.
- Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A., ... & Hawkins, J. D. (2013). Addressing core challenges for the next generation of type 2 translation research and systems: The translation science to population impact (TSci Impact) framework. *Prevention Science*, 14(4), 319-351. doi.org/10.1007/s11121-012-0362-6
- Teixeira, M. A. P., Oliveira, A. M., & Wottrich, S. H. (2006). Escalas de Práticas Parentais (EPP): avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 433-441. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a12v19n3.pdf>
- Wang, V., Maciejewski, M. L., Helfrich, C. D., & Weiner, B. J. (2018). Working smarter not harder: coupling implementation to de-implementation. *Healthcare*, 6(2), 104–107. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.12.004>.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *The Case for investing in public health*. Retrieved from [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf)

## **Anexos**

## Anexo A. Parecer do Comitê de Ética

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Sheila Giardini Murta

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 53103516.1.0000.5540

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

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

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.191.408

#### **Apresentação do Projeto:**

Reitero o parecer anterior.

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

Reitero o parecer anterior.

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

Reitero o parecer anterior.

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

Reitero o parecer anterior.

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

Reitero o parecer anterior.

#### **Recomendações:**

Reitero o parecer anterior.

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

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

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 2.151.408

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

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_640926.pdf	04/07/2017 06:30:53		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_conep.pdf	04/07/2017 06:30:34	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_todos_participantes.pdf	04/07/2017 06:27:33	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	Cartacomiledeaticapendenciamarca2017.pdf	02/03/2017 15:51:08	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	respostadependencias.docx	25/01/2017 16:12:43	Sheila Giardini Murta	Aceito
Cronograma	Cronogramaatual.docx	25/01/2017 16:12:11	Sheila Giardini Murta	Aceito
Outros	aceitainstitucionalSERGIPE.pdf	13/01/2017 10:41:31	Erica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceitainstitucionalNATAL.pdf	13/01/2017 10:41:14	Erica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceitainstitucionalFORTALEZA.jpg	13/01/2017 10:41:00	Erica Quinaglia Silva	Aceito
Outros	AceitainstitucionalCARUARU.pdf	13/01/2017 10:40:43	Erica Quinaglia Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartade revisaoeticaatual.pdf	25/08/2016 18:34:46	Sheila Giardini Murta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cap_th_carta_de_encaminhamento.pdf	05/08/2016 21:11:52	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentoparacriancaeadolecenteGE.pdf	05/08/2016 21:11:27	Sheila Giardini Murta	Aceito
TCLE / Termos de	termodeassentimentoparacriancaead	05/08/2016	Sheila Giardini	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 031 (Ao lado da Direção)  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1682 E-mail: cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação Parecer: 2.151.408

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CCNEP:

Não

BRASÍLIA, 28 de Julho de 2017

Assinado por:  
Erica Quinaglia Silva  
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1662 E-mail: osp\_chs@unb.br

Página 03 de 04

## Anexo B. Comprovante de Submissão do Manuscrito 1 à Revista Psicologia: Reflexão e Crítica

**Psicologia:**  
Reflexão e Crítica

Editorial Manager

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW  
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS • PRIVACY

Role: Author Username: nadia.pinheirocarozzo@gmail.com

**Submissions Being Processed for Author Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo, M.D.**

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
<a href="#">Action Links</a>	PSRC-D-21-00007	Beyond effectiveness of the Strengthening Families Program (10-14): An integrative RE-AIM-based review.	22 Jan 2021	06 Feb 2021	Under Review

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

## **Apêndices**

## Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsáveis

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidar ao Senhor(a) e seu(sua) filho(a) para participar da pesquisa **Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes**, conduzida sob minha responsabilidade, Profa. Dra. Sheila Giardini Murta, vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF. Queremos conhecer os resultados do Programa Famílias Fortes, os seus pontos fortes e fracos, e sua utilidade para as famílias e pais participantes. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre o seu interesse em participar desta pesquisa e sua autorização para a participação de seu filho.

Você e seu(sua) filho(a) estão sendo convidados a participar de uma entrevista sobre a convivência e a relação familiar. Esta entrevista demora cerca de 40 minutos e você e o seu(sua) filho(a) irão participar juntos da entrevista. Uma parte da entrevista será gravada em vídeo, mas apenas o final.

O(a) senhor(a) e ele(a) receberão todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização desta etapa pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome e o dele(a) não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes das respostas aos questionários ficarão sob minha responsabilidade. Sua participação é muito importante para que possamos ter conclusões mais claras sobre os resultados destes programa e se ele é potente o suficiente para, no futuro, ser oferecido para outras famílias e adolescentes brasileiros.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer pagamento ou benefício. O(a) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 3107 6827 ou pelo e-mail [pesquisafamiliasfortes@gmail.com](mailto:pesquisafamiliasfortes@gmail.com).

O(a) senhor(a) poderá conhecer os resultados deste estudo por meio de um relatório para a comunidade a ser postado no site [www.geppsvida.com.br](http://www.geppsvida.com.br) quando da finalização da pesquisa. Além deste relatório, os resultados desse estudo deverão ser publicados posteriormente na comunidade científica e informados aos órgãos do governo interessados na saúde das famílias e adolescentes. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) senhor(a). esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob a inscrição sob o número CAAE: 53103516.1.0000.5540.

Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a)  
de 201\_

## Apêndice B. Termo de Assentimento



### Termo de Assentimento – Entrevista

Olá!

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Fortalecendo Famílias**. Nesta pesquisa, estamos acompanhando a convivência familiar, a saúde e o desempenho escolar de crianças e adolescentes entre dez a 14 anos. Estamos também pedindo permissão aos seus pais para sua participação. Então, eles também estão sendo informados sobre esta pesquisa.

Você e seu(sua) responsável estão sendo convidados a participar de uma entrevista sobre a convivência e a relação familiar. Esta entrevista demora cerca de 40 minutos e você e o seu(sua) responsável irão participar juntos da entrevista. Uma parte da entrevista será gravada em vídeo, mas apenas o final.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Você pode ser sincero nas respostas. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças e adolescentes que participaram. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode falar comigo agora, ou ligar para o telefone 61 3107 6827 ou pelo e-mail [pesquisafamiliasfortes@gmail.com](mailto:pesquisafamiliasfortes@gmail.com).

Quando terminarmos a pesquisa você poderá ficar sabendo dos resultados através de um relatório para a comunidade que será postado no site [www.geppsvida.com.br](http://www.geppsvida.com.br) quando da finalização da pesquisa. Além deste relatório, os resultados desse estudo deverão ser publicados posteriormente na comunidade científica e informados aos órgãos do governo interessados na saúde das famílias e adolescentes. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob a inscrição sob o número CAAE: 53103516.1.0000.5540.

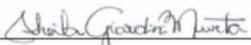
Muito obrigada pela sua participação!

#### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa Avaliação da Afetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Fortalecendo Famílias.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da criança / adolescente

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

## Apêndice C. Termo de Autorização Imagem e Voz (TAIV)



### Termo de Autorização Imagem e Voz

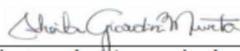
Eu autorizo livre e espontaneamente o uso de minha imagem e som da minha voz bem como o uso da imagem e som da voz da (a) meu(minha) filho(a). Confirmando que aceitamos estes termos como participantes da pesquisa de **Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes**.

Confirmo ainda que esta autorização inclui autorização para a análise de dados por parte da equipe de pesquisa, para a fins de pesquisa e que esta gravação pode ser usada para outros fins acadêmicos.

Declaro que recibi todos os esclarecimentos necessários e me foi assegurado que o nem meu nome nem o nome da (o) minha(meu) filha(o) serão divulgado sob nenhuma hipótese. Afirmo ainda, que fui informado que não haverá divulgação das imagens ou sons da voz em meio de comunicação, tais como internet, rádio ou internet.

Também fui informado que a guarda das imagens ficarão sob responsabilidade da pesquisa de **Avaliação da Efetividade, Qualidade de Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes**.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do (ã) pesquisador (a)

Brasília, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_