



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Sustentabilidade de intervenções em saúde na América Latina: o caso do Programa

Famílias Fortes no Brasil

Danielle Aranha Farias

Brasília

Março, 2021

Danielle Aranha Farias

**Sustentabilidade de intervenções em saúde na América Latina: o caso do Programa
Famílias Fortes no Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Saúde Mental e Cultura.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Giardini Murta

Brasília

Março, 2021

**Sustentabilidade de intervenções em saúde: o caso do Programa Famílias Fortes no
Brasil**

Banca Examinadora

Profª Drª Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Profª Drª Márcia Helena da Silva Melo
Universidade de São Paulo - USP
Membro Titular

Profª Drª Ronice Pereira Franco de Sá
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Membro Titular

Prof. Dr. Fabio Iglesias
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente

Agradecimentos

Não é um acaso que quis pesquisar sobre o impacto positivo que relações familiares afetuosas e autoritativas exercem sobre a saúde, dado os meus maiores exemplos desse modelo positivo, minha mãe Leila e meu pai Valdemir. Apenas agradeço o amor e apoio incondicionais ao meu desenvolvimento para que chegasse a mais essa etapa em minha vida. Agradeço também a minha irmã Giselle, companheira de vidas que sempre me trouxe e traz à razão da forma mais carinhosa.

Aos meus amigos, especialmente Rafaela Fraga, Marianna Rodrigues, Danielly Alvino, Kizzi Queiroz, Alessandra Rizzi, Rosalva Almeida e Amanda Fontenelli, agradeço por serem minha necessária rede de apoio para que me mantivesse na disciplina para finalizar o trabalho e me desligasse das demandas acadêmicas da forma mais divertida.

Um agradecimento especial a minha orientadora Sheila Murta, que tem a verdadeira postura de educadora ao se mostrar disposta a aprender e ensinar em todas as interações comigo, profissionais ou não. Sua presença, paciência, doçura e parceria foram essenciais para que perseverasse na escrita deste trabalho e aprendesse tanto sobre a ciência da prevenção no percurso. Solicito uma renovação da paciência para me acompanhar nas futuras empreitadas acadêmicas e profissionais.

Aos meus amigos que fiz nessa jornada acadêmica, iniciada antes do compromisso do mestrado, especialmente Larissa Nobre-Sandoval, Karina Duailibe, Maria do Socorro Mendes, Ingrid Abdala e Jordana Calil, com quem compartilhei experiências profissionais e *insights* inspiradores que enriqueceram ainda mais este estudo. Minha admiração e respeito à contribuição feminina que elas têm dado à ciência brasileira de forma tão brilhante.

Agradeço aos integrantes do Grupo de Estudos em Promoção e Prevenção da Saúde no Ciclo da Vida (Gepps-Vida) pelas contribuições e demonstração de inteligência e

compromisso com políticas públicas de qualidade. As reuniões, conversas e cafés foram essenciais para a construção deste trabalho de forma cuidadosa e sempre renovaram o meu ânimo para persistir escrevendo e buscar excelência.

Agradeço ao William Gualberto, excelente profissional e querido amigo, que me apoiou na realização de tarefas obrigatórias do mestrado e se revelou uma pessoa profundamente querida ao demonstrar carinho, empatia e cuidado comigo em momentos desafiadores destes mais de dois anos de jornada.

Agradeço à diretoria da BRAPEP, Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde, em nome de Eliane Seidl, Maria Inês Gandolfo, Larissa Polejack, Daniela Schneider e Larissa Nobre-Sandoval, que tanto me ensinaram sobre o constante aprimoramento profissional e acadêmico que devemos ter para defender uma saúde universal, de qualidade e pública à população brasileira.

Agradeço aos profissionais da secretaria acadêmica, especialmente Priscila, Antônio e Noêmia, por sua prontidão e organização ao resolver questões burocráticas. Eles conseguiram deixar a experiência de pós-graduação na Universidade de Brasília mais leve.

Agradeço aos professores Dr^a Márcia Helena da Silva Melo – USP, Dr^a Ronice Pereira Franco de Sá – UFPE e Dr. Fabio Iglesias - UnB, membros da banca de defesa, pela disponibilidade em ler e contribuir para o aprimoramento do meu trabalho.

A todos os participantes dessa pesquisa que se dispuseram a contribuir com o campo de estudos da prevenção e implementação de programas sociais.

A querida Marcia Regina de Avellar Fonseca, verdadeiro ponto de luz neste planeta e que tem o dom de promover saúde de diferentes formas, fica o meu eterno agradecimento.

Enfim, agradeço à Divina Presença em mim que se comunicou com a Divina Presença de todos(as) que colaboraram para que esse trabalho fosse construído.

Epígrafe

No percurso de mais de dois anos de elaboração desta dissertação de mestrado, me deparei com três passagens que constantemente renovaram o meu compromisso com o caminho profissional que escolhi.

A primeira citação, de autoria de Carlos Chagas, está relacionada com o campo de atuação na saúde pública, política social que durante anos não representava um objeto de interesse meu nem para os estudos, tampouco para o exercício profissional. Porém, paulatinamente, construiu-se em mim uma motivação que culminou no que chamo de militância acadêmica.

A segunda citação, dita por Albert Einstein, me lembra tanto o processo de trabalho necessário para produzir ciência nesse país quanto os desdobramentos possíveis desta dedicação. E por fim, a terceira citação, de Mário Sérgio Cortella, me revigorava toda vez que me deparava com uma trava na minha produção acadêmica.

"Não vai demorar que passemos adiante uma grande e bela ciência, que faz arte em defesa da vida." Carlos Chagas, sanitarista brasileiro, 1928.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.”
Albert Einstein, físico alemão, década de 1940.

“Ler é um ato de reverência aos autores que vieram antes de mim. Escrever é um ato de gratidão a eles.” Mário Sérgio Cortella, filósofo brasileiro, 2020.

Sumário

<i>Lista de tabelas</i>	9
<i>Lista de figuras</i>	10
<i>Lista de Anexos</i>	11
<i>Resumo</i>	12
<i>Abstract</i>	13
<i>Apresentação</i>	14
<i>Manuscrito 1</i>	18
<i>Sustentabilidade de intervenções em saúde pública nos países da América Latina: uma revisão integrativa</i>	18
Resumo	19
Em busca de um conceito	22
Sustentabilidade é um caminho ou o destino final?	24
Frameworks	27
Método	29
Delineamento do estudo.....	29
Procedimentos de busca.....	30
Critérios de seleção	30
Procedimentos de análise dos dados	31
Resultados	33
Característica Populacional.....	33
Nível de atenção à saúde	35
Metodologia empregada.....	37
Definição de sustentabilidade	38
Fatores promotores ou inibidores de sustentabilidade	38
Economia da Saúde.....	49
Discussão	50
Conclusão e recomendações	55
Referências	58
<i>Manuscrito 2</i>	75
<i>A sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil</i>	75
Resumo	76
Histórico do Programa Famílias Fortes no Brasil	81

Método	87
Delineamento do estudo	87
Participantes	87
Instrumentos	88
Procedimentos	90
Resultados	93
Implementação do programa nos municípios	93
Monitoramento da implementação	96
Adaptação do programa	98
Alcance das famílias	102
Sustentabilidade do programa	106
Barreiras e facilitadores para a sustentabilidade	110
Legado do Programa Famílias Fortes	118
Discussão	118
Conclusão e recomendações	125
Referências.....	128
<i>Para (não) concluir.....</i>	<i>145</i>

Lista de tabelas

Manuscrito 1

Tabela 1. Categorias de Análise.....	32
Tabela 2. Facilitadores e barreiras da sustentabilidade.....	39

Manuscrito 2

Tabela 3. Caracterização dos participantes.....	88
Tabela 4. Conceitos para análise de dados.....	92
Tabela 5. Contexto da implementação.....	95
Tabela 6. Monitoramento do programa	97
Tabela 7. Aspectos considerados no monitoramento.....	98
Tabela 8. Adaptações ao programa e adaptações no processo de trabalho.....	101
Tabela 9. Famílias participantes.....	103
Tabela 10. Impactos positivos e impactos negativos do comportamento das famílias.....	104
Tabela 11. Elementos facilitadores e impeditores da sustentabilidade.....	109

Lista de figuras

Manuscrito 1

Figura 1. Diagrama de seleção de artigos para a revisão integrativa.....	30
Figura 2. Características Populacionais.....	35
Figura 3. Nível de Atenção.....	37
Figura 4. Facilitadores e barreiras da sustentabilidade.....	39

Manuscrito 2

Figura 5. Cronologia de adoção e implementação do programa no Brasil.....	84
---	----

Conclusão

Figura 6. O Ciclo da Pesquisa em Prevenção Proposto pelos Pesquisadores.....	146
--	-----

Lista de Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil” (Forma escrita).....149

Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Entrevista “Barreiras e facilitadores do Programa Famílias Fortes” (Forma oral).....160

Resumo

A sustentabilidade é o uso contínuo de componentes de um programa e suas atividades visando resultados benéficos para a população. Esta dissertação de mestrado examinou os mecanismos que contribuem ou prejudicam a sustentabilidade de intervenções em saúde pública na América Latina e, em particular, do Programa Famílias Fortes no Brasil. Realizou-se dois estudos sobre o tema. O primeiro consistiu em uma revisão integrativa que analisou os fatores facilitadores e inibidores da sustentabilidade de intervenções de saúde pública em países da América Latina e Caribe. A revisão incluiu 29 artigos científicos de intervenções em países latino-americanos publicados entre os anos 2000 e 2018 em periódicos de língua inglesa, portuguesa e espanhola. Os achados desta revisão indicaram que os fatores que contribuem para a sustentabilidade de intervenções em saúde pública nos países latino-americanos são as parcerias, a comunicação, o suporte político, os impactos na saúde pública, a avaliação, a capacidade organizacional e o planejamento estratégico. Por outro lado, os fatores que dificultam a sustentabilidade são a instabilidade financeira, a falta de suporte político e a ineficaz capacidade organizacional. O segundo estudo investigou mecanismos que viabilizam ou impedem a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes (PFF), adaptação brasileira de um programa estadunidense de habilidades parentais e habilidades sociais para pais e adolescentes (10 a 14 anos) com vistas à prevenção do abuso de drogas. Adotou-se um delineamento descritivo, do qual participaram sete gestores responsáveis pela gestão do PFF nos estados de Acre, Distrito Federal, Pernambuco, Ceará e Paraná, que responderam a um questionário online. Destes sete participantes, dois responderam também a uma entrevista narrativa aplicada remotamente. Os dados foram analisados por meio de análise temática dedutiva, com base nas categorias estabilidade de fundo, impactos em saúde pública, suporte político, parcerias, comunicação, capacidade organizacional, adaptação do programa, avaliação do programa e planejamento estratégico. Os resultados apontaram que em todos os estados a implementação do PFF foi descontinuada, sendo que dois estados a interromperam em 2017 (Acre e Pernambuco), dois em 2018 (Ceará e Distrito Federal) e um em 2019 (Paraná). Instabilidade de fundos, falta de suporte político, capacidade organizacional deficitária e dificuldade de incorporação na rotina organizacional foram identificados como barreiras para a sustentabilidade. As dimensões capacidade organizacional, adaptação do programa, suporte político, avaliação do programa e parcerias foram citadas como essenciais para a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes em todos os territórios. Mesmo descontinuado, legados positivos do PFF foram mencionados por participantes de quatro dos estados, incluindo a capacitação profissional no campo da prevenção para trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS). Em conclusão, os dados de ambos os estudos revelam que prejuízos em recursos financeiros, suporte político e capacidade organizacional atuam como barreiras para a sustentabilidade de intervenções em saúde pública na América Latina e também do Programa Famílias Fortes no Brasil.

Palavras-chave: Sustentabilidade; América Latina; Programa Famílias Fortes; prevenção; programas baseados em evidência.

Abstract

Sustainability is the continuous use of components of a program and its activities aiming at beneficial results for the population. This master's thesis examined the mechanisms that contribute to or impair the sustainability of public health interventions in Latin America and, in particular, of the Strengthening Families Program (SFP) in Brazil. Two studies were carried out on the subject. The first consisted of an integrative review that analyzed the factors that facilitate and inhibit the sustainability of public health interventions in countries in Latin America and the Caribbean. The review included 29 scientific articles from interventions in Latin American countries published between the years 2000 and 2018 in English, Portuguese and Spanish journals. The findings of this review indicated that the factors that contribute to the sustainability of public health interventions in Latin American countries are partnerships, communication, political support, impacts on public health, assessment, organizational capacity and strategic planning. On the other hand, the factors that impair sustainability are financial instability, lack of political support and ineffective organizational capacity. The second study investigated mechanisms that make feasible or hinder the sustainability of the Strengthening Families Program (SFP), a Brazilian adaptation of an American program of parenting skills and social skills for parents and adolescents (10 to 14 years old) with a view to preventing drug abuse. A descriptive design was adopted, in which seven managers responsible for the management of the SFP in the states of Acre, Distrito Federal, Pernambuco, Ceará and Paraná participated, who answered an online questionnaire. Of these seven participants, two also responded to a remotely applied narrative interview. The data were analyzed through deductive thematic analysis, based on the categories fund stability, impacts on public health, political support, partnerships, communication, organizational capacity, program adaptation, program evaluation and strategic planning. The results showed that in all states the implementation of the SFP was discontinued, with two states interrupting it in 2017 (Acre and Pernambuco), two in 2018 (Ceará and Distrito Federal) and one in 2019 (Paraná). Fund instability, lack of political support, deficient organizational capacity and difficulty in incorporating into the organizational routine were identified as barriers to sustainability. The dimensions organizational capacity, program adaptation, political support, program evaluation and partnerships were cited as essential for the sustainability of the Strong Families Program in all territories. Although discontinued, positive legacies of the PFF were mentioned by participants from four of the states, including professional training in the field of prevention for workers in the Unified Social Assistance System (SUAS) and Unified Health System (SUS). In conclusion, data from both studies reveal that losses in financial resources, political support and organizational capacity act as barriers to the sustainability of public health interventions in Latin America and also of the Strengthening Families Program in Brazil.

Keywords: Sustainability; Latin America; Strengthening Families Program; prevention; evidence-based programs.

Apresentação

Como assistente social, sempre tive meu trabalho pautado no atendimento a famílias. Ao longo dos anos, algumas conversas com as mulheres chefes de família revelaram dinâmicas de convivência perpassadas pela violência intergeracional, dificuldade de comunicação com os filhos e enfraquecimento dos vínculos entre si e com a comunidade.

Quando tive a oportunidade de estudar e avaliar o Programa Famílias Fortes (PFF), fiquei encantada com a potencialidade de uma tecnologia social baseada na comunicação positiva, práticas parentais autoritativas e habilidades sociais voltadas para a saúde. Em 2016 integrei a equipe de pesquisa coordenada pela Prof^a Dr^a Sheila Giardini Murta que conduziu o projeto “Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes.” Minha função foi supervisionar a coleta de dados em Sergipe, atividade que me permitiu uma imersão no campo e acompanhamento de processos relativos à implementação do PFF.

Paralelo à potencialidade do programa, a equipe de implementação sempre relatava problemas para executar o programa. Além disso, via-se o dispêndio de energia e comprometimento da equipe, e sempre me perguntei: há tanta potencialidade, mas ele consegue se manter por muito tempo? O que é preciso para que o programa alcance mais famílias e por mais tempo? Então com essa inquietação, e acompanhando os trâmites de esvaziamento do monitoramento do programa em nível federal, decidi pesquisar sobre a sustentabilidade de intervenções em saúde pública, em especial o Programa Famílias Fortes.

Além dos desafios característicos da realização de um mestrado, o campo da saúde mental, psicologia e prevenção eram totalmente novos para mim. Acompanhei diferentes seminários sobre avaliação de programas, comunicação em saúde, políticas de saúde informadas por evidências e prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes. Estudando sobre a política de drogas, descobre-se um campo interdisciplinar e perpassado por

vários projetos ideológicos. Também se revelam programas baseados em evidências científicas e uma potencialidade da gestão pública ser informada pela academia.

Minha inserção no Grupo de Estudos de Promoção e Prevenção da Saúde no Ciclo de Vida (GEPPSVida) da Universidade de Brasília foi essencial para compreender esse novo campo e poder, eventualmente, contribuir para a avaliação, monitoramento e desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências científicas. Situada neste campo de conhecimento, esta dissertação é composta por dois manuscritos que visam investigar os mecanismos que facilitam ou dificultam a sustentabilidade de intervenções em saúde pública na América Latina e, especialmente, o Programa Famílias Fortes em municípios brasileiros.

O formato da dissertação difere do clássico formato em capítulos e esta é apresentada em dois manuscritos independentes, porém conectados entre si. Cada manuscrito é composto por estruturas próprias (introdução, método, resultados, discussão e conclusão). São seguidos por uma conclusão final que apresenta apontamentos sobre a agenda de pesquisa, limitações metodológicas e contribuições ao campo de pesquisa.

O primeiro manuscrito é uma investigação teórica, uma revisão de literatura integrativa que analisa publicações de países latino-americanos sobre sustentabilidade de intervenções em saúde pública. A baixa produção acadêmica na área somado às particularidades políticas e culturais atribuem ao estudo um ineditismo no campo da ciência da implementação. Com o foco na análise dos fatores que contribuem (ou não) para a capacidade de sustentabilidade de intervenções nos países da América Latina, o estudo revelou algumas diferenças entre as pesquisas europeias e norte-americanas e da região latino-americana. A sustentabilidade nesta região é garantida pela capacidade organizacional, o suporte político, parcerias e comunicação estratégica, enquanto publicações de países de

alta renda indicam a importância da estabilidade de fundos, impactos na saúde pública da população alvo e parcerias.

O segundo manuscrito é um estudo descritivo com coleta de dados com gestores responsáveis pela implementação do Programa Famílias Fortes, no período de 2013 a 2018, em cidades da região Norte, Sul, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil. O objetivo foi examinar barreiras e facilitadores para a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no nível municipal e estadual e quais legados (se algum) deixou nos processos de trabalho e decisões políticas do local. Os achados deste estudo apontaram que a falta de estabilidade de fundos, pouco suporte político e a desorganização dos recursos humanos foram barreiras significativas para a sustentabilidade do PFF nos territórios investigados. Foram identificados como facilitadores a comunicação, o comprometimento de funcionários e a percepção por estes dos impactos positivos na saúde da população.

Ambos os estudos são orientados por teóricos de referência da área – Mary Scheirer, Pierre Pluye, William Stirman, Sarah Shelton -, especialmente o framework “*Capacity for Sustainability*” de Sarah Schell e colaboradores (2013). Nesta dissertação, a compreensão de sustentabilidade baseia-se na literatura acerca das pesquisas produzidas na ciência da implementação de políticas públicas. Este campo é uma vertente do campo da análise de políticas públicas, especificamente da implementação de políticas. A concepção central é analisar programas e políticas a partir de diferentes fases: planejamento, formulação, implementação, avaliação e por fim, manutenção ou sustentabilidade (Lotta, 2019) com o objetivo de diminuir o distanciamento entre achados científicos e sua aplicação no cotidiano, primando pela melhoria da qualidade dos serviços e aumento dos impactos benéficos na saúde da população (Brownson, Colditz, & Proctor, 2017).

Por sua vez, o conceito de intervenções utilizado neste estudo corresponde à eventos que ocorrem em sistemas complexos, ou seja, ultrapassa a noção de atividades ou estratégias e compreende interações de atores em um determinado contexto que criam um evento que transforma este contexto em que está inserido (Hawe, Shiell, & Riley, 2009; Rychetnik, Frommer, Hawe, & Shiell, 2006). Em suma, intervenções têm a capacidade de serem dinâmicas e modificarem o contexto tendo em vista relações, simbolismos e recursos dos atores que compõem o sistema e sua relação com contexto (Hawe, 2015). Portanto, os contextos econômico, político e social são considerados importantes para a aplicação das lentes teóricas e análises dos resultados.

Referências Bibliográficas

- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2017). *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice, Second Edition* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1093/oso/9780190683214.001.0001>
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3–4), 267–276. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307–323. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>
- Lotta, G. S. (org.) (2019). *Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil*. Brasília: Enap.
- Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Feb;56(2):119-27. doi: 10.1136/jech.56.2.119. PMID: 11812811; PMCID: PMC1732065.

Manuscrito 1

**Sustentabilidade de intervenções em saúde pública nos países da América Latina: uma
revisão integrativa**

Resumo

Há uma expressiva produção de conhecimento acerca da sustentabilidade de programas e políticas de saúde pública, sobretudo na Europa, Estados Unidos e África Subsaariana, ao passo que o contexto latino-americano tem sido, comparativamente, menos analisado. Este manuscrito pretende discutir os fatores facilitadores e inibidores da sustentabilidade de intervenções de saúde pública em países da América Latina e Caribe. A revisão incluiu 29 artigos científicos de intervenções em países latino-americanos publicados entre os anos 2000 e 2018 em periódicos de língua inglesa, portuguesa e espanhola. Os resultados indicaram que aspectos internos à intervenção como a avaliação periódica, a capacidade organizacional e o planejamento estratégico podem ser considerados facilitadores. Aspectos externos como parcerias na comunidade, comunicação eficaz, suporte político e os impactos na saúde dos usuários também podem exercer influência positivamente. Os fatores identificados como inibidores são a instabilidade financeira, a falta de suporte político e a ineficaz capacidade organizacional. A região latino-americana tem três questões contextuais que influenciam na sustentabilidade: a vulnerabilidade social da população, o acesso a saúde é majoritariamente via serviços públicos e por fim, os fatores externos à implementação, como o suporte político e estabilidade de fundos, têm grande peso na sustentabilidade. Recomenda-se a ampliação do planejamento de intervenções abarcando processos avaliativos para que minimize as chances de descontinuidade. Ademais, fortalecer a participação comunitária na elaboração de intervenções a fim de estabelecer uma perspectiva horizontal de desenvolvimento de intervenções.

Palavras-chave: sustentabilidade; saúde pública; América Latina; ciência da implementação; revisão de literatura

Por que alguns programas sociais ou de saúde pública, apesar de serem considerados eficazes, não se mantêm por muito tempo nos serviços para a comunidade? Na área de saúde pública, para que mudanças e benefícios ocorram, a intervenção deve ser mantida por certo tempo. A depender da intervenção, mudanças na comunidade não são detectáveis antes de 3 ou 10 anos após a implementação inicial (Walugembe, Sibbald, Le Ber, & Kothari, 2019). Ainda, a pesquisa acerca da sustentabilidade de intervenções pode evidenciar quais são os reais benefícios para a população e pode investir corretamente na retirada ou continuidade do programa (Pluye, Potvin, & Denis, 2004; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). E, por último, programas que apresentam benefícios para a população e são descontinuados, geram uma grande desmobilização comunitária e desânimo nos usuários dos programas de saúde (Pluye et al., 2004).

Primeiramente, cabe compreender “intervenção” como eventos em sistemas, isto é, eventos que têm uma dinamicidade própria e proporcionam modificações ao ambiente em que estão, sempre atuando em interação com “pessoa-tempo-lugar” (Hawe, 2015, p. 310). Intervenções podem ser eventos que deixam algum impacto por conta da dinâmica interação entre o contexto, os atores e a intervenção em si, tecendo redes de relações sociais que influenciam não somente no problema de saúde em questão – intervenções em saúde – mas também no contexto (Hawe et al., 2009). Portanto, o contexto é o complexo social em que esses eventos se desdobram, se desenvolvem ou se modificam (Poland, Frohlich, Cargo, 2008).

No panorama geral da literatura, grande parte dos artigos acerca da temática são sobre estudos experimentais de avaliação de programas originários de países de alta renda, como América do Norte e Europa Ocidental. Ainda são poucas as pesquisas focadas em países de média e baixa renda (Barry, Clarke, Jenkins, & Patel, 2013; Tricco, Ashoor, Cardoso, MacDonald, et al., 2016). Três revisões de literatura amplamente citadas (Pluye et al., 2004;

Shelton, Rhoades Cooper, & Stirman, 2018; Wiltsey Stirman et al., 2012) analisam conjuntamente 308 artigos sobre sustentabilidade nas suas abordagens conceituais e metodológicas e, desta amostra, apenas três artigos são latino-americanos, provenientes de Argentina, Cuba e México.

Dentre os países de média e baixa renda, há um certo aumento na condução de pesquisas provenientes da África Subsaariana com destaque para um artigo, também de revisão sistemática (Iwelunmor et al., 2016), que analisa a rigorosidade metodológica de 41 estudos empíricos africanos, replicando o estudo de Shannon Wiltsey Stirman e colegas (2012). Nas revisões anteriormente mencionadas, em contraponto à ínfima quantidade de estudos latino-americanos, são 11 estudos analisados provenientes de países africanos. Esta é ainda uma quantidade pouco expressiva frente à produção de países de alta renda.

O contexto, seja nacional ou local, é um importante aspecto para a sustentabilidade bem como para a adaptação da intervenção. A avaliação de um programa ultrapassa a medição de variáveis de efetividade e funcionamento e considera também o local, o contexto cultural, a forma como foi implementada a intervenção, os mecanismos que foram aprendidos pelos participantes do programa e o resultado da combinação desses fatores. Apesar de não ser um campo de estudos unívoco quanto à definição conceitual, quanto ao uso de avaliações apropriadas e à lente teórica adotada, existem apontamentos gerais que norteiam a implementação de intervenções e, especialmente, a sustentabilidade destas. Porém, ainda fica a indagação: os processos que levam à sustentabilidade das intervenções são os mesmos em todos os lugares?

Sendo assim, o presente manuscrito almeja identificar os fatores que colaboram, ou não, para a sustentabilidade de intervenções em saúde pública desenvolvidas em países da América Latina e Caribe. Esta revisão de literatura considera não somente a similaridade

socioeconômica de países de média e baixa renda, mas também a proximidade geográfica e as circunstâncias históricas e políticas similares da região latino-americana.

Primeiramente, este trabalho discute três nichos de pesquisa que estudiosos da ciência da implementação e da saúde pública têm destacado como relevantes: (1) as características fundamentais de sustentabilidade, (2) a definição do conceito de sustentabilidade como um processo ou resultado da implementação, e (3) apontamentos específicos sobre como alcançar esta etapa através de protocolos avaliativos e *frameworks* (Lennox, Maher, & Reed, 2018; Shelton, Rhoades Cooper, & Stirman, 2018).

Em busca de um conceito

A adoção de um conceito em que haja consenso ainda é um desafio na literatura, tendo em vista as diferentes metodologias escolhidas para avaliar sustentabilidade. Acrescenta-se a isso a falta de critério para definir adaptações e impactos em saúde, assim como os componentes continuados ou descontinuados da intervenção, e, finalmente, a adoção de diferentes teorias fundamentais como “difusão de inovações” ou “teoria dos sistemas abertos” (Lennox, Maher, & Reed, 2018; Shelton et al., 2018; Wiltsey Stirman et al., 2012). Amplas revisões de literatura destacam que os artigos nem sempre trazem teorias claras acerca de sustentabilidade para explicar os resultados ou fundamentar suas hipóteses (Fleischer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2015; Laura Lennox, Doyle, Reed, Bell, et al., 2017; Moore, Mascarenhas, Bain, & Straus, 2017; Schell et al., 2013; Walugembe et al., 2019). De qualquer forma, a ciência da implementação parece ser o nicho teórico que mais se aproxima da maioria dessas publicações.

A ciência da implementação é um campo de estudo e pesquisa que vem, paulatinamente, se ampliando nas últimas décadas. Pode-se considerar a circunstância inicial para o avanço dos debates a publicação de Archibald Cochrane sobre eficácia e eficiência de intervenções em saúde, publicada em 1972 (Brownson et al., 2017). Naquele momento, seu

interesse era dar aporte científico suficiente para a elaboração de intervenções em saúde, iniciando os estudos das, contemporaneamente nomeadas, políticas e programas baseados em evidências (*Evidence Based Policies and Programs – EBP*).

Desde então as pesquisas de disseminação e implementação evoluíram de uma estrutura mais teórica para uma mais prática, com o estabelecimento de protocolos, desenvolvimento de estruturas conceituais, estratégias avaliativas e *frameworks*. A finalidade é diminuir o distanciamento entre pesquisas científicas e sua aplicação no cotidiano da elaboração de programas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e aumentar os impactos benéficos na saúde da população (Bauer, Damschroder, Hagedorn, Smith, & Kilbourne, 2015; Brownson et al., 2017; Drisko & Grady, 2012).

Ademais, a pesquisa neste campo é centrada nos processos e mecanismos do uso de determinado programa e não tanto em suas características e efeitos na saúde individual (Keynejad, Dua, Barbui, & Thornicroft, 2018). Portanto, a medida de qualidade de um programa é avaliada pelos mecanismos contextuais, cuja análise ultrapassa a observação do estado de saúde da população e engloba fatores internos e externos à implementação (Keynejad et al., 2018). Considerar o contexto adiciona complexidade às ações de implementação e sustentabilidade, não somente pela necessidade de adaptação mas também pelas “interações multiníveis” de população alvo, gestores, equipe profissional e instituições (Keynejad et al., 2018).

Na América Latina, uma das referências científicas é a Biblioteca Virtual da Saúde da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) que sistematiza publicações, dados e descritores específicos sobre saúde. Ao buscar o termo “sustentabilidade”, primeiramente se constata que a definição para o termo em português ou espanhol é relacionado com os indicadores de desenvolvimento sustentável da Organização

das Nações Unidas. Já o termo em inglês “*sustainability*” cita o conceito de “avaliação de programas”, relacionando-se, enfim, à ciência da implementação.

A definição de sustentabilidade em si afirma que “o objetivo da avaliação é o de aperfeiçoar os programas e projetos, no sentido de orientar a distribuição de recursos humanos e financeiros” (DeCS, 2020) e se aproxima da ciência da implementação. Outra referência conceitual é o glossário temático de “Promoção da Saúde”, publicação feita pelo Ministério da Saúde brasileiro (2018). Nesta guia, sustentabilidade é definida como “conjunto de iniciativas com objetivo de garantir a continuidade, a manutenção e a durabilidade de processos, ações, projetos e políticas que resultem na melhoria da qualidade de vida a média e longo prazos (Ministério da Saúde, p.31, 2018).

Enfim, as diferentes revisões de literatura e *frameworks* baseiam os constructos teóricos em três pilares: (1) continuidade dos benefícios de saúde para os indivíduos após o término do financiamento inicial de um programa; (2) continuação das atividades do programa em uma ou duas instituições e (3) construção da capacidade da comunidade em desenvolver e implementar programas (Barry et al., 2013; Báscolo, Cid, Pablo Pagano, Soledad Urrutia, & Del Riego, 2017; Braithwaite et al., 2017; De Vries & Pool, 2017; Fleischer et al., 2015; Iwelunmor et al., 2016; Laura Lennox, Doyle, Reed, Bell, et al., 2017; Lovarini, Clemson, & Dean, 2013; Moore et al., 2017; Oliveira, Potvin, & Medina, 2015; Pallas et al., 2013; Scheirer, 2005, 2013; Shelton et al., 2018; Tricco, Ashoor, Cardoso, Macdonald, et al., 2016; Walugembe et al., 2019; Wiltsey Stirman et al., 2012).

Sustentabilidade é um caminho ou o destino final?

Outra discussão pertinente é a caracterização da sustentabilidade como resultado final ou processo da implementação. O cerne do debate é sobre como interpretar as variáveis que serão as preditoras de sustentabilidade, bem como a definição de quando avaliar o momento de influência desses fatores (Lennox et al., 2018; Scheirer & Dearing, 2011). As duas

perspectivas admitem a importância de etapas bem definidas, como explicitado no *framework* RE-IAM (tradução em português: alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção) (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Embora essas fases sejam realizadas por processos influenciados por diferentes fatores, presume-se que as etapas serão cumpridas de forma efetiva e culminarão na sustentabilidade (Shelton et al., 2018), caracterizando assim a perspectiva de “resultado”. Porém, quando a sustentabilidade não é incorporada no planejamento no momento da implementação, diminui-se então a probabilidade de sua ocorrência (Walugembe et al., 2019).

Atualmente, os autores do modelo RE-IAM já admitem que a validade externa é comprometida quando não há consideração das mudanças que ocorrem no programa ao longo do tempo, em todas as etapas (Kessler et al., 2013; Shelton et al., 2018). Portanto, a escolha por avaliar a sustentabilidade como um processo, isto é, desde os mecanismos da implementação, possibilita considerar as adaptações contínuas e desenvolvimento de capacidades da população e profissionais durante todo o ciclo, não somente ao final da implementação (Lennox et al., 2018; Shelton et al., 2018).

Por outro lado, uma das críticas ao uso do termo sustentabilidade como “processo” é a limitação da possibilidade de replicação em diferentes contextos de saúde pública. Há programas, como os da medicina, em que é necessário rigorosidade no cumprimento de etapas para então se alcançar a sustentabilidade, diferentemente de programas comunitários de saúde pública, que se modificam pelas respostas da comunidade, amadurecimento da equipe e aprimoramento na entrega do programa (Shelton et al., 2018).

A perspectiva de análise da sustentabilidade como um processo tem ganhado mais popularidade, e significa considerar as fases de implementação e sustentabilidade de modo conjugado, com mecanismos concomitantes e que ocorrem de forma sequenciada (Scheirer, 2005; Scheirer & Dearing, 2011; Walugembe et al., 2019). Em adição a isto, os especialistas

alertam sobre as limitações de conceber os mecanismos como estratificações rígidas em detrimento de mudanças positivas e negativas que podem ocorrer ao longo da implementação (Shelton et al., 2018; Lennox et al.2018). Porém, o estabelecimento de fases cronológicas bem como de variáveis de resultado é importante para avaliar se a sustentabilidade é realmente alcançada (Lennox et al.,2018; Scheirer & Dean, 2011).

Essa polarização remete a outra discussão, referente ao marco temporal na execução da pesquisa. O momento ideal para coleta de dados que avalie se um programa foi sustentado geralmente segue um evento específico, como o fim do financiamento ou entrada de recursos humanos, podendo ser de 6 meses a 6 anos a partir desse fato (Scheirer & Dearing, 2011). Embora possa ser um marco importante para analisar alguns fatores de sustentabilidade, quando se pensa o programa a partir de fases lineares que culminam na sustentabilidade, é lógico pensar que há um investimento financeiro e humano na fase da implementação. Com a retirada desses, se há continuidade da intervenção, pode-se dizer que entrou na fase da sustentabilidade (Pluye et al., 2004). Porém, a realidade não é tão cartesiana, e apenas pensar em termos de modelo de fases pode ser “artificial” (Pluye et al., 2004, p.126).

Além disso, não apenas os recursos monetário e humano podem ser considerados marcos para o começo do processo de sustentabilidade. Considerando mecanismos das fases de implementação e sustentabilidade conjuntamente, uma metodologia utilizada em alguns estudos é a *Critical Events Card* (CEC). Esta metodologia estabelece uma linha cronológica dos processos de adoção e implementação de determinada intervenção e dá destaque às interações entre os diferentes atores sociais que compõem a dinâmica da implementação como gestores públicos, comunidade e profissionais de saúde (Figueiro et al., 2017; Oliveira, Medina, Figueiró, & Potvin, 2017; Pluye, Potvin, Denis, Pelletier, & Mannoni, 2005; Potvin, 2004). É uma perspectiva que valoriza os processos contextuais que envolvem a intervenção

como os possíveis obstáculos e renegociações que ocorrem e podem alterar o percurso da intervenção, favorecendo ou minando a sustentabilidade.

Dessa forma, sustentabilidade não possui um conceito unívoco, sendo caracterizada como a duração contínua de uma intervenção que promove a mudança de comportamento individual e traz benefícios à saúde de determinada população ou comunidade (Scheirer & Dearing, 2011; Fleiszer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2015; Moore, Mascarenhas, Bain, & Straus, 2017; Schell et al., 2013). Portanto, há um conjunto de resultados a serem avaliados para definir a sustentabilidade, mas por não ser uma etapa fixa e imutável, pode ser considerado um conjunto de processos que incorporam aprendizados para os implementadores de uma intervenção e benefícios a comunidade ao longo de tempo (Scheirer & Dearing, 2011).

Frameworks

Frequentemente as publicações científicas abordam o uso de *frameworks* teóricos ou aplicados. São recomendações e instrumentos para avaliação de intervenções, bem como métodos para pesquisa e análise (Calhoun et al., 2014b; Chambers, Glasgow, & Stange, 2013; Damschroder et al., 2009; Harris et al., 2017; Hodge & Turner, 2016; Iwelunmor et al., 2016; K. Johnson, Hays, Center, & Daley, 2004; L. Lennox et al., 2018b; Pluye et al., 2004; Proctor et al., 2015a; Schell et al., 2013; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Shigayeva & Coker, 2015).

A título de exemplo, citam-se dois estudos: o primeiro, pelo seu pioneirismo na área e o segundo, pelo seu formato avaliativo diferenciado, com aplicação empírica. Quanto ao primeiro, Shediak-Rizkallah & Bone (1998) inovaram ao sistematizar definições teóricas para o conceito como a institucionalização da intervenção ou incorporação do programa em organizações; continuidade do programa após a retirada de investimentos financeiros e

humanos, e continuidade dos benefícios para a população pela capacidade de promover saúde pelos trabalhadores e aprendizado da comunidade.

Quanto ao segundo estudo, Claire Harris e colegas (2017) propuseram um modelo de *framework* avaliativo para uma grande pesquisa feita na Austrália sobre como promover a sustentabilidade após a retirada de recursos financeiros e humanos em intervenções em saúde (*SHARE – Sustainability of Health Care by Allocating Resources Effectively*). Nesse estudo, a sustentabilidade foi analisada pela perspectiva da interrupção de um investimento específico e indicação de estratégias para a retirada dos recursos de forma a manter a implementação. Este tipo de *framework*, de ferramentas para uso empírico, ainda é escasso nas pesquisas de sustentabilidade, com especial destaque para a falta de modelos que meçam a sustentabilidade e ultrapassem a perspectiva somente teórica (Walugembe et al., 2019).

É necessário um especial destaque ao *framework* de Sarah F. Schell e colegas (2013) pelo esforço das autoras em esmiuçar teorias discutidas previamente (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998) e condensar em nove domínios de capacidade de sustentabilidade, isto é, atributos que são considerados preditores de sustentabilidade, ou ainda, fatores que aumentam a capacidade da intervenção de ser sustentável. São eles a (1) estabilidade financeira, (2) impactos de saúde pública, (3) suporte político, (4) parcerias, (5) comunicações, (6) capacidade organizacional, (7) adaptação do programa, (8) avaliação do programa e (9) planejamento estratégico (Calhoun et al., 2014a; Hunter, Han, Slaughter, Godley, & Garner, 2015; Oliveira et al., 2015; Schell et al., 2013). Esses domínios se interrelacionam e estão inseridos na compreensão de “aspectos do *design* do programa e suas características” (parcerias, adaptação, avaliação e estabilidade financeira), “fatores inseridos na configuração organizacional” (planejamento estratégico e capacidade organizacional) e

“fatores do ambiente mais amplo da comunidade” (suporte político, comunicação e impactos de saúde pública) (Scheirer, 2005, p. 325).

Tendo em vista a variedade de estudos de revisões de literatura com diferentes definições, *frameworks* e estudos empíricos europeus e norte-americanos e a relativa pequena produção latino-americana quando comparada aos demais continentes, o objetivo deste estudo é trazer à luz a produção na América Latina e identificar quais os fatores preditores e os fatores impeditivos da sustentabilidade de intervenções de saúde na América Latina, utilizando-se o framework de Sarah Schell e colegas (2013).

Método

Delineamento do estudo

Realizou-se uma revisão integrativa, definida como a síntese de resultados obtidos sobre um tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Revisões integrativas podem focar a definição conceitual de um assunto ou problema, teorias acerca desse assunto ou análise metodológica de estudos (Lira & Morais, 2018). Surgiu a partir do método de Archie Chrocane de busca de evidências científicas para sanar alguma questão clínica, portanto tem como etapas a definição de um problema, a identificação das informações necessárias, a busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica (Souza, Dias, & Carvalho, 2010). Neste estudo, buscou-se fazer uma revisão de estudos empíricos sobre sustentabilidade de intervenções em saúde pública.

A partir do estudo da literatura sobre sustentabilidade de intervenções, criou-se a indagação geral: “Quais são os fatores que contribuem (ou não) para a capacidade de sustentabilidade de intervenções nos países da América Latina? Em que medida esses fatores se assemelham ou diferem dos fatores identificados nos estudos da área?”

Procedimentos de busca

A pesquisa foi feita com os descritores “sustentabilidade”; “intervensões”; “saúde pública”; “países de média renda”; “países de baixa renda” com o operador booleano AND e nos idiomas português, inglês e espanhol, sem um marco temporal específico. Foi realizada busca em bases de dados secundárias generalistas e específicas de saúde. Primeiramente, foi consultada a plataforma CAPES e Scielo, e então, bases específicas de saúde pública, tais como BASE - [Bielefeld Academic Search Engine](#), Portal Regional Biblioteca Virtual de Saúde, Portal Saúde Baseado em Evidências (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nesta especificamente a base Epistemonikos), Periódicos da Fiocruz (Cadernos de Saúde Pública) e, por último, PubMed.

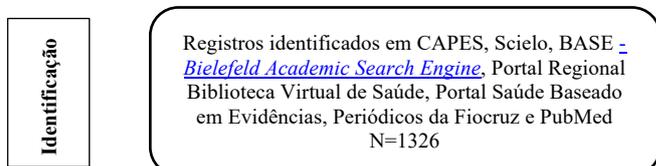
Crítérios de seleção

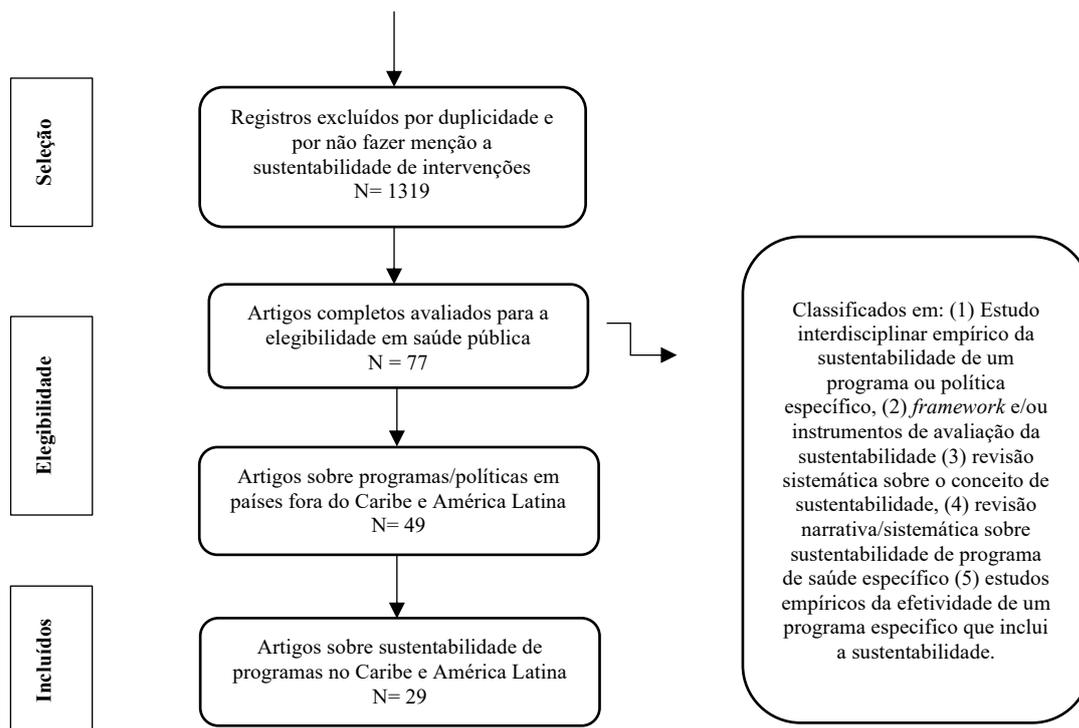
As publicações foram selecionadas conforme os seguintes critérios de inclusão: revisão por pares; estudos empíricos com dados primários de universidades ou organizações latino-americanas e/ou de intervenções realizadas em países latino-americanos, podendo ser analisado por pesquisadores originários também de outras regiões; e artigos publicados até a data de coleta de dados em fevereiro 2020. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: publicações originárias de países da América do Norte, Oceania, Europa e África; artigos que tratavam apenas de programas de saúde pública sem menção à sustentabilidade; revisões de literatura; estudos sobre *frameworks* de pesquisa; e artigos que tratavam a sustentabilidade como conceito de desenvolvimento sustentável ou com alusão ao meio ambiente.

O processo de seleção dos artigos está descrito na Figura 1.

Figura 1

Diagrama de seleção de artigos para a revisão integrativa





Em um primeiro momento, foram encontrados 1.326 artigos e selecionados 77 que tratavam da sustentabilidade de programas e políticas em saúde pública. Foram selecionados 29 artigos de estudos empíricos de programas em saúde pública de países incluindo Brasil, Colômbia, México, Peru, Bolívia e Trinidad e Tobago. Todas as pesquisas abordavam o estudo avaliativo de determinado programa com enfoque na sustentabilidade utilizando uma metodologia qualitativa ou método misto.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram extraídos com foco em cinco categorias para discussão: (1) nível de atenção em saúde; (2) característica populacional; (3) metodologia; (4) definição de sustentabilidade; (5) fatores facilitadores ou inibidores de sustentabilidade. A quinta categoria foi a mais extensamente analisada por se desdobrar em nove subcategorias, pertencentes ao

Framework “Capacidade de Sustentabilidade” (*Capacity for Sustainability*), descritos na tabela 1.

Tabela 1
Categorias de Análise

Categoria	Descrição
1. Nível de atenção em saúde	Atenção Primária: Subcategorias prevenção de agravos Subcategoria integralidade dos serviços Atenção secundária Atenção terciária Políticas de saúde
2. Característica populacional	Parâmetros biológicos e socioeconômicos utilizados para descrever populações ou comunidades
3. Metodologia	Descrição da metodologia empregada como abordagem quantitativa, qualitativa e/ou mista.
4. Definição de sustentabilidade	Conceituação clara e específica de sustentabilidade adotada
5. Fatores facilitadores ou inibidores da sustentabilidade	
Estabilidade de fundo	Capacidade de fazer planos a longo prazo em um ambiente estável de fundos
Impactos em saúde pública	O efeito do programa nas atitudes de saúde, percepções e comportamentos na área em que o programa é aplicado
Suporte político	Ambiente político interno e externo que influenciam no financiamento do programa, iniciativas e aceitação
Parcerias	Conexões entre o programa e a comunidade

Comunicação	Disseminação estratégica dos resultados do programa e suas atividades com interessados, tomadores de decisão e o público
Capacidade organizacional	Recursos necessários para gerenciar o programa e suas atividades de forma efetiva
Adaptação do programa	A habilidade de adaptar e melhorar para garantir a efetividade
Avaliação do programa	Monitoramento e avaliação de processo e dados de resultado associado com atividades do programa
Planejamento estratégico	O processo que define a direção do programa, objetivos e estratégias
6. Economia da saúde	Os aspectos de alocação de recursos financeiros no campo da saúde visando a sustentação ou estabilidade financeira do sistema de arrecadação e repasse de um nível central para níveis periféricos ou regionais da política de saúde

Resultados

Cada um dos 29 artigos apresentou um estudo sobre uma intervenção, programa ou política de saúde pública de países, incluindo Brasil (N=23 artigos), Colômbia (N=2 artigos), Peru (N=1 artigo), Bolívia (N=1 artigo), México (N=1 artigo) e Trinidad e Tobago (N=1 artigo), datados de 2000 a 2018, e escritos em inglês, português e espanhol.

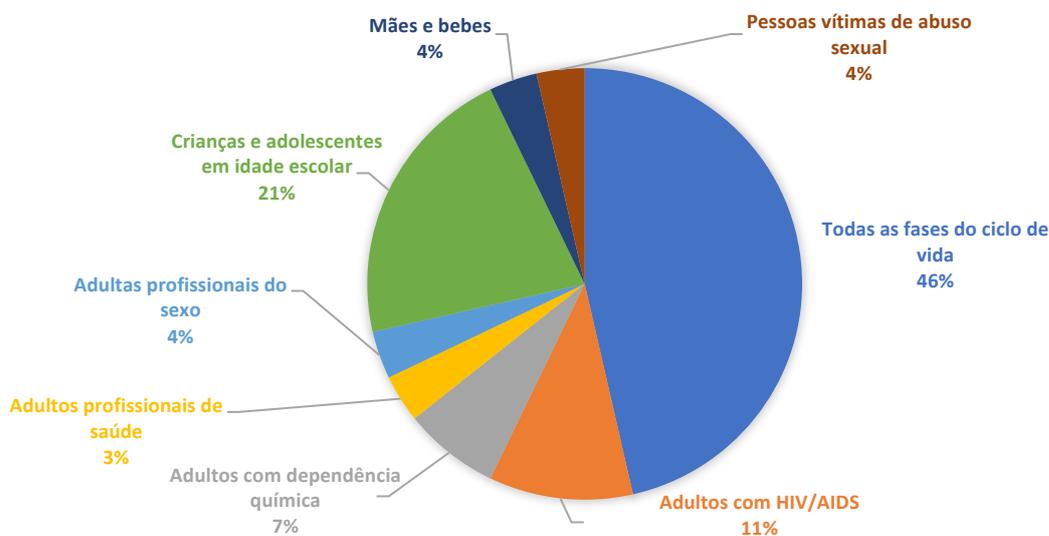
Característica Populacional

A maioria dos estudos (N=12) tratou de intervenções para todas as fases do ciclo da vida, pois são ações da atenção básica, sem recorte específico (Felisberto, Freese, Bezerra, Samico, & Alves, 2010; Freire, Salles, & Franco de Sá, 2016; Magalhães, Coelho, Nogueira,

& Bocca, 2011; Melo, Franco de Sá, & Melo Filho, 2016; Molina, Pinto, Henderson, & Vieira, 2000; Ocké-Reis, 2018; Oliveira et al., 2015; Pereira et al., 2006; Portela & Ribeiro, 2011; Portes, Machado, & Turci, 2018; Scatena, Viana, & Tanaka, 2009; Viana, Rocha, Elias, Ibañez, & Novaes, 2006). Quatro artigos trataram de programas e políticas voltados para adultos com HIV/AIDS (Azeredo, Oliveira, Santos-Pinto, Miranda, & Osorio-de-Castro, 2017; Grangeiro, Escuder, da Silva, Cervantes, & Teixeira, 2012; Grangeiro, Teixeira, Bastos, & Teixeira, 2006; Portela & Lotrowska, 2006), dois artigos são sobre programas para adultos com dependência química (Nardi & Rigoni, 2009; Teixeira, Lacerda, & Ribeiro, 2018) enquanto um artigo abordou programa para profissionais da saúde (Stefano Nicoletto et al., 2013) e, por último, uma publicação sobre um programa direcionado a adultas profissionais do sexo (Palinkas et al., 2015). Para crianças e adolescentes em idade escolar (faixa etária de 6 a 17 anos), todos os programas e artigos (N=7) são de prevenção à agravos da saúde e promoção da saúde, abordando desde educação sexual até cuidados de higiene para prevenção a doenças como dengue (Barboza, Rivero Pupo, & Machado Pirotta, 2014; Jaramillo, Vargas, Sarmiento-Senior, & Giraldo, 2018; Melo et al., 2016; Neves & Romero, 2017; Nichols, Francis, & Dalrymple, 2014; Ribeiro & Ribeiro, 2015; Thériault, Blouin, Casapía, & Gyorkos, 2015). Um programa, em específico, foi diferenciado por ser direcionado para mães e seus bebês, tratando de hábitos de higiene e cuidados de saneamento básico (Eder, Schooley, Fullerton, & Murguia, 2012). E ainda um outro foi direcionado para pessoas vítimas de abuso sexual, sem corte de faixa etária (Brigagão et al., 2016).

A figura 2 indica a porcentagem de artigos diante da amostra total de publicações.

Figura 2
Características Populacionais



Nível de atenção à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a organização da prestação de serviços de assistência à saúde por níveis de atenção. Os sistemas de saúde da América Latina adotam ações e estratégias nos níveis de atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (Pan American Health Organization, 2017).

A atenção primária à saúde (APS) e atenção básica (AB) são nomenclaturas tratadas como sinônimos, de acordo com publicações do Ministério da Saúde brasileiro e Fundação Oswaldo Cruz. O conceito é definido como “o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Ministério da Saúde, p.17, 2018).

A atenção secundária, muitas vezes denominada atenção especializada, abarca o conjunto de “programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação” (Decs, 2020). São ações e estratégias

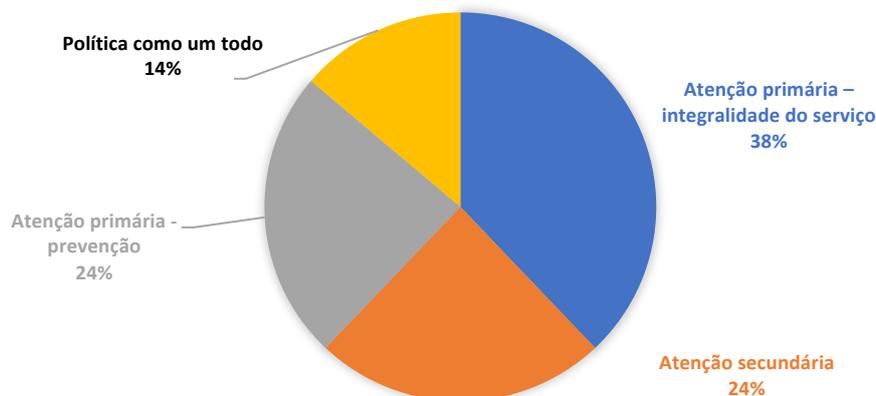
voltadas para o tratamento específico de alguns grupos populacionais como dependentes químicos ou soropositivos.

Neste estudo, dividiu-se o nível de atenção à saúde entre atenção primária e atenção secundária. Dentro da categoria atenção primária, duas subcategorias foram criadas. A primeira classifica os artigos que abordam políticas e programas voltados para a prevenção de agravos da saúde, tendo em vista a recomendação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1996) de priorizar ações de caráter preventivo. A segunda subcategoria são os artigos que tratam da integralidade do serviço de atenção básica. Não foram identificados programas ou políticas classificados como atenção terciária à saúde nos artigos analisados.

Uma terceira classificação foi feita dentro de nível de atenção: política de saúde como um todo, isto é, análises da política de saúde da região latino-americana ou do Sistema Único de Saúde, sem separação de nível de atenção. Foram 4 artigos classificados nessa categoria e 3 abordaram aspectos da economia da saúde (Alves Melo & Mendes, 2015; Molina et al., 2000; Ocké-Reis, 2018; Scatena et al., 2009).

A Figura 3 demonstra que a maior parte dos estudos focou a atenção primária, especialmente a integralidade do serviço, ao passo que uma menor parte abordou a atenção especializada e menos estudos analisaram a política de saúde como um todo. Estudos de programas preventivos representaram 24% das publicações, ou 7 artigos (Jaramillo et al., 2018; Neves & Romero, 2017; Nichols et al., 2014; Palinkas et al., 2015; Ribeiro & Ribeiro, 2015; Thériault et al., 2015).

Figura 3
Nível de Atenção



Metodologia empregada

Todos os estudos foram qualitativos, com exceção de um estudo misto. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram análise de documentos oficiais públicos (Grangeiro, Teixeira, Bastos, & Teixeira, 2006b; Molina et al., 2000; A. T. da S. Pereira et al., 2006b; Scatena et al., 2009), entrevista com pessoas-chave para a implementação (Azeredo et al., 2017a; Barboza et al., 2014; Eder et al., 2012; Felisberto et al., 2010; Freire et al., 2016; Melo et al., 2016; Nardi & Rigoni, 2009; Neves & Romero, 2017; Palinkas et al., 2015; M. C. Portela & Lotrowska, 2006; Teixeira et al., 2018; Viana et al., 2006), grupo focal (Melo et al., 2016; Palinkas et al., 2015; Stefano Nicoletto et al., 2013; Teixeira et al., 2018) e entrevista com a população atendida (Thériault et al., 2015). O estudo misto caracterizou-se pela estratégia de revisão de literatura utilizando o *framework* Shediak-Rizkallah & Bone (1998) para poder mensurar o desenvolvimento das capacidades aprendidas pela comunidade. Posteriormente, os pesquisadores também realizaram entrevistas semiestruturadas para criar uma escala de 0 a 5 que avaliava cinco categorias que indicavam a institucionalização do programa e o aprendizado da comunidade. A análise de dados em si foi feita por análise descritiva (Jaramillo et al., 2018).

Definição de sustentabilidade

Essa categoria investigou se os artigos analisados evidenciaram o conceito de sustentabilidade em seus estudos. Quinze estudos não apresentaram uma definição específica de sustentabilidade. Os outros 14 artigos argumentaram diferentes definições apoiadas em pesquisadores como Mary Scheirer, Sarah Stirman, Pierre Pluye, Mona Shediak-Rizkallah e Lee Bone (Azeredo, Oliveira, Santos-Pinto, Miranda, & Osorio-de-Castro, 2017b; Felisberto et al., 2010; Magalhães et al., 2011; Melo et al., 2016; Oliveira et al., 2017; Palinkas et al., 2015). Estes estudiosos compreendem a sustentabilidade como a duração contínua de um programa e a consequente promoção de uma mudança de comportamento com benefícios à saúde de determinada população ou comunidade (Scheirer & Dearing, 2011; Fleiszer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2015; Moore, Mascarenhas, Bain, & Straus, 2017; Schell et al., 2013). Outros estudos expressaram a sustentabilidade como questões referentes às dimensões de apoio político-institucional, técnico-administrativo e financeiro para que a intervenção seja mantida (Nardi & Rigoni, 2009; Viana et al., 2006).

E, por fim, estudos que admitiram a sustentabilidade apenas como uma característica da manutenção de infraestrutura e repasse de recursos financeiros - desconsiderando questões políticas, comunitárias e próprias da intervenção - representam uma análise puramente financeira da sustentabilidade (Alves Melo & Mendes, 2015; Pereira et al., 2006; Eder et al., 2012; Grangeiro et al., 2012, 2006a; G. Z. Portela & Ribeiro, 2011; Scatena et al., 2009).

Um estudo justificou a ausência de conceito específico por não haver um modelo largamente usado para avaliar sustentabilidade em países de média e baixa renda. Entretanto, apontou em sua revisão teórica autores de referência da área (Palinkas et al., 2015).

Fatores promotores ou inibidores de sustentabilidade

O objetivo dessa categoria foi analisar os artigos a partir da perspectiva do *framework* “*Capacity for Sustainability*” (Schell et al., 2013), identificando dentre os seus nove domínios (Tabela 1), quais atuam como barreiras e quais atuam como facilitadores.

A Tabela 2 apresenta cada domínio com o sinal positivo, significando que sua presença agiu como um facilitador da sustentabilidade, ou sinal negativo, indicando que aquele domínio agiu de forma impeditiva da sustentabilidade do programa ou política analisados.

Conforme mostra a Figura 4, apenas os domínios comunicação e parcerias foram identificados apenas como facilitadores da sustentabilidade, enquanto todos os demais domínios foram indicados ora como facilitadores ora como impeditivos.

Figura 4
Facilitadores e barreiras da sustentabilidade

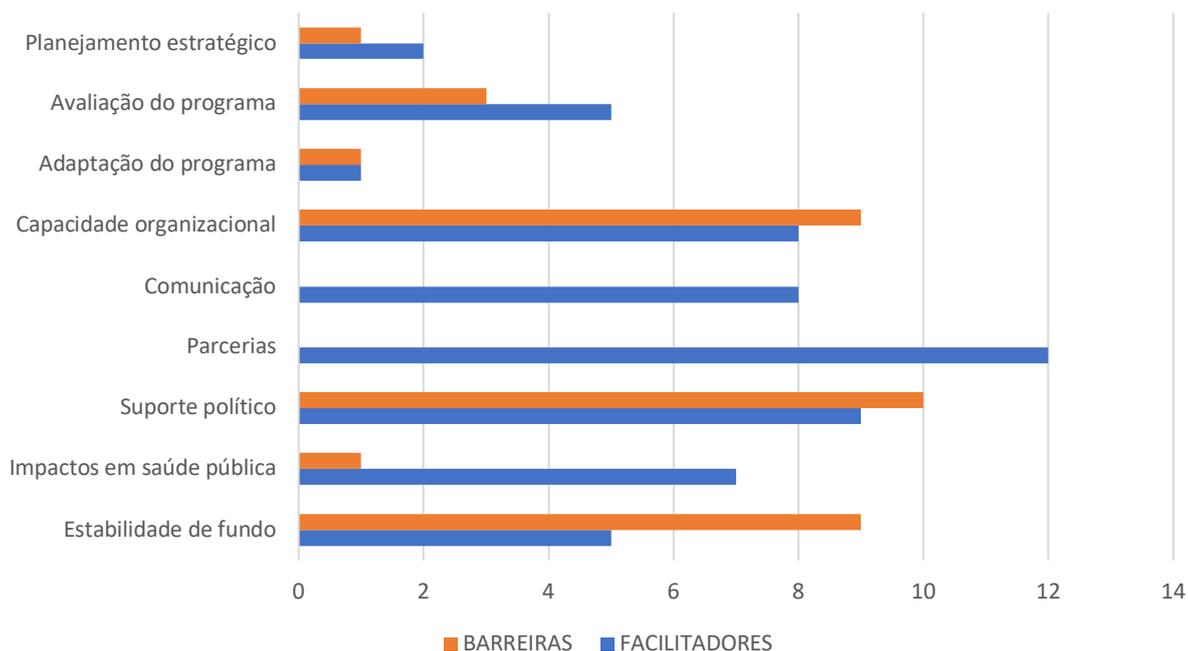


Tabela 2
Barreiras e facilitadores da sustentabilidade

EM BRANCO

Ano	Autores	Estabilidade de fundo	Impactos em saúde pública	Suporte político	Parcerias	Comunicação	Capacidade organizacional	Adaptação do programa	Avaliação do programa	Planejamento estratégico
2000	Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2006	Viana, A. L. d'Ávila, Rocha, J. S. Y., Elias, P. E., Ibañez, N., & Novaes, M. H. D.	—		—			—		+	+
2006	Pereira, A. T. da S. et al	—								
2006	Grangeiro, A., Teixeira, L., Bastos, F. I., & Teixeira, P.			+						
2006	Portela, M. C., & Lotrowska, M.			—						
2009	Nardi, H. C., & Rigoni, R. de Q.	—		—	+	+				
2009	Scatena, J. H. G., Viana, A. L. d'Ávila, & Tanaka, O. Y.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2010	Felisberto, E., Freese, E., Bezerra, L. C. A., Samico, I., & Cinthia Kalyne de Almeida, Alves. A.	—	+		+	+	+ —		+	—
2011	Portela, G. Z., & Ribeiro, J. M.			+						
2011	Magalhães, R., Coelho, A. V., Nogueira, M. F., & Bocca, C.	—		—	+	+	—		—	
2012	Eder, C., Schooley, J., Fullerton, J., & Murguia, J.	+	+							
2012	Grangeiro, A., Escuder, M. M. L., da Silva, S. R., Cervantes, V., & Teixeira, P. R.	+								
2013	Nicoletto Stefano, S., Lúcia, V., De, R., & Bueno, C. ().			—					—	
2014	Renato Barboza, Lígia Rivero Pupo, Kátia Cibelle Machado Pirotta.			—		+	+		—	
2014	Nichols, S. D. S., Francis, M. P., & Dalrymple, N.		+							
2015	Palinkas, L. A. et al	—			+		+			

2015	Thériault, F. L., Blouin, B., Casapía, M., & Gyorkos, T. W.	-					-			
2015	Ribeiro, M. S. S., & Ribeiro, C. V.			+	+					
2015	Melo, M.A.; Áquilas, M.	-		-			-			
2016	Freire, M. do S. M., Salles, R. P. de S., & Franco de Sá, R. M. P.			+	+	+	+ -		+	+
2016	Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, Spink, P. K., Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, & Spink, P. K.		+	+	+	+	+		+	
2016	Melo, M. N. T. de, Franco de Sá, R. M. P., & Melo Filho, D. A. de	+		+	+	+	+ -			
2017	Neves, M. B., & Romero, L. C.	+		+	+	+			+	
2017	Oliveira, S. R. de A., Medina, M. G., Figueiró, A. C., & Potvin, L.		+	-	+		+ -			
2017	Azeredo, T. B., Oliveira, M. A., Santos-Pinto, C. D. B., Miranda, E. S., & Osorio-de-Castro, C. G. S.		-	+	+		+		+	
2018	Jaramillo, J. F., Vargas, S., Sarmiento-Senior, D., & Giraldo, P.	-	+	-			-		-	
2018	Teixeira, M. B., Lacerda, A., & Ribeiro, J. M.		+	-	+					
2018	Ocké-Reis, C. O.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2018	Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. B.	+		+						
TOTAL		14 (5 + e 9 -)	8 (7 + e 1-)	19 (9 + 10 -)	12 (+)	8 (Todos +)	13 (8+ e 9 -)	2 (1+ 1 -)	8 (5+ e 3 -)	3 (2 + e 1-)

Legenda

- NA: A categoria não se aplica aos estudos
- **+** : O estudo apresenta essa categoria como um facilitador para a sustentabilidade
- **-** : O estudo apresenta essa categoria como uma barreira para a sustentabilidade
- Em branco: o estudo não discorre sobre fatores atribuídos a essa categoria

Estabilidade de fundos

Um ambiente estável em relação ao financiamento possibilita um planejamento a longo prazo de uma intervenção. Essa característica contextual foi citada por 14 artigos e, em sua maioria, como um aspecto negativo, ou seja, a falta de financiamento ou a provisão desses recursos foram empecilhos para a sustentabilidade. A dependência de decisões da gestão pública, como a decisão de manutenção de uma pauta na agenda política, de acordos com organismos internacionais (Azeredo et al., 2017b; Jaramillo et al., 2018; Nardi & Rigoni, 2009) e de recursos descentralizados da União para o município (Pereira et al., 2006; Palinkas et al., 2015) são questões monetárias que foram destacadas na maioria dos estudos. Uma das publicações classificou como “sustentabilidade técnica” as questões de pagamento de pessoal, fornecimento de material e estabilidade na carreira dos aplicadores do programa (Viana et al., 2006, p. 594).

Os aspectos positivos relacionados a estabilidade abordaram: capacidade de manter o programa seis anos após o treinamento inicial (Eder et al., 2012); capacidade de manter ações programáticas com recursos municipais próprios e não depender da esfera federal (Grangeiro et al., 2012); o programa se sustentar em razão da incorporação em outros programas existentes (como um projeto de prevenção a HIV/AIDS para crianças ser incorporado ao “Saúde na Escola”) (Neves & Romero, 2017) e, por último, a manutenção da pauta abordada pelo programa na agenda de políticas públicas (Melo et al., 2016; Portes et al., 2018).

Impactos em Saúde Pública

Definidos como o “efeito do programa nas atitudes de saúde, percepções e comportamentos da população”, alguns autores avaliaram o nível de aprendizagem das práticas ensinadas pelo programa na população (Nichols et al., 2014). Por exemplo, verificar o comportamento das mães e seus bebês após seis anos do início da implementação de um programa que ensinava cuidados com a água com o intuito prevenir dengue e diarreia

(Jaramillo et al., 2018). Também classificado na categoria “impacto de saúde”, o artigo de Brigagão e colegas (2016) mencionou um programa de acolhimento a vítimas de abuso sexual que possibilitou diminuir os agravos físicos e mentais das vítimas através do atendimento de profissionais capacitados (Brigagão et al., 2016)(Brigagão et al., 2016)(Brigagão et al., 2016)(Brigagão et al., 2016)(Brigagão et al., 2016). Uma forma diferenciada do impacto é a forma indireta, por assim dizer. Um programa intersetorial de tratamento de usuários de drogas teve uma significativa redução de vulnerabilidades sociais destes acarretando na redução do uso compulsivo de *crack* e na promoção do uso de forma mais segura (Teixeira et al., 2018).

O aspecto negativo retratado é que a finalização de um programa de tratamento para pacientes com HIV/AIDS, e o consequente fechamento da instituição especializada, ocasionou sentimentos de rejeição nesses pacientes nos atendimentos em outras clínicas de saúde do município (Azeredo et al., 2017b).

Suporte Político

A categoria mais citada entre os estudos (19 artigos), suporte político, é definida como o ambiente político interno e externo que influencia no financiamento do programa, iniciativas e aceitação. Portanto, ultrapassa a noção de transferência de recursos monetários e abrange o interesse dos gestores em manter a pauta na agenda política. Também foi majoritária a interpretação do suporte político como algo negativo (10 publicações), por exemplo a falta de autonomia para tomada de decisões (Melo & Mendes, 2015; Nicoletto et al., 2013; Viana et al., 2006), o campo de disputas ideológicas da gestão pública, influência da governabilidade na intervenção (Barboza et al., 2014; Jaramillo et al., 2018; Nardi & Rigoni, 2009; Oliveira et al., 2017; Nicoletto et al., 2013; Teixeira et al., 2018) e intersetorialidade ineficaz (Jaramillo et al., 2018; Magalhães et al., 2011).

Os mesmos aspectos se mostraram também com uma conotação positiva, como apoio político por mudanças na legislação (Azeredo et al., 2017b; Grangeiro, Teixeira, Bastos, & Teixeira, 2006; Melo et al., 2016; Portela & Ribeiro, 2011; Portes et al., 2018); a gestão local facilitar a intersetorialidade (Ribeiro & Ribeiro, 2015) e o comprometimento da gestão federal e não apenas o da gestão municipal (Neves & Romero, 2017). Outro aspecto positivo foi a centralização da coordenação de um programa na esfera pública, a depender do tipo de programa executado. A terceirização da alimentação escolar, por exemplo, pela esfera privada acarretou a perda de controle dos processos de execução, principalmente o processo financeiro, o que pode gerar descompromisso com os objetivos do programa (Melo et al., 2016).

Parcerias

A relação da comunidade com a implementação de uma intervenção significa a adoção ao programa pelos seus usuários, a articulação com lideranças comunitárias, organizações locais e universidades com objetivo de garantir a efetividade e sustentabilidade da implementação (Brigagão et al., 2016; Felisberto et al., 2010; Freire et al., 2016; Melo et al., 2016; Neves & Romero, 2017). Sendo assim, as parcerias são aspectos facilitadores da sustentabilidade. Quatro estudos citaram a importância deste domínio para sustentabilidade com ações como participação de pessoas-chaves no programa em conselhos de direitos e associações comunitárias (Magalhães et al., 2011; Melo et al., 2016; Nardi & Rigoni, 2009; Oliveira et al., 2017) e a intersetorialidade de políticas públicas como assistência social, educação e saúde para além da gestão pública, mas também organismos internacionais e instituições do terceiro setor (Azeredo et al., 2017; Ribeiro & Ribeiro, 2015; Teixeira et al., 2018).

Uma parceria considerada bastante bem-sucedida foi o atrelamento de um programa de alimentação escolar com a comunidade de trabalhadores rurais do município (Melo et al.,

2016). Grande parte das refeições eram feitas com alimentos plantados pela própria comunidade, o que acarretou uma vantagem para a sustentabilidade do programa, tendo em vista o envolvimento dos usuários do programa na implementação deste, bem como o uso de recursos do território para a execução do programa.

Comunicações

O domínio “comunicação” é definido no *framework* de Schell et al. (2013) como a disseminação estratégica dos resultados do programa e suas atividades com interessados, tomadores de decisão e o público. Foi citado em oito estudos com uma conotação positiva, com reflexões sobre como são necessárias estratégias de reforço com a população para o convencimento da importância do programa e consequente aumento da sua adesão (Barboza et al., 2014; Brigagão et al., 2016; Magalhães et al., 2011). Os tomadores de decisão também precisam compreender os resultados do programa para garantir sua continuidade (Felisberto et al., 2010; Freire et al., 2016; Melo et al., 2016; Neves & Romero, 2017). Então, estratégias focaram também nos gestores para além do público-alvo de um programa.

Dois artigos avaliaram programas de educação sexual direcionados para crianças e adolescentes e os autores destacaram que a cultura é um elemento crucial para a manutenção das ações (Barboza et al., 2014; Neves & Romero, 2017). Achados deste estudos apontaram que concepções individuais de pais, professores e gestores públicos sobre sexualidade influenciam na adoção e na adesão dos programas. Uma das soluções apontadas foi a disseminação de informações acuradas sobre os objetivos do programa, potencialidades e estratégias das ações. Ainda assim, houve desmonte de uma das intervenções analisadas, com a diluição do projeto de educação sexual em programas mais amplos de assistência à saúde dos estudantes, comprometendo sua sustentabilidade (Neves & Romero, 2017).

Capacidade organizacional

Os recursos humanos para a realização das ações, seja na aplicação direta ou na organização, são vistos como essenciais para a manutenção de uma ação (Pallas et al., 2013). Tanto os indivíduos como os recursos materiais necessários para uma intervenção efetiva são o cerne do domínio “capacidade organizacional”, sendo citado em 13 artigos. Uma barreira para a sustentabilidade é a rotatividade de profissionais, o que atrapalha a continuidade de um programa, seja pela ausência dos profissionais anteriormente treinados ou ausência de estabilidade na carreira – compreendendo não só segurança contra demissões mas também o incentivo à qualificação (Alves Melo & Mendes, 2015; Felisberto et al., 2010; Oliveira et al., 2015; Viana et al., 2006).

Alguns programas apresentaram uma estrutura que demandava um acompanhamento específico a esses profissionais treinados para garantir a fidelidade do programa, organização e planejamentos (Freire et al., 2016; Thériault et al., 2015). Esse fator se mostrou como uma barreira para a sustentabilidade, pois uma vez que essas equipes de monitoramento suspenderam seus serviços, o programa apresentou dificuldades de continuar, apesar de ter material e pessoas treinadas (Jaramillo et al., 2018).

Para além da estrutura de recursos humanos, estrutura física precária dos locais também foi citada como um impedimento à sustentabilidade (Jaramillo et al., 2018; Magalhães et al., 2011). Alguns artigos analisaram a política ou programa longitudinalmente, portanto o mesmo domínio atuou ora como barreira, ora como facilitador nestes aspectos já exemplificados (Felisberto et al., 2010; Freire et al., 2016; Oliveira et al., 2015).

Com menos ocorrências, dois estudos apontaram que a capacitação dos aplicadores do programa, entrega de material adequado, incentivos e benefícios à carreira do aplicador foram facilitadores para a sustentabilidade da intervenção (Azeredo et al., 2017a; Barboza et al., 2014). Outro fator positivo relatado foi a sensação de capacidade individual do aplicador em conduzir o programa (Palinkas et al., 2015). Protocolos de trabalho bem delimitados e a

divisão de responsabilidades claras também foram apontados como facilitadores da continuidade do programa (Brigagão et al., 2016).

Adaptação do Programa

A habilidade de adaptar e melhorar uma intervenção a fim de garantir a efetividade foi o domínio menos citado, com duas ocorrências. Um artigo analisou a sustentabilidade da política de provisão de medicamentos antirretrovirais para tratamento de HIV/AIDS e destacou que, apesar das mudanças de gestão que poderiam ameaçar o serviço, as novas instituições que executavam a política se adaptaram de forma a não cessar a provisão (Azeredo et al., 2017a). Já o outro estudo destacou um aspecto negativo da adaptação, a não institucionalização do programa. Um dos argumentos dos autores é que a incorporação das atividades do programa à rotina habitual de uma instituição significa sua adaptação, portanto um facilitador da sustentabilidade. Entretanto, esse programa não ultrapassou o *status* de inovação para o de institucionalização, sendo então uma barreira para a continuidade (Jaramillo et al., 2018).

Avaliação do Programa

A avaliação do programa é destacada como importante para os processos de sustentabilidade, sendo citada por dez artigos. Os dados indicaram que o monitoramento e a avaliação de processo geram dados que contribuem para novas decisões sejam tomadas de forma informada podendo ser realizadas de forma integrada às atividades, ou então, realizadas ao final da aplicação do programa ou política (Felisberto et al., 2010; Freire et al., 2016; Neves & Romero, 2017; Viana et al., 2006). Essas informações podem contribuir não somente para o próprio programa, mas também para o desenvolvimento de outros. Por exemplo, no estudo de Brigagão e colaboradores (2015), falhas foram percebidas na segurança de um *shopping* frequentado por jovens, então elaborou-se um esquema de prevenção da violência sexual com treinamentos específicos para os funcionários do local.

As barreiras identificadas não concernem a instrumentos de avaliação em si, mas justamente à ausência ou insuficiência desta estratégia, o que impediu a continuidade do programa (Barboza et al., 2014; Magalhães et al., 2011). Outro impeditivo foi a dificuldade em incorporar aspectos da avaliação no processo de trabalho habitual da aplicação do programa, justificado pela dificuldade em inovar no cotidiano de trabalho (Nicoletto et al., 2013).

Planejamento estratégico

O processo de trabalho que define a direção do programa, objetivos e estratégias foi citado como necessário à sustentabilidade por três artigos. Entende-se que a falta de um planejamento é prejudicial ao andamento do programa e sua sustentabilidade tendo em vista a ausência de ferramentas como cronograma de ação e projeção de gastos (Felisberto et al., 2010). Um estudo destaca que o planejamento estratégico é um processo de trabalho inerente à execução do programa, tendo em vista a institucionalização deste. Ou seja, o programa foi incorporado em processos de trabalho da gestão local, portanto, sendo considerado no planejamento das ações municipais e obrigatório nas instituições (Melo et. al, 2016). Por fim, o terceiro artigo que destaca o planejamento estratégico analisou um conjunto de municípios paulistas que tem ferramentas próprias de monitoramento e planejamento em equipe para a realização das ações (Viana et al., 2006).

Economia da Saúde

A partir da revisão do conteúdo dos artigos, cinco artigos foram classificados como estudos da área da economia da saúde. São estudos que apresentaram uma outra lente teórica (ver tabela 1) para avaliação de políticas públicas diferente da análise do *framework Capacity for Sustainability* (Schell et al., 2013), que compreende a intervenção a partir de aspectos da implementação, adoção e, finalmente, sustentabilidade. As publicações tratam da análise dos

gastos públicos a partir da arrecadação fiscal e os reordenamentos orçamentários em nível federal ou municipal que são necessário para a sustentabilidade econômico-financeira (Molina et al., 2000; Ocké-Reis, 2018; Pereira et al., 2006; Portela & Ribeiro, 2011; Scatena et al., 2009).

Excepcionalmente, duas trouxeram um conceito um pouco mais amplo de economia da saúde e discutiram estratégias de implementação e sustentabilidade. O estudo de Alexandre Grangeiro e colegas (2006), sobre a política de distribuição de retrovirais no Brasil, analisou a proporção do crescimento do PIB brasileiro com o volume de recursos dispendidos para essas ações. Porém, analisou que essa estabilidade de fundos está intimamente relacionada com o suporte político, isto é, a influência dos ambientes políticos externo e interno à política nas decisões de financiamento. A título de exemplo, os autores citam que o governo federal pode fazer negociações internacionais para o preço dos medicamentos retrovirais e ainda incentivar a indústria farmacêutica nacional com alocação de recursos para pesquisa e desenvolvimento.

A outra publicação ultrapassa a noção de sustentabilidade financeira e também faz uma análise das ações programáticas da política de tratamento de HIV/AIDS, tendo em vista a descentralização de recursos federais (Grangeiro et al., 2012). Portanto, apesar de ambas as publicações abordarem a lente teórica da economia da saúde, também trouxeram reflexões que se assemelham ao domínio do *framework* “suporte político” e “estabilidade de fundos”, sendo então contabilizadas nestes domínios.

Discussão

Os achados desta revisão indicaram que os fatores que contribuem para a sustentabilidade nos países latino-americanos são as parcerias, a comunicação, o suporte político, os impactos na saúde pública, a avaliação, a capacidade organizacional e o planejamento estratégico. Por outro lado, os fatores que não contribuem são a instabilidade

financeira, a falta de suporte político e a ineficaz capacidade organizacional. A adaptação do programa foi citada apenas por duas publicações, tanto de forma positiva quanto negativa, não podendo atribuir um caráter facilitador ou impeditivo.

Os dois domínios que são classificados tanto como facilitador e como impeditivo (suporte político e capacidade organizacional) indicam a centralidade desses fatores para a implementação de qualquer intervenção. Um suporte político que facilite a sustentabilidade pode ser traduzido como decisões orientadas para a manutenção da pauta na agenda pública, para a fiscalização das ações realizadas e contribuição à intersetorialidade de diferentes áreas. Por outro lado, a falta do suporte político tem a capacidade de ruir a intervenção, tendo em vista a ligação com a esfera pública da maioria das intervenções latino-americanas. A capacidade organizacional também é elementar para a execução de um programa. O fortalecimento das carreiras profissionais e capacitação adequada dos implementadores de determinada intervenção são essenciais para a sustentabilidade de um programa.

Outro fator que implica o aparecimento recorrente desses dois domínios (suporte político e capacidade organizacional) é a forma como se estruturam os sistemas de saúde latino-americanos. Desde a década de 1990, acordos internacionais de viés neoliberal têm sido feitos na região visando reformas econômicas diante da altas inflação e dívida externa (Amorim, Fernandes, Sérgio, & Vicente da Silva, 2019). Tais reformas recomendam cortes de investimentos em políticas sociais, como as de saúde. As sucessivas diminuições de investimentos desde então causam grandes impactos para a provisão de serviços de assistência à saúde. A recente emenda constitucional sugerida pelo parlamento brasileiro determina que o orçamento dos gastos públicos seja baseado apenas na inflação, sem aumento de investimentos ao longo de 20 anos (Noronha, Noronha, & Costa, 2017). Com isso, recursos humanos e novas tecnologias se estagnam ao invés de expandirem ocasionando mais iniquidades no acesso a serviços de saúde.

Os resultados desta revisão de literatura sugerem que a região latino-americana tem três peculiaridades do seu contexto que influenciam nos processos de implementação, e, conseqüentemente, que dificultam a sustentabilidade. Primeiramente, quando se aborda o debate de políticas e programas para a saúde, populações vulneráveis se destacam no foco das ações. A vulnerabilidade das populações abarca não somente aspectos de renda, mas também fragilidades sociais como violência, exclusão social, falta de acesso a direitos básicos e faixa etária (e.g. crianças). Segundo, a economia da saúde tem o seu especial destaque nas publicações, especialmente as brasileiras. Isso pode estar relacionado à grande dependência da população de acessar serviços de saúde apenas pela esfera pública. E por fim, os fatores externos à implementação, como o suporte político e estabilidade de fundos, têm grande peso na continuidade, ou não, de uma intervenção em saúde.

A desigualdade social é latente na região latino-americana, mais do que em outras regiões do mundo (Pan American Health Organization, 2017), acarretando um ambiente com forte incidência de vulnerabilidades sociais e principalmente iniquidades ao acesso à saúde. Nas últimas quatro décadas, os sistemas de saúde latino-americanos passaram por reformas estruturais e modificações das legislações nacionais com o objetivo de universalizar o direito à saúde, especialmente para pessoas em situação de pobreza e vulneráveis, gerando, conseqüentemente, uma melhora nas estatísticas gerais (Levcovitz & Costa-Couto, 2018; Pan American Health Organization, 2017). Porém, a prestação de serviços e a organização financeira dos sistemas ainda possuem características estruturais que reforçam as iniquidades.

A fragmentação da oferta de serviços significa uma rede de serviços pouco integrada, inexistência de padronização da qualidade na prestação dos serviços e falta de colaboração entre os trabalhadores (Levcovitz & Costa-Couto, 2018; Pan American Health Organization, 2017). Outra característica estrutural é a segmentação do financiamento que pode ser traduzido como a composição do sistema de saúde por diferentes modalidades de

financiamento (pública e privada), gerando uma focalização dos serviços em diferentes estratos da população, conforme a cor, gênero, inserção laboral, capacidade de pagamento e classe social (Levcovitz & Costa-Couto, 2018; Pan American Health Organization, 2017). Portanto, é compreensível o enfoque nessas populações nas pesquisas realizadas na região, tendo em vista as últimas decisões políticas, que paulatinamente aumentaram o acesso à saúde das populações mais vulneráveis, porém em um contexto estrutural que aprofunda essas vulnerabilidades. Em suma, os países de média e baixa renda têm como desafios à sustentabilidade de intervenções o contexto político-social do país e as fraquezas dos sistemas de saúde (Shelton et al., 2018).

Ainda sobre o contexto estrutural dos sistemas de saúde, o aparecimento de publicações relacionadas à sustentabilidade econômico-financeira de sistemas e políticas pode evidenciar o maior enfoque dos pesquisadores no campo da economia da saúde. Há um interesse em analisar os fatores orçamentários e tributários que mantêm o sistema de saúde público em operação, tendo em vista a influência que os gastos públicos exercem no acesso efetivo aos serviços de saúde. Caso haja um baixo investimento no setor, o impacto recai não somente sobre os usuários do sistema público mas, também, sobre os usuários do sistema privado em razão do aumento do dispêndio direto por estes a fim de suprir a ineficiência do sistema público (Marques, Piola, & Carrillo, 2016; Pan American Health Organization, 2017).

Além dessas peculiaridades, pode-se inferir que há diferenças e semelhanças entre os resultados encontrados por Schell e colegas (2013) na revisão de literatura para a construção do *framework* e os resultados desta revisão. Na América Latina, há uma alta frequência de publicações que destacam os domínios “suporte político”, “estabilidade de fundos” e “capacidade organizacional” e uma baixa frequência dos domínios “adaptação” (aspecto interno à implementação) e “planejamento estratégicos” (interno e externo à implementação).

Em contraponto, “suporte político” é citado com menor frequência na revisão de literatura e na construção do mapa do “*Capacity for Sustainability*” (Shelton et. al, 2013), possivelmente pelo seu enfoque em publicações de países de alta renda que não possuem sistemas públicos e universais de saúde. O domínio “Planejamento estratégico” também é pouco citado, assim como em Schell e colegas (2013), entretanto é de grande importância, uma vez que a definição das estratégias a serem adotadas antes da implementação e ao longo dela impactam na sustentabilidade.

A baixa frequência de citações referentes ao domínio “adaptação” pode estar relacionada a essa grande dependência com a conjuntura externa, e o estabelecimento de estratégias de adaptação de programas requer uma articulação interna muito coesa. Outra explicação possível é que os processos de adaptação estão relacionados a uma etapa chamada *scale-up* ou disseminação em larga escala. A literatura da ciência da implementação define essa etapa como esforços que fomentam o desenvolvimento de políticas de saúde através da ampliação de intervenções bem-sucedidas a fim de aumentar o impacto benéfico para a saúde de mais pessoas (Bulthuis, Kok, Raven, & Dieleman, 2020; Keynejad et al., 2018).

Os domínios “parcerias” e “comunicação” estão intrinsecamente relacionados com a capacidade de articulação comunitária de determinado território. O apoio de líderes comunitários e a interação da rede de serviços de saúde requer um ambiente que incentive a participação e o controle social. Em países latino-americanos, pode-se dizer que esse ambiente começou a ser fomentado a partir de reformas sanitárias que levaram à estruturação de sistemas de saúde (Pereira et al., 2012). Um dos incentivos a essa estruturação é a Declaração de Alma-ata de 1978, feita com o objetivo de determinar a saúde como um direito humano a ser garantido através de estratégias de atenção primária e a intensa participação das comunidades, especialmente em países de média e baixa renda (George, Mehra, Scott, &

Sriram, 2015; Pereira et al., 2012; Rifkin, 2014). Então, pode-se afirmar que a cultura de participação comunitária ainda está se estruturando nestas nações.

Outro fator que pesa na maior ou menor participação tem a ver com as estruturas históricas coloniais que ocasionaram reformas, mudanças e estruturação de governos de forma muito vertical, sem a real participação da sociedade civil (Frigotto, 2008). A participação parece estar pautada apenas no ato de votar sem uma real valorização dos diversos conhecimentos originados nos usuários das políticas de saúde (Amorim et al., 2019).

Apesar da atenção primária ser centrada em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, um aspecto que chama atenção é a pequena quantidade (sete – 24% da amostra) de artigos focados em programas de prevenção a agravos na saúde, enquanto a revisão de literatura realizada por Schell e colegas (2013) indica que “mais de 70% dos artigos revisados incluem programas focando a prevenção, a grande maioria sendo de prevenção a doenças crônicas” (Schell et al., 2013, p. 5). Em países como Argentina, Brasil, Colômbia e Peru, menos de um quarto da população usa serviços preventivos de saúde ao menos uma vez por ano, especialmente a população de baixa renda (Pan American Health Organization, 2017). Este fator pode indicar uma cultura na prestação de serviços de saúde muito “hospitalocêntrica” e tradicional, com baixa capacidade de responder preventivamente aos agravos de saúde e promover saúde.

Conclusão e recomendações

O percurso da pesquisa em sustentabilidade de intervenções em saúde pública evoluiu de uma estrutura mais experimental para uma mais prática, com o estabelecimento de protocolos, desenvolvimento de estruturas conceituais, estratégias avaliativas e *frameworks*. Inicialmente (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998) houve um esforço teórico para definir parâmetros importantes a serem considerados durante a elaboração de uma intervenção, e

atualmente, tem se ampliado as pesquisas empíricas que utilizam ferramentas práticas para avaliação relacionam-se mais ao “mundo real” (Walugembe et al., 2019).

Países como Estados Unidos e Canadá possuem em suas páginas oficiais dos respectivos Ministérios da Saúde publicações financiadas pelo governo e indicações de ferramentas avaliativas para a implementação de programas de saúde. Isso indica um crescimento e um espaço mais legitimado para se debater elaboração de programas e políticas públicas baseados em evidências, sendo a sustentabilidade um dos campos possíveis (Johnson et al., 2019). Na América Latina, esse debate ainda está se iniciando, e formalmente se estruturando, porém ainda aquém à América do Norte. A título de exemplo, o governo brasileiro criou no ano de 2017 um portal que condensava periódicos científicos da área da saúde para facilitar a pesquisa e consulta pelos profissionais da área, entretanto, em 2020, este portal se encontra fora do ar (Ministério da Saúde, 2020). O Chile, país com maior índice de desenvolvimento humano da região (Pan American Health Organization, 2017), possui em seu *site* oficial uma publicação em que explica o que é uma avaliação de programa baseado em evidência científica, porém sem indicação de uso em ações do país ou universidades que sejam especialistas no tema (como no EUA e Canadá). Estes fatos não significam que ações baseadas em evidência e planejamentos que considerem a sustentabilidade desde o início da implementação não sejam operacionalizadas nos países latino-americanos, porém há pouco destaque nos governos nacionais e pouco incentivo à temática nas universidades.

O campo da pesquisa em sustentabilidade tem se expandido ao longo dos anos, mas ainda precisa estar no debate o enfoque para além de recursos financeiros que manterão certa intervenção. Alguns gestores e profissionais consideram que apenas a substituição do patrocínio de algum programa quando este finalizar, resolverá a questão da sustentabilidade (Scheirer, 2005). Todavia, como explicitado nesta revisão, outros fatores influenciam muito na possibilidade de continuidade, ou não, de um programa, a exemplo de suporte político,

capacidade organizacional, parcerias e comunicação, apontados nesse estudo como dimensões chave.

O uso de uma lógica processual para o planejamento de estratégias em saúde possibilita pensar a sustentabilidade das intervenções desde as etapas de desenvolvimento e implementação do programa (Scheirer, 2005). Desenvolvedores, gestores, profissionais podem considerar todos os domínios analisados nesta revisão ao desenvolver intervenções, observando que a dependência das decisões da esfera pública é uma característica ainda em desconstrução na região em favor de uma construção mais democrática de políticas públicas.

A opinião da comunidade de usuários das políticas de saúde deve ser considerada em todo o ciclo da implementação, reforçando uma perspectiva de-colonial de estruturação dos serviços de saúde. Os espaços de participação devem ultrapassar os já estabelecidos, como conselhos de direitos e conferências, e incluir mecanismos de comunicação como redes sociais e ferramentas digitais.

Em um aspecto mais prático, o uso de protocolos de avaliação e planejamento de programas deve ser cada vez mais ampliado, estabelecendo uma cultura do uso de evidências científicas para a implementação de programas e possibilitando maior eficácia na provisão de serviços de saúde pública.

Este artigo não pretende traçar um fatalismo e inoperância diante do ambiente político e orçamentário, mas alertar que a concepção de saúde como um direito humano deve ser constantemente reforçada. Políticas de estado de qualidade que garantam serviços de saúde gratuita e universalmente são uma das etapas a se seguir para a sustentabilidade de intervenções e programas de saúde pública na América Latina.

Referências

- Abdala, I. G., Murta, S. G., de Menezes, J. C. L., Nobre-Sandoval, L. de 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), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196979>
- Abreu, S., & Murta, S. G. (2018). A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*(0), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>
- Alves Melo, M., & Mendes, Á. (2015). A Sustentabilidade Da Saúde Pública Em Diadema, 2000 - 201 1: Um Retrato Dos Limites Da Construção do SUS. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*, *17*(4), 226–231.
- Amorim, A. C. de, Fernandes, V. R., Sérgio, J. V., & Vicente da Silva, J. P. (2019). Health and equity in Latin America: utopias and reality. *Health Promotion International*, *34*(Supplement_1), i11–i19. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz014>
- Askell-Williams, H. (2017). Perspectives from teachers and school leaders about long-term sustainability: A challenge for mental health promotion initiatives in educational settings. In *Mental health promotion in schools: Cross cultural narratives and perspectives*.
- Azeredo, T. B., Oliveira, M. A., Santos-Pinto, C. D. B., Miranda, E. S., & Osorio-de-Castro, C. G. S. (2017a). Sustainability of ARV provision in developing countries: challenging a framework based on program history. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(8), 2581–2594. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29472016>
- Barboza, R., Rivero Pupo, L., & Machado Pirotta, K. C. (2014). Orientação Sexual na

- Escola: uma análise da sustentabilidade de políticas intersetoriais de Educação e Saúde no município de São Paulo. *Revista Gestão e Políticas Públicas*, 4(2), 282–302.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Báscolo, E., Cid, C., Pablo Pagano, J., Soledad Urrutia, M., & Del Riego, A. (2017). El desafío de la sostenibilidad de los programas ampliados de inmunizaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.160>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40359-015-0089-9>
- Braithwaite, J., Testa, L., Lamprell, G., Herkes, J., Ludlow, K., McPherson, E., ... Holt, J. (2017). Built to last? the sustainability of health system improvements, interventions and change strategies: A study protocol for a systematic review. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018568>
- Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, Spink, P. K., Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, & Spink, P. K. (2016). A sustentabilidade e a continuidade de redes de articulação: o caso do Iluminar Campinas. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 361–368. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016143671>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2017). *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice, second edition. Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice, Second Edition* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1093/oso/9780190683214.001.0001>

- Bulthuis, S. E., Kok, M. C., Raven, J., & Dieleman, M. A. (2020). Factors influencing the scale-up of public health interventions in low- and middle-income countries: A qualitative systematic literature review. *Health Policy and Planning, 35*(2), 219–234. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz140>
- Bunge, M. (2004). How does it work? The search for explanatory mechanisms. *Philosophy of the Social Sciences, 34*(2), 182–210. <https://doi.org/10.1177/0048393103262550>
- Calhoun, A., Mainor, A., Moreland-Russell, S., Maier, R. C., Brossart, L., & Luke, D. A. (2014a). Using the program sustainability assessment tool to assess and plan for sustainability. *Preventing Chronic Disease, 11*(2014). <https://doi.org/10.5888/pcd11.130185>
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science, 8*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- de Menezes, J. C. L., de Almeida Nobre-Sandoval, L., & Murta, S. G. (2020). Local Adaptations to Implement the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(1). <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00196-w>
- De Vries, D. H., & Pool, R. (2017). The influence of community health resources on effectiveness and sustainability of community and lay health worker programs in lower-income countries: A systematic review. *PLoS ONE, 12*(1).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170217>

Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2012). *Evidence-based practice in clinical social work.*

Evidence-Based Practice in Clinical Social Work. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3470-2>

Eder, C., Schooley, J., Fullerton, J., & Murguia, J. (2012). Assessing impact and sustainability of health, water, and sanitation interventions in Bolivia six years post-project. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 32(1), 43–48. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000700007>

Felisberto, E., Freese, E., Bezerra, L. C. A., Samico, I., & Cinthia Kalyne de Almeida Alves. (2010). Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil.

Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., do Socorro Machado Freire, M., ... Potvin, L. (2017). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health*, 62(2), 177–186. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0861-5>

Fleischer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2015). The sustainability of healthcare innovations: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7). <https://doi.org/10.1111/jan.12633>

Freire, M. do S. M., Salles, R. P. de S., & Franco de Sá, R. M. P. (2016). Mapeando iniciativas territoriais saudáveis, suas características e evidências de efetividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1757–1766. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08172016>

George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of

- interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS ONE*, *10*(10), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Kingsland, M., Williams, A. J., Hodder, R. K., ... Wiggers, J. (2016). Family-based prevention programs for alcohol use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012287>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, *89*(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Grangeiro, A., Escuder, M. M. L., da Silva, S. R., Cervantes, V., & Teixeira, P. R. (2012). Características da resposta à AIDS de secretarias de saúde, no contexto da política de incentivo do ministério da saúde. *Saude e Sociedade*, *21*(4), 954–975.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400014>
- Grangeiro, A., Teixeira, L., Bastos, F. I., & Teixeira, P. (2006). Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Revista de Saude Publica*.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700009>
- Harris, C., Allen, K., Brooke, V., Dyer, T., Waller, C., King, R., ... Mortimer, D. (2017). Sustainability in Health care by Allocating Resources Effectively (SHARE) 6: investigating methods to identify, prioritise, implement and evaluate disinvestment projects in a local healthcare setting. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 370.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2269-1>
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, *36*, 307–323. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems.

American Journal of Community Psychology, 43(3–4), 267–276.

<https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>

Hodge, L. M., & Turner, K. M. T. (2016). Sustained Implementation of Evidence-based Programs in Disadvantaged Communities: A Conceptual Framework of Supporting Factors. *American Journal of Community Psychology*.

<https://doi.org/10.1002/ajcp.12082>

Hunter, S. B., Han, B., Slaughter, M. E., Godley, S. H., & Garner, B. R. (2015). Associations between implementation characteristics and evidence-based practice sustainment: A study of the Adolescent Community Reinforcement Approach. *Implementation Science*.

<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0364-4>

Iwelunmor, J., Blackstone, S., Veira, D., Nwaozuru, U., Airhihenbuwa, C., Munodawafa, D., ... Ogedegbe, G. (2016). Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: A systematic review and conceptual framework. *Implementation Science*.

<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0392-8>

Jaramillo, J. F., Vargas, S., Sarmiento-Senior, D., & Giraldo, P. (2018). Sostenibilidad en intervenciones para la prevención de dengue y diarrea en escuelas rurales de dos municipios de Colombia: evaluación de dos años post-proyecto. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10).

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00189017>

Johnson, A. M., Moore, J. E., Chambers, D. A., Rup, J., Dinyarian, C., & Straus, S. E. (2019). How do researchers conceptualize and plan for the sustainability of their NIH R01 implementation projects? *Implementation Science*, 14(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0895-1>

Johnson, K., Hays, C., Center, H., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program*

Planning. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.002>

Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2010). Entrevista Narrativa. In P. A. Guareschi (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: uma manual prático* (8th ed., pp. 90–113). Petrópolis: Vozes.

Kessler, R. S., Purcell, E. P., Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Benkeser, R. M., & Peek, C. J. (2013). What Does It Mean to “Employ” the RE-AIM Model? *Evaluation and the Health Professions*. <https://doi.org/10.1177/0163278712446066>

Keynejad, R. C., Dua, T., Barbui, C., & Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middleincome countries. *Evidence-Based Mental Health*, *21*(1), 29–33. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102750>

Kumpfer, K. L. (2014). Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulse Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*, *2014*, 1–23. <https://doi.org/10.1155/2014/308789>

Kumpfer, Karol L., & Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *27*(3), 174–179. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2018.1443048>

Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, *13*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>

Lennox, Laura, Doyle, C., Reed, J. E., & Bell, D. (2017). What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real-world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the Long Term Success Tool in Northwest London. *BMJ Open*,

7(9), e014417. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014417>

Levcovitz, E., & Costa-Couto, M. (2018). Sistemas de Saúde na América Latina no Século XXI. In *sistemas de saúde na américa latina no século xxi* (pp. 97–118).

Lira, A. N., & Morais, N. A. (2018). Estratégias metodológicas de investigação da resiliência em lésbicas, gays e bissexuais (LGBs): revisão integrativa de literatura. *Temas Em Psicologia*, 26(3), 1427–1445. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-11pt>

Loreto Correa V, M., Tamara Zubarew, G., Teresa Valenzuela M, M., & Francisca Salasp, P. (2012). Evaluación del programa “familias fuertes: Amor y límites” en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Medica de Chile*, 140(6), 726–731. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600005>

Lotta, G. S. (2019). *A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil.*

Lovarini, M., Clemson, L., & Dean, C. (2013). Sustainability of community-based fall prevention programs: A systematic review. *Journal of Safety Research*, 47, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.08.004>

Magalhães, R., Coelho, A. V., Nogueira, M. F., & Bocca, C. (2011). Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4442–4453. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200017>

Marques, R. M., Piola, S. F., & Carrillo, A. R. (2016). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.* (I. e D. ; O. no B. ABRES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Ed.) (1st ed.). RIO DE JANEIRO. Retrieved from www.paho.org/bra

- Mejia, A., Emsley, R., Fichera, E., Maalouf, W., Segrott, J., & Calam, R. (2018). Protecting Adolescents in Low- And Middle-Income Countries from Interpersonal Violence (PRO YOUTH TRIAL): Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial of the Strengthening Families Programme 10-14 (“Familias Fuertes”) in Panama. *Trials*, *19*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2698-0>
- Mejia, A., Ulph, F., & Calam, R. (2015). An Exploration of Parents’ Perceptions and Beliefs About Changes Following Participation in a Family Skill Training Program: a Qualitative Study in a Developing Country. *Prevention Science*, *16*(5), 674–684. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0530-y>
- Melo, M. N. T. de, Franco de Sá, R. M. P., & Melo Filho, D. A. de. (2016). Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(6), 1899–1908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08752016>
- Mioto, R. C. (2010). *Família , trabalho com famílias e Serviço Social*.
- Mioto, R. C. T. (2015). Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo TT - Social policy and family work: an emerging issue in the contemporary debate. *Serviço Social & Sociedade*, (124), 699–720. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400699&lang=en%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ssoc/n124/0101-6628-ssoc-124-0699.pdf
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: Situacion y tendencias. In *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* (Vol. 8, pp. 71–83). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000700010>

Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science, 12*(1).

<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>

Murta, S. G., de Almeida Nobre-Sandoval, L., Rocha, V. P. S., Miranda, A. A. V., Duailibe, K. D., Farias, D. A., ... do Amaral Vinha, L. G. (2020). Social Validity of the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil: the Voices of Parents, Adolescents, and Facilitators. *Prevention Science, 36*(1), e00040218.

<https://doi.org/10.1007/s11121-020-01173-9>

Murta, S. G., Vinha, L. G. do A., Nobre-Sandoval, L. de A., Miranda, A. A. V., de Menezes, J. C. L., & Rocha, V. P. S. (2020). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian Families: A Mixed Method Study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 36*(Special Issue), 1–15. <https://doi.org/10.1590/0102.3772E36NSPE16>

Murta, S. G., Vinha, L. G. do A., Nobre-Sandoval, L. de A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. D., Gomes, M. do S. M., ... Foxcroft, D. (2020). 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>

Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014).

Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 48*(spe2), 184–189. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>

Nagel, L., Salas, O., Galvez, D., Zubarew, T., Correa, M. L., & Maddaleno, M. (2010).

PAHO Strengthening Family Program for Parents and Youth 10-14. Evaluation of a Chilean Training of Trainers. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), S72–S73.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.175>

Nardi, H. C., & Rigoni, R. de Q. (2009). Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 382–392.

Neves, M. B., & Romero, L. C. (2017). A POLÍTICA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA NA ESCOLA (1994-2014) E O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Educação & Sociedade*, 38(141), 983–997.

<https://doi.org/10.1590/es0101-73302017166435>

Nichols, S. D. S., Francis, M. P., & Dalrymple, N. (2014). Sustainability of a curriculum-based intervention on dietary behaviours and physical activity among primary school children in Trinidad and Tobago. *West Indian Medical Journal*, 63(1), 68–77.

<https://doi.org/10.7727/wimj.2014.011>

Noronha, J. C. de, Noronha, G. S. de, & Costa, A. M. (2017). A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. *Saúde Em Debate*, 41(112), 13–19. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711201>

Ocké-Reis, C. O. (2018). Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2035–2042. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>

Oliveira, S. R. de A., Medina, M. G., Figueiró, A. C., & Potvin, L. (2017). Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063516>

Oliveira, S. R. de A., Potvin, L., & Medina, M. G. (2015). Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde Em*

Debate, 39(107), 1149–1161. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070357>

OPAS (2017). *Saúde e Sexualidade de Adolescentes*. Retrieved from

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2017/maio/05/LIVRO-SAUDE-ADOLESCENTES.PDF>

Orozimbo, E. M. B., & Afonso, M. L. M. (2020). Sentidos de família e o desafio para a intersectorialidade na proteção social. *Serviço Social & Sociedade*, (137), 95–112.

<https://doi.org/10.1590/0101-6628.203>

Palinkas, L. A., Chavarin, C. V., Rafful, C. M., Um, M. Y., Mendoza, D. V., Staines, H., ...

Patterson, T. L. (2015). Sustainability of evidence-based practices for HIV prevention among female sex workers in Mexico. *PLoS ONE*.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141508>

Pallas, S. W., Minhas, D., Pérez-Escamilla, R., Taylor, L., Curry, L., & Bradley, E. H.

(2013). Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? *American Journal of Public Health*,

103(7). <https://doi.org/10.2105/AJPH>

Pan American Health Organization. (2017). *Saúde nas Américas: Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*.

Pereira, A. M. M., Castro, A. L. B. de, Malagón Oviedo, R. A., Barbosa, L. G., Gerassi, C.

D., & Giovanella, L. (2012). Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Em Debate*, 36(94), 482–499.

<https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000300019>

Pereira, A. T. da S., Campelo, A. C. F. de S., Cunha, F. S., Noronha, J., Cordeiro, H., Dain,

S., & Pereira, T. R. (2006). A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3),

607–620. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30977.pdf>

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review.

Social Science and Medicine, *128*, 316–326.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Pinheiro-Carozzo, N. P., Murta, S. G., Gato, J. J. de C. V., Fontaine, A. M. G. V., & Vinha,

L. G. do A. (2021). Differential impacts of the Brazilian Strengthening Families

Program (SFP 10-14): A study into changes in the parenting styles of vulnerable families. *Children and Youth Services Review*, *121*(December 2020).

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105794>

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2004). Making public health programs last:

Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, *27*(2), 121–133.

<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability

begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, *28*(2), 123–137.

<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003>

Portela, G. Z., & Ribeiro, J. M. (2011). A sustentabilidade econômico-financeira da

Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*,

16(3), 1719–1732. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>

Portela, M. C., & Lotrowska, M. (2006). Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil.

Revista de Saúde Pública, *40*(suppl), 70–79. [https://doi.org/10.1590/S0034-](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800010)

[89102006000800010](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800010)

Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do

tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, *34*(2).

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00017317>

- Potvin, L. (2004). Sobre a natureza dos programas: os programas de promoção da saúde como ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 731–738.
- Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M. (2015a). Sustainability of evidence-based healthcare: Research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implementation Science*, 10(1).
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0274-5>
- Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M. (2015b). Sustainability of evidence-based healthcare: Research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implementation Science*, 10(1).
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0274-5>
- Ribeiro, M. S. S., & Ribeiro, C. V. (2015). Saúde e prevenção nas escolas (SPE): Elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, 19(53), 337–348. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0474>
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29, ii98–ii106.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2006). interventions, 119–127.
- Sanchez, Z. V. D. M., Schneider, D. R., Pedroso, R. T., Sanudo, A., Aveiro, A. G., Vieira, A. G., ..., & Aló, C. M. (2018). *Implantação e avaliação de programas no Brasil*.
- Scatena, J. H. G., Viana, A. L. d'Ávila, & Tanaka, O. Y. (2009). Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2433–2445.
<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100013>

- Scheirer, M. A. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320–347. <https://doi.org/10.1177/1098214005278752>
- Scheirer, M. A. (2013). Linking sustainability research to intervention types. *American Journal of Public Health*, 103(4), 73–80. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300976>
- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300193>
- Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>
- Scudder, A. T., Welk, G. J., Spoth, R., Beecher, C. C., Dorneich, M. C., Meyer, J. D., ... Weems, C. F. (2021). Transdisciplinary Translational Science for Youth Health and Wellness: Introduction to a Special Issue. *Child and Youth Care Forum*, 50(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09596-9>
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory &*, 13, 87–108.
- Shelton, R. C., Rhoades Cooper, B., & Stirman, S. W. (2018). The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annu. Rev. Public Health*, 39, 55–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth>
- Shigayeva, A., & Coker, R. J. (2015). Communicable disease control programmes and health systems: an analytical approach to sustainability. *Health Policy and Planning*, 30, 368–

385. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu005>

Smith, J. D., & Polaha, J. (2017). Using implementation science to guide the integration of evidence-based family interventions into primary care. *Families, Systems and Health*, 35(2), 125–135. <https://doi.org/10.1037/fsh0000252>

Souza, M. T. De, Dias, M., & Carvalho, R. De. (2010). Papers sobre Revisão Integrativa. *Einstein.*, 8, 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Spoth, R., Franz, N., & Brennan, A. (2020). Strengthening the Power of Evidence-Based Prevention in Cooperative Extension: A Capacity-Building Framework for Translation Science-Driven Behavioral Health. *Child and Youth Care Forum*, 50(1), 121–145. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09559-0>

Stefano Nicoletto, S. C., Ribeiro de Carvalho Bueno, V. L., de Fátima Polo de Almeida Nunes, E., Cordoní Junior, L., Durán González, A., de Freitas Mendonça, F., ... dos Santos Carvalho, G. (2013). Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1094–1105.

Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., & Prette, Z. A. P. Del. (2019). Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saude Publica*, 36(1), e00040218. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040218>

Teixeira, M. B., Lacerda, A., & Ribeiro, J. M. (2018). Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280306>

Thériault, F. L., Blouin, B., Casapía, M., & Gyorkos, T. W. (2015). Sustaining a hygiene education intervention to prevent and control geohelminth infections at schools in the

Peruvian Amazon. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 38(4), 344–346.

Tricco, A. C., Ashoor, H. M., Cardoso, R., Macdonald, H., Cogo, E., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision-making: a scoping review. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0421-7>

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programme*.

Vasquez, M., Meza, L., Almandarez, O., Santos, A., Matute, R. C., Canaca, L. D., ... Saenz, K. (2010). Evaluation of a STRENGTHENING FAMILIES (Familias Fuertes) intervention for parents and adolescents in Honduras. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 10(3).

Viana, A. L. d'Ávila, Rocha, J. S. Y., Elias, P. E., Ibañez, N., & Novaes, M. H. D. (2006). Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 577–606. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>

Walugembe, D. R., Sibbald, S., Le Ber, M. J., & Kothari, A. (2019). Sustainability of public health interventions: Where are the gaps? *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0405-y>

Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>

Manuscrito 2

A sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil

Resumo

Este estudo investigou mecanismos que viabilizam ou impedem a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil (PFF), adaptação brasileira de um programa estadunidense de habilidades parentais e habilidades sociais para pais e adolescentes (10 a 14 anos) com vistas à prevenção do abuso de drogas. Adotou-se um delineamento descritivo, do qual participaram sete gestores responsáveis pela gestão do PFF nos estados de Acre, Distrito Federal, Pernambuco, Ceará e Paraná, que responderam a um questionário online. Destes sete participantes, dois responderam também a uma entrevista narrativa aplicada remotamente. Os dados foram analisados por meio de análise temática dedutiva, com base nas categorias estabilidade de fundo, impactos em saúde pública, suporte político, parcerias, comunicação, capacidade organizacional, adaptação do programa, avaliação do programa e planejamento estratégico. Os resultados apontaram que em todos os estados a implementação do PFF foi descontinuada, sendo que dois estados a interromperam em 2017 (Acre e Pernambuco), dois em 2018 (Ceará e Distrito Federal) e um em 2019 (Paraná). Instabilidade de fundos, falta de suporte político, capacidade organizacional deficitária e dificuldade de incorporação na rotina organizacional foram identificados como barreiras para a sustentabilidade. Em oposição a isto, impactos positivos percebidos como resultantes do PFF, capacitação profissional no campo da prevenção para trabalhadores do SUAS e SUS e fortalecimento da intersetorialidade foram considerados como impulsionadores da sustentabilidade. Sugere-se continuar os estudos sobre sustentabilidade de intervenções, especialmente as voltadas para prevenção de agravos da saúde. Ao fim da pesquisa, percebe-se que é necessário estudar a adaptação de intervenções estrangeiras baseadas em evidências para que sejam flexíveis porém com alta fidelidade aos preceitos originais, principalmente devido ao tamanho do Brasil e sua diversidade.

Palavras-chaves: Programa Famílias Fortes; sustentabilidade; programas baseados na família; prevenção ao uso de drogas.

A saúde de adolescentes é agravada por comportamentos de risco, como uso abusivo de drogas e álcool, relações sexuais desprotegidas e exposição à violência. Somente no Brasil, o maior país e com o maior índice demográfico da América Latina, a população adolescente representa 17,9% do total dos brasileiros, pouco mais de 34 milhões de pessoas em números absolutos (Organização Panamericana de Saúde, 2017). Na América Latina, esse número chega a 164 milhões, considerando uma faixa etária maior, de 10 a 24 anos (Fundo de População das Nações Unidas, 2020).

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) apontam que mais de 1.330.000 adolescentes do 9º ano do ensino fundamental estudam em uma área de risco de roubos, assaltos, consumos de drogas e homicídios. Essa situação de risco tende a agravar comportamentos autodestrutivos. Sendo assim, observa-se que, desses adolescentes, mais de 22 mil experimentaram cigarro alguma vez (18,4%) e mais de 67 mil experimentaram álcool (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015). Na América Latina e Caribe, a taxa de consumo regular de tabaco está entre os 13,3% da população total de adolescentes da região. Considerando uma faixa etária maior (de 12 a 17 anos), cerca de 1,3 milhões de adolescentes brasileiros já consumiram cigarros industrializados na vida e quase meio milhão de adolescentes são fumantes regulares (ICIT Fiocruz, 2018). Com relação ao álcool, quase 400 mil adolescentes brasileiros já consumiram álcool e pelo menos uma substância ilícita, e mais de um milhão de adolescentes consumiram álcool e tabaco nos 12 meses anteriores a um levantamento realizado pela Fiocruz (2018).

Uso abusivo de drogas por adolescentes pode ser explicado por fatores de risco ambientais e contextuais (Kumpfer & Magalhães, 2018). O primeiro nível que pode se delinear um ambiente é o macro, definido pelo sistema econômico. Depois, pode-se delinear um nível intermediário, que abrange o país, isto é, a região geográfica em que as pessoas se

relacionam por similaridades culturais e de linguagem. Em último nível, pode-se conceber as famílias como núcleo de organização social que acumula a função de cuidado bem como da manutenção das relações sociais, também sendo núcleo que possibilita a criação de subjetividades (Miotto, 2010; Miotto, 2015).

A partir dessa compreensão, os fatores de risco se encontram nestes três níveis. No nível de organização econômica, admite-se que há uma expressiva desigualdade de renda entre os países com influência direta no acesso à moradia, à escola, aos serviços de saúde e à cultura (Better life index, OCDE, 2021). Evidências indicam uma relação causal entre a desigualdade de renda e o agravamento da saúde da população, sendo este um fator de risco ambiental (Pickett & Wilkinson, 2015). A premissa básica dessa correlação é que a desigualdade de renda resulta em baixa coesão social e maior desconfiança entre as pessoas, gerando assim um estressor social que prejudica a saúde (Pickett & Wilkinson, 2015). Há indícios que apoio social e relações de afeto protegem contra riscos à saúde física e mental (Pickett & Wilkinson, 2015; Pickett & Wilkinson, 2010). Portanto, compreende-se que a família é uma “unidade social de apoio” mas ao mesmo tempo tem suas relações perpassadas por vulnerabilidades como pobreza, violência e falta de acesso a serviços o que atribui uma função de desenvolvimento social (Orozimbo & Afonso, 2020, p. 97).

Sendo assim, as relações familiares positivas têm uma potencialidade de atuar como fator protetivo, colaborando para que adolescentes não se comportem de forma arriscada e façam escolhas mais positivas para si, tendo em vista o impacto que seu ambiente familiar tem nas suas escolhas de amigos e locais que frequentam (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2009).

As intervenções familiares primam pelo ensino de estratégias parentais autoritativas - baseadas no estabelecimento de regras, comunicação apropriada, monitoramento e

transmissão de valores e atitudes positivas – para que os jovens desenvolvam competências sociais - habilidades para manejo de estresse, resistência à pressão de pares e habilidades de regulação das emoções. (Gilligan et al., 2016). Portanto o mecanismo de efeito opera indiretamente sob os adolescentes, uma vez que os pais adotam tais estratégias os adolescentes tendem a desenvolver normas sociais positivas e a resistir às influências externas negativas dos pares e da sociedade (Gilligan et al., 2016).

Nessa seara, intervenções familiares baseadas em evidências são amplamente adotadas, devido às altas taxas de eficácia comprovadas em diferentes contextos (Gilligan et al., 2016; Kumpfer & Magalhães, 2018). Uma recomendação da divisão da Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) é o uso de intervenções preventivas que sejam baseadas em evidências, em detrimento de intervenções cuja eficácia e efetividade são desconhecidas. A justificativa é que programas sem avaliação prévia podem trazer malefícios para a população ao invés de melhora no comportamento e na saúde (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009).

Para a ampla oferta desse tipo de intervenções, deve haver um planejamento que englobe as etapas de desenvolvimento (criação), adoção (seleção de uma dada intervenção em detrimento de outra por serviços, organizações ou governos), implementação (execução) e sustentabilidade (manutenção) do programa (Scheirer & Dearing, 2011; Scudder et al., 2021; Spoth, Franz, & Brennan, 2020). Para maximizar as chances de sustentabilidade, estudos consideram que os benefícios aos participantes devem ser contínuos, as atividades do programa devem ser avaliadas e adaptadas, parcerias no nível da comunidade são fundamentais, as práticas organizacionais devem promover suporte e o problema deve ter uma atenção contínua na agenda pública (Chambers, Glasgow, & Stange, 2013; Lennox, Doyle, Reed, & Bell, 2017; Pluye, Potvin, & Denis, 2004; Proctor et al., 2015; Scudder et al.,

2021; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Shelton, Rhoades Cooper, & Stirman, 2018; Stirman et al., 2012).

Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio de sua Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, adotou o Programa Famílias Fortes (PFF), ou *Strengthening Families* (SFP-10-14) na versão original estadunidense (Kumpfer, DeMarsh, & Child, 1989; Kumpfer, 2014). Posteriormente, sua implementação se deu de modo intersetorial (Pedroso, Abreu & Kinoshita, 2015) através de parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e Segurança Pública. O PFF é uma tecnologia preventiva, baseada na família e na comunidade, direcionada para crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e seus respectivos responsáveis, que se mostrou efetivo em mais de 36 países (Karol L. Kumpfer & Magalhães, 2018). O programa é indicado para prevenir agravos à saúde como uma estratégia de prevenção universal (apropriada para população como um todo), seletiva (destinada a população com um risco acima da média geral), indicada (dirigida a indivíduos com um risco maior e possibilidade iminente de uso) (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2009, Kumpfer & Magalhães, 2018). Seu intuito é prevenir o uso abusivo de álcool e outras drogas, mas também outros comportamentos de risco à saúde na adolescência, enquanto previne a violência no nível familiar.

É uma intervenção altamente estruturada que foca na promoção de habilidades sociais para crianças e adolescentes, competências parentais para os responsáveis e qualidade do ambiente familiar para o grupo familiar. É composto por sete sessões semanais e quatro sessões de acompanhamento, estas últimas oferecidas entre três a seis meses após as setes sessões regulares. As sessões têm duas horas de duração, em que a primeira hora é dedicada a sessões separadas e simultâneas para adolescentes e responsáveis e a segunda, para as famílias. As sessões para os jovens abordam habilidades de regulação social e emocional,

habilidades de resistência de pares, resolução de problemas e comunicação eficaz. As sessões dos responsáveis discutem habilidades parentais. E as sessões familiares englobam a comunicação familiar, apoio aos sonhos dos adolescentes, valores familiares, lazer conjunto e rede de apoio social (Kumpfer, 2014; Kumpfer & Magalhães, 2018). O programa incentiva a convivência familiar e comunicação positiva para reduzir o estresse e o conflito resultando em um fortalecimento de vínculos entre os responsáveis e os jovens.

Histórico do Programa Famílias Fortes no Brasil

A política de drogas brasileira tem como estratégia de prevenção a adoção de programas voltados para crianças e adolescentes baseados em evidências científicas desde a década de 1990 (Tatmatsu, Siqueira, & Prette, 2019). Em 2012, seguindo orientações de organismos internacionais como a UNODC, o Ministério da Saúde decidiu adotar três tecnologias estadunidenses de prevenção ao uso de drogas, sendo dois a serem aplicados em contexto escolar direcionado apenas para os jovens (Elos e #Tamojunto) e o Programa Famílias Fortes com o objetivo de ser uma tecnologia para o contexto comunitário. Após a decisão de implementar o programa em 2013, estudos de adaptação cultural e avaliação de processo de implementação foram solicitados pelo Ministério da Saúde a fim de adequar a aplicação à realidade brasileira (Murta et. al, 2018). Este estudo partiu de uma experiência de aplicação piloto no Distrito Federal em oito grupos em equipamentos denominados Centro de Convivência – COSES - (equipamento com oferta de serviços de fortalecimento de vínculos intergeracionais e comunitários). Apesar do Programa Famílias Fortes ter sido considerado similar aos princípios do Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), uma parceria formal entre os Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social, órgão (na época) responsável pela política federal de assistência social, não conseguiu se efetivar, trazendo alguns prejuízos para a institucionalização do programa (Miranda, 2016).

Para a implementação do programa, recursos humanos específicos foram designados e a equipe de aplicação e supervisão do programa era composta por:

1 – Formador federal: Pessoas designadas pela Fiocruz e Ministério da Saúde e responsáveis pela realização de estudo e seleção dos serviços de assistência social, saúde, educação e similares nos municípios. Também pactuavam com as gestões municipais a adoção do programa, realização do treinamento dos multiplicadores e facilitadores e supervisão dos multiplicadores.

2 – Multiplicadores: responsáveis pela mediação entre a gestão municipal, o formador federal e os facilitadores. Atuavam no monitoramento, acompanhamento e supervisão dos facilitadores e dos grupos implementados no município. Frequentemente, além de sua função atribuída, exerciam a função de facilitador de grupo.

3 - Facilitadores: responsáveis pela condução dos grupos de responsáveis e adolescentes, sendo pelo menos um facilitador de grupo para os grupos de responsáveis e dois para o de adolescentes.

4 – Cuidadores: responsáveis pelo cuidado de crianças menores de 10 anos presentes no ambiente, porém não participantes dos encontros.

No Brasil, os facilitadores e articuladores são funcionários lotados no sistema público ou privado de assistência social, saúde e educação, ou qualquer outra área de serviços congêneres. No momento da pactuação de adoção do programa pela gestão pública municipal, esta designava quais serviços tinham a estrutura para implementar o programa e, usualmente, a gestão destes serviços decidia quais funcionários exerceriam a função de facilitador ou articulador. Essa dinâmica de decisões poderia ter variações, mas a cadeia de decisões era basicamente vertical, partindo da gestão municipal para os trabalhadores dos serviços.

O treinamento dos facilitadores no Brasil adotou uma duração de dois dias, totalizando 16 horas de treinamento, realizado por formadores federais. O conteúdo desse treinamento aborda as diretrizes da Política Nacional de Prevenção às Drogas, os fatores de risco e proteção à saúde do adolescente e as bases conceituais do programa, além do seu formato, procedimentos e materiais a serem utilizados (Pinheiro-Carozzo, Murta, Gato, Fontaine, & Vinha, 2021).

Como indicado na figura 5, o programa teve momentos de difusão e avaliação que orientaram decisões sobre a implementação em nível federal. Após avaliação feita nas escolas que implementaram os programas Elos e #Tamojunto, os resultados apontaram ineficácia no programa pois os desfechos positivos esperados não se mantiveram a longo prazo, e em adição produziram efeitos negativos (Sanchez et al., 2018). Conseqüentemente, em 2017 os programas foram descontinuados e não tinham mais o acompanhamento da equipe de implementação, especialmente o formador federal. Tal descontinuidade também abarcou o Programa Famílias Fortes, ainda que os resultados do estudo Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes não estivessem ainda disponíveis (Abdala et al., 2020; de Menezes, de Almeida Nobre-Sandoval, & Murta, 2020; Murta, Nobre-Sandoval, et al., 2020; Murta, Vinha, Nobre-Sandoval, Miranda, et al., 2020; Murta, Vinha, Nobre-Sandoval, Rocha, et al., 2020; Pinheiro-Carozzo et al., 2021). Então os programas passaram a ser implementados de acordo com o interesse dos municípios em realizar, em decisão com sua equipe local.

Com a eleição presidencial em 2018 e mudança de gestão do executivo federal em 2019, o programa está, atualmente, sob responsabilidade do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (Famílias Fortes, Ministério da Mulher Família e Direitos Humanos, 2021). Nas redes sociais e *site* oficial do ministério, há indicação de novos treinamentos a serem realizados para a formação de facilitadores além de disponibilização de todo o material

(vídeos e manuais) na internet. Em eventos recentes realizados no ano de 2020 coordenados pelo órgão, foi expresso pelas autoridades oficiais interesse em manter o programa na agenda pública de oferta de serviços preventivos.

Figura 5

Cronologia de adoção e implementação do programa no Brasil



Figura baseada em Miranda, A. A. V. (2016). Prevenindo o uso abusivo de drogas: uma análise da difusão do Programa Famílias Fortes no Brasil. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Pelo extenso trabalho de fortalecimento de vínculos familiares, os objetivos do programa se aproximam dos objetivos da Política Nacional de Assistência Social brasileira, especialmente o princípio da proteção social. A legislação declara que um dos princípios é a centralidade do trabalho com famílias para operar os serviços, serviços estes que asseguram o convívio social para construir e fortalecer laços de pertencimento e vínculos sociais geracionais, familiares e da vizinhança (Brasil, 2008). Pela compatibilidade entre esses propósitos, o Ministério da Saúde decidiu priorizar os serviços da assistência social como o contexto preferencial de implementação do PFF e direcionar o atendimento aos beneficiários do “Bolsa Família”, com o objetivo de fortalecer a rede intersetorial do território para estes usuários bem como estimular o fortalecimento da comunidade (Miranda, 2016; Abdala et al., 2020).

Este programa tem sido alvo de diversos estudos de efetividade (Kumpfer & Magalhães, 2018; Mejia et al., 2018; Nagel et al., 2010; Vasquez et al., 2010). Porém, achados de uma revisão de literatura com 65 artigos produzidos no mundo acerca do *Strengthening Families* (SFP-10-14) evidenciam que poucas avaliações englobam o aspecto da manutenção de benefícios individuais para a população e nenhuma considera a sustentabilidade ao nível das organizações que o adotam, desconsiderando aspectos estruturais e contextuais que resultam em sua (des)continuidade nos serviços adotantes (Pinheiro-Carozzo, Murta, Vinha, Silva, & Fontaine, 2021).

A sustentabilidade é o uso contínuo de componentes de um programa e suas atividades visando resultados benéficos para a população, ou seja, o programa como um todo pode continuar a ser implementado ou então seus componentes, sempre visando sanar algum problema de saúde e trazer benefícios para as pessoas (Scheirer & Dearing, 2011). Posto isto, a avaliação de sustentabilidade foca nos benefícios de saúde, porém também investiga os

aspectos contextuais (fatores organizacionais e da comunidade) e estruturais (características da intervenção) que aumentam a probabilidade de uma intervenção ser sustentável (Scheirer & Dearing, 2011).

Todavia, alguns estudos sobre sustentabilidade ainda se limitam à compreensão da manutenção de recursos financeiros, como no recente estudo de Ashley Scudder e colegas (2021) sobre implementação de programas de saúde para a juventude. A concepção central é de que caso haja garantia de financiamento após o fim do investimento inicial, é possível alcançar a sustentabilidade. Entretanto, esse debate acaba por dicotomizar os resultados possíveis de uma sustentabilidade apenas no aspecto da continuidade ou não da intervenção, desconsiderando outros indicadores que se expressam em níveis de sustentabilidade. Estes níveis de sustentabilidade podem ser vistos em um leque que compreende, por exemplo, a continuidade dos (a) benefícios do programa para o público alvo ou usuários, (b) componentes ou atividades do programa original, (c) parcerias comunitárias decorrentes do esforço de implementação do programa, (d) novas práticas organizacionais ou políticas iniciadas durante a implementação do programa e o (e) reconhecimento do problema como relevante na agenda pública (Scheirer & Dearing, 2011).

Dado esse cenário, este estudo se orienta pela seguinte pergunta de pesquisa: quais são os mecanismos que viabilizam ou dificultam a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil? Neste estudo, define-se mecanismo como um processo (ou sequência de estados) em um sistema concreto, natural ou social (Bunge, 2004). Compreende-se que o programa pode não ter continuado, porém possíveis efeitos e impactos podem ter ocorrido nos processos de trabalho dos implementadores, ou então no comportamento das famílias que participaram do programa. Então, este estudo investigou os processos do sistema social no qual se deu a implementação do Programa Famílias Fortes em municípios dos estados de

Acre, Ceará, Distrito Federal, Pernambuco e Paraná que foram traduzidos em mecanismos que afetaram a sustentabilidade do referido Programa.

Método

Delineamento do estudo

O presente estudo adotou delineamento descritivo. Este estudo integra um estudo maior denominado Avaliação da Efetividade, Qualidade da Implementação e Validade Social do Programa Famílias Fortes e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE 53103516.1.0000.5540).

Participantes

Os participantes foram escolhidos através de uma lista de contatos telefônicos e endereços de e-mail de gestores públicos municipais responsáveis pela intermediação do programa com o Ministério da Saúde. A lista continha 25 pessoas de 10 estados brasileiros (Acre, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe) e de 19 municípios, entre capitais e cidades no interior do estado.

Desta amostra, 7 gestores responsáveis pelos estados de Acre, Distrito Federal, Pernambuco, Ceará e Paraná participaram da pesquisa, sendo dois pelo estado de Pernambuco e dois pelo Distrito Federal. Os gestores do Acre, Paraná e Distrito Federal responderam como responsáveis pela capital dos estados. Os gestores do Ceará e Pernambuco responderam pela situação de mais de um município localizado no interior do estado.

A tabela 3 sintetiza as características profissionais dos participantes.

Tabela 3*Caracterização dos participantes*

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Tempo acompanhando o programa	1 a 2 anos	3 a 4 anos	1 a 2 anos	3 a 4 anos	2 a 3 anos	1 a 2 anos	3 a 4 anos
Escolaridade	Superior Completo	Mestrado	Doutorado	Técnico	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Função	Técnico/Analista (especialista para o atendimento em um equipamento)	Gerente (coordenação geral de uma área)	Técnico/Analista (assessor em alguma área da secretaria municipal ou estadual)	Técnico/Analista (especialista para o atendimento em um equipamento)	Técnico/Analista (assessor em alguma área da secretaria municipal ou estadual)	Gerente (coordenação geral de uma área)	Coordenador (a) (coordenação de um equipamento)
Tempo na função	1 a 2 anos	3 a 4 anos	Mais de 4 anos	Mais de 4 anos	3 a 4 anos	Mais de 4 anos	3 a 4 anos
Vínculo empregatício	Terceirizado	Terceirizado	Concursado	Concursado	Concursado	Cargo Comissionado	Contrato Temporário

Instrumentos

Dois instrumentos foram elaborados para uso neste estudo. O primeiro instrumento foi um questionário denominado “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes (PFF) no Brasil” que abordava aspectos pertinentes à avaliação da sustentabilidade no nível municipal e respondido pelos sete participantes de todos os estados. O segundo instrumento aplicado foi uma entrevista narrativa denominada “Barreiras e facilitadores da sustentabilidade do PFF”, direcionada a dois respondentes do questionário, do Distrito Federal e Pernambuco, que pretendia investigar as experiências que cada respondente teve no acompanhamento da implementação do programa, no que tange especialmente aos processos de sustentabilidade.

O questionário “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes (PFF) no Brasil” foi elaborado a partir de três *frameworks* sobre avaliação dos processos de sustentabilidade em intervenções de saúde e educação (Askell-Williams, 2017; Scheirer & Dearing, 2011; Schell et al., 2013). Por conta do caráter interdisciplinar e intersetorial do programa, optou-se por estudos de outros campos do conhecimento, além da saúde pública, o que possibilitou a

elaboração de um instrumental mais relacionado a intervenções comunitárias e baseadas na família.

O questionário “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes (PFF) no Brasil” continha 39 perguntas, das quais 32 perguntas eram de múltipla escolha e 7 perguntas adotaram formato de escala likert, e foram divididas em 6 sessões temáticas: (1) implementação do PFF no município, (2) monitoramento da implementação, (3) adaptação do programa, (4) sustentabilidade da implementação, (5) características das famílias e (6) características profissionais do respondente. Ao final, havia três perguntas abertas sobre as barreiras percebidas para a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes, os facilitadores deste processo e as possíveis modificações nos processos de trabalho ou na gestão pública da política de prevenção ao uso de drogas.

O segundo instrumental aplicado, a entrevista narrativa, teve como objetivo aprofundar a temática dessas três questões feitas ao final do questionário. A entrevista era iniciada ao se perguntar qual a primeira coisa que vem à mente do entrevistado quando pensa no Programa Famílias Fortes. Então, mais seis perguntas foram feitas sobre os processos que facilitaram a sustentabilidade, os processos que impediram e ao fim qual a percepção sobre um possível legado do programa no território. Para estimular o relato sobre barreiras e facilitadores, uma figura representativa do *framework* “*Capacity for sustainability*” (Schell et al., 2013) foi mostrada aos entrevistados, composta por nove domínios preditores de sustentabilidade: (1) estabilidade de fundo, (2) impactos em saúde pública, (3) suporte político, (4) parcerias, (5) comunicação, (6) capacidade organizacional, (7) adaptação do programa, (8) avaliação do programa e (9) planejamento estratégico.

A escolha pela técnica da entrevista narrativa se deu em razão da possibilidade de o entrevistado narrar livremente fatos e construir uma concepção própria, isto é, construir um enredo. Esse enredo, usualmente, sofre pouca influência do entrevistador, que não questiona

as contradições da fala, mas sim indaga os fatos em uma ordem de acontecimentos (Jovchelovitch & Bauer, 2010; Muylaert, Sarubbi Jr, Gallo, Neto, & Reis, 2014).

Procedimentos

Recrutamento

No início de fevereiro de 2020 foram enviados e-mails e/ou *whatsapp* a todas as 25 pessoas da lista. Em um primeiro momento, houve retorno de 16 pessoas em um prazo de até duas semanas após o contato. Dessa amostra, 6 pessoas (provenientes dos estados Paraíba, Goiás e Santa Catarina) responderam que conheciam o programa, porém a gestão decidiu não implementar apesar do treinamento de facilitadores feito pelo Ministério da Saúde. Então, dos 10 participantes restantes que responderam ao primeiro contato (oriundos dos estados Acre, Ceará, Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe), 7 participantes retornaram o contato e se dispuseram a participar (Acre, Ceará, Distrito Federal, Paraná e Pernambuco). Gestores do estado de São Paulo não retornaram o contato feito por e-mail e telefone em nenhum momento.

A fim de aprofundar o questionamento de mecanismos que contribuíram ou não para a sustentabilidade do programa Famílias Fortes, dois gestores foram escolhidos para responder à entrevista narrativa, um do Distrito Federal e outro de Pernambuco. A escolha pelo gestor do Distrito Federal se deu em virtude da particularidade do território. Foi levantada a hipótese que a aproximação geográfica aos órgãos federais que supervisionam a implementação do programa poderia ter acarretado maior facilidade para os processos de sustentabilidade. Pernambuco foi selecionado em razão dos relatos de sucesso na implementação feitos à autora durante a avaliação da efetividade do programa no território (Murta et al., 2020).

Coleta de dados

Todas as pessoas foram contatadas por e-mail, telefonema e mensagem de *Whatsapp* em três etapas sucessivas. Primeiramente ocorreu uma apresentação da pesquisadora, da

pesquisa de mestrado e uma sondagem sobre o interesse em participar como respondente. Em seguida, foi enviado o questionário aos que demonstraram interesse. Por conta da demora no retorno, alguns lembretes do envio das respostas foram feitos via mensagem e e-mail após o período de uma semana a um mês do envio inicial do questionário.

Em razão da localização dos respondentes, optou-se por realizar o questionário e a entrevista de forma remota. O questionário foi feito utilizando o software *Google Forms* e a entrevista foi realizada via ligação do *Google Meet* com gravação do áudio via telefone. O questionário foi auto preenchido com uma média de duração de 20 minutos. As entrevistas duraram cerca de 30 minutos.

Análise de dados

Para sintetizar os apontamentos destes dois *frameworks*, foi selecionado o *framework* “*Capacity for sustainability*” que define nove domínios, sendo quatro de influência externa e quatro de influência interna à intervenção, com a centralidade do planejamento estratégico (Schell et al., 2013). A estabilidade de fundos, os impactos de saúde pública, o suporte político e as parcerias são influenciados por fatores externos enquanto as comunicações, a capacidade organizacional, a adaptação do programa e a avaliação do programa são domínios influenciados, geralmente, por fatores internos à intervenção. Já a categoria central, planejamento estratégico, perpassa os dois contextos.

Os dados foram analisados visando responder à questão norteadora de quais são os mecanismos que viabilizam, ou dificultam, a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil.

Sendo assim, as lentes teóricas de análise escolhidas foram os três *frameworks* que inspiraram a construção dos instrumentais: (1) *Sustaining innovations through education – SITE* (Askill-Williams, 2017), (2) *An agenda for sustainability* (Scheirer & Dearing, 2011) e

(3) *Capacity for sustainability* (Schell et al., 2013). Como descrito na tabela 4, os conceitos e apontamentos dos *frameworks*, por vezes, se aproximam e se relacionam.

Tabela 4
Conceitos para análise de dados

<i>Capacity for sustainability</i> (Schell et. al, 2013)	<i>An agenda for sustainability</i> (Scheirer & Dearing, 2011)	<i>SITE</i> (Askill-Williams, 2017)
Comunicação	Manter a atenção ao problema, manutenção da pauta na agenda pública (Variável independente)	Promoção: Qual é a eficácia demonstrada da iniciativa? As informações sobre o valor da iniciativa são bem divulgadas para a comunidade em geral?
Capacidade organizacional	Fatores no contexto organizacional: a equipe acreditar que o programa é benéfico e defender sua importância (Variável dependente)	1) Prontidão: Até que ponto os funcionários / comunidades reconhecem o imperativo de introduzir a iniciativa? Que capacitação é necessária? Que barreiras precisam ser abordadas? 2) Adoção: A iniciativa tem o apoio da equipe, pais / responsáveis, líder do local e outras partes interessadas da comunidade? Quais modificações pré-intervenção precisam ser feitas?
Adaptação do programa	Características da Intervenção: valor, equipe, nível de adaptação possível (Variável independente)	Implementação Inicial: Em que medida a iniciativa é implantada com atenção à fidelidade, dosagem e engajamento com os processos de entrega? O que está funcionando bem ou precisa ser alterado?
Planejamento estratégico	Não tem variáveis que se relacionam especificamente com esse fator	Sustentabilidade: Que aspectos do design e da fase inicial estabelecem as condições para a sustentabilidade a longo prazo? Onde os componentes para garantir a sustentabilidade aparecem em cada fase da implementação do programa? Quem mais precisa estar envolvido? O que está faltando?
Avaliação do programa	Não tem variáveis que se relacionam especificamente com esse fator	Monitoramento e feedback: Quais sistemas de monitoramento e feedback estão em vigor e eles fornecem informações oportunas? Quem obtém as informações? Quem é o responsável pelo acompanhamento? Como ocorre a renovação?
Suporte político	Manter legislações, procedimentos, políticas que começaram durante a implementação do programa (Variável independente)	Incentivos: Existem incentivos ou reconhecimento de que os marcos de implementação e os resultados desejados foram alcançados? Esses incentivos são valorizados?

Parcerias	1) Manter parcerias ou coligações desenvolvidas durante a implementação do programa (Variável independente) 2) Fatores na comunidade: parcerias intersetoriais (Variável dependente)	Não tem perguntas que se relacionam especificamente com esse fator
Estabilidade de fundo	Fatores na comunidade: busca por outras possibilidades de financiamento (Variável dependente)	Não tem perguntas que se relacionam especificamente com esse fator
Impactos em saúde pública	Benefícios e resultados de saúde continuados (Variável independente)	Não tem perguntas que se relacionam especificamente com esse fator

Portanto, uma análise temática dedutiva foi feita com o conteúdo extraído das respostas dos questionários e das transcrições das três entrevistas. Os dados das entrevistas realizadas, apesar da diferença entre as perguntas disparadoras, puderam ser classificados nos mesmos temas.

Resultados

Anterior à apresentação dos dados sobre os mecanismos facilitadores ou impeditivos da sustentabilidade do Programa Famílias Fortes nos estados alvo deste estudo, serão descritos dados acerca da implementação, monitoramento da implementação, alcance e adaptação.

Implementação do programa nos municípios

O primeiro eixo do questionário “Sustentabilidade do PFF no Brasil” investigou o período de implementação, os locais de realização do programa, a formação para facilitadores novos e percepção dos facilitadores sobre a importância do programa.

Como descrito na Tabela 3, o programa foi implementado de 4 a 2 anos nos territórios, com exceção do município de Caruaru em Pernambuco, que implementou por apenas um ano. O Distrito Federal teve a particularidade de implementar por três anos consecutivos (2013 a 2015) e retornar à implementação em 2018. De acordo com a

entrevistada deste território, este retorno foi planejado para aumentar a capilaridade do programa no Distrito Federal além de realizar adaptações direcionadas a população da cidade.

Dada a necessidade de uma estrutura ampla para a aplicação do programa, investigou-se em quais espaços ocorreram a implementação. Em todos os territórios, a aplicação ocorreu em equipamentos da assistência social pública, e apenas a equipe do Distrito Federal utilizou também prédios da saúde pública. Espaços da comunidade, como igrejas, foram utilizados no Ceará e em Pernambuco (ver Tabela 5).

As gestões do programa em Pernambuco, Ceará e Distrito Federal fizeram uso de prédios da educação pública. Em ambas as entrevistas com os gestores, foi enfatizado que apenas o espaço físico das escolas foi concedido, não havendo participação de facilitadores, ou colaboração na mobilização das famílias, tampouco incentivo aos jovens por nenhum profissional da educação pública dos territórios. Todos os estados contaram com facilitadores provenientes da assistência social pública e saúde pública. Ceará teve também formadores da educação pública e Distrito Federal contou com profissionais lotados em instituições de assistência social privadas (organizações não-governamentais).

Outro fator preditor da sustentabilidade é o nível de engajamento dos implementadores de uma intervenção. A crença na importância, na urgência da aplicação e na validade dos benefícios de determinada intervenção são fatores que influenciam a manutenção a médio e longo prazo de um programa (Askell-Williams, 2017; Scheirer & Dearing, 2011; Schell et al., 2013). Dessa forma, três perguntas foram feitas sobre a realização de formação de facilitadores para novos funcionários, sobre a apresentação do PFF como uma prioridade aos equipamentos e sobre o estabelecimento do programa como um compromisso de longo prazo.

Paraná e Pernambuco afirmaram realizar a formação para novos facilitadores, enquanto os outros territórios não. Todos os respondentes concordam que o programa é apresentado como um compromisso de longo prazo aos facilitadores, porém apenas Pernambuco e Acre acreditam que seja uma prioridade dos equipamentos em que os facilitadores estão lotados. O respondente do Ceará e a respondente do DF discordam dessa visão de prioridade do programa, enquanto Paraná e a outra respondente do DF não concordam nem discordam dessa concepção.

Tabela 5
Contexto da implementação

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Anos que o programa foi aplicado	2014 a 2017	2015 a 2018	2013 a 2015 e 2018		2017 a 2019	2016	2016 e 2017
Equipamentos que o PFF foi realizado	Assistência social pública	1) Assistência social pública 2) Educação pública 3) Prédios da comunidade (como igrejas, espaços comunitários...)	1) Assistência social pública 2) Educação pública 3) Saúde pública 4) Organizações não-governamentais		1) Assistência social pública	1) Assistência social pública 2) Organizações não-governamentais	1) Assistência social pública 2) Educação pública 3) Prédios da comunidade (como igrejas, espaços comunitários...)
Área de trabalho dos facilitadores	1) Assistência Social Pública 2) Saúde Pública	1) Assistência Social Pública 2) Saúde Pública 3) Educação Pública	1) Assistência Social Pública 2) Saúde Pública 3) Assistência Social em organizações privadas		1) Assistência Social Pública 2) Saúde Pública	1) Assistência Social Pública 2) Saúde Pública	Assistência Social Pública
Formação para funcionários novos	Não há	Não há	Não há	Não há	Sim	Sim	Sim
Apresentação do PFF aos facilitadores como compromisso de longo prazo	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente
Prioridade nos equipamentos	Concordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo

Monitoramento da implementação

O monitoramento da implementação de uma intervenção é uma estratégia essencial para realizar a avaliação ao longo da realização desta e não apenas ao final. A equipe de implementação municipal contava com o multiplicador. A responsabilidade desse profissional era assistir às necessidades dos facilitadores para que o grupo ocorresse sem grandes percalços e realizar reuniões semanais de supervisão. Grande parte das vezes, essa função era exercida por um funcionário de supervisão de equipamento ou os coordenadores de uma área da gestão municipal (como proteção básica da assistência social ou saúde mental), por exemplo.

Todos os territórios realizavam essas reuniões de monitoramento em que os facilitadores podiam comunicar dificuldades, sucessos e questões sobre a execução do programa à gestão. Apenas o Ceará não concorda nem discorda com a existência dessa possibilidade no território.

A insuficiência de tempo foi uma queixa frequente de facilitadores de grupos do Sergipe e do Distrito Federal, portanto avaliou-se a possibilidade de outros facilitadores também terem a mesma queixa. Facilitadores de Pernambuco, Paraná e Distrito Federal de fato apresentam essa reclamação, porém Acre discorda. O respondente do Ceará não concorda nem discorda dessa premissa. Quanto a quantidade de pessoas para a execução, DF, PR e PE acreditam que facilitadores também se queixavam disso, enquanto Acre discorda. O respondente do Ceará não concorda nem discorda dessa premissa também.

Para um programa sustentável é necessário avaliar a necessidade de adaptação de elementos do programa, de sua duração e do que está funcionando bem ou não (Askill-Williams, 2017; Scheirer & Dearing, 2011; Schell et al., 2013). As sugestões feitas pelos

facilitadores sobre essas adaptações foram consideradas em todos os estados, com exceção de Ceará que não concorda nem discorda dessa premissa também.

Por fim, o interesse da gestão em manter a equipe de implementadores para além da implementação do programa indica uma estabilidade na carreira e capacidade de gerir os recursos humanos a longo prazo, considerando que os funcionários adquiriram, após o fim do programa, uma nova habilidade. Essa nova habilidade pode ser passada para outros funcionários e garantir a continuidade do programa em uma metodologia de *train the trainer* (Smith & Polaha, 2017). Todavia, esse fator foi considerado apenas pelas gestões do Paraná e de Pernambuco, enquanto os outros territórios não vislumbraram essa possibilidade.

A tabela 6 sintetiza os itens questionados e as respectivas respostas dos participantes.

Tabela 6
Monitoramento do programa

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Reuniões de monitoramento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Os facilitadores têm possibilidade de comunicar dificuldades, sucessos e questões sobre a execução do programa à gestão	Concordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente
Os facilitadores relatam que o tempo para execução do programa é insuficiente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo
Os facilitadores relatam que a quantidade de pessoas para executar o programa é insuficiente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Não concordo nem discordo	Concordo
As sugestões feitas pelos facilitadores para a adaptação do programa são consideradas	Concordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente
A gestão tem planos de manter a equipe responsável pelo Programa Famílias Fortes em longo prazo (não necessariamente apenas para esse programa)	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Não concordo nem discordo	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente	Concordo Plenamente

O acompanhamento pela gestão, frequentemente exercido pelo articulador, poderia ter como pauta as sessões, estratégias de engajamento das famílias, estratégias de captação de

recursos, adaptações, intersetorialidade e atividades exercidas cotidianamente que fossem similares às atividades do Programa Famílias Fortes, conforme descrição da Tabela 7. Por fim, foi questionado se existiam estratégias elaboradas conjuntamente para manter o programa em longo prazo. Apenas Pernambuco indicou que este aspecto não era abordado no monitoramento (ver Tabela 7). Quanto aos outros, houve variações de temas, mas todos os territórios trataram do planejamento das sessões nestas reuniões.

Tabela 7
Aspectos considerados no monitoramento

Itens	Acre		Ceará		Distrito Federal		Paraná		Pernambuco		
Planejamento das sessões	x		X		x	X		x		x	X
Temas das sessões			X			X		X			
Adaptações necessárias ao programa			X			X		X		x	X
Estratégias para o engajamento das famílias	x		X			X		X		x	X
Estratégias para captação de recursos para brindes e lanches			X			X				x	X
Articulação entre facilitadores de diferentes serviços	x		X			X		x			
Planejamento para a manutenção do programa no município a curto ou longo prazo	x		X			X		X			
Planejamento de atividades para fortalecimento de vínculos com as famílias além do programa			X					X		x	x

Adaptação do programa

Para iniciar as perguntas desta sessão, foi indagado se o território realizou adaptações visando a continuidade do programa. O município de Caruaru, no Pernambuco, não teve continuidade do programa pois o aplicou por apenas um ano. Os territórios do Acre, Ceará e Paraná indicaram que não houve adaptações, enquanto Distrito Federal disse que diminuiu a quantidade de encontros, diminuiu a faixa etária atendida (crianças menores que 10 anos) e aumentou o tempo dos encontros, como indicado na Tabela 8. A entrevistada dessa região relatou que uma consultoria foi contratada pelo Governo do Distrito Federal com o objetivo de criar uma versão mais curta e que solucionasse problemas como o tempo excessivo das

sessões e o engajamento das famílias, entretanto sem comprometer a fidelidade à estrutura conceitual do programa.

Eles fizeram oficinas, para resgatar cada sessão, o que tinha sido difícil. O que eles achavam que as pessoas podiam não entender. O que podia reduzir, o que poderia tirar. Foram feitos grupos focais [com facilitadores]. E aí eles já fizeram um levantamento bom assim. E aí depois eles aplicaram o PFF para poder no final fazer essa versão que teria sido apresentada no começo desse ano (2020). Entrevistada DF

Um indicador importante da sustentabilidade de uma intervenção é a continuidade não do programa em si mas de atividades e dinâmicas que continuam nos processos de trabalho a partir dos conhecimentos adquiridos sobre o programa (Scheirer & Dearing, 2011). O questionário perguntou sobre componentes da estrutura do programa e componentes teóricos que possam ter sido incorporados em intervenções já existentes no serviço. Distrito Federal e Pernambuco relataram terem incorporado em intervenções para adolescentes e famílias atividades e dinâmicas tanto do grupo dos adolescentes quanto do grupo dos pais. Em adição, Pernambuco relatou uma maior organização intersetorial no município, experiência vinda do exercício de articulação constante para aplicar o Programa Famílias Fortes.

Quanto aos componentes teóricos, novas intervenções focadas em aprimoramento de habilidades sociais dos adolescentes, melhoria da comunicação intrafamiliar e em estilos parentais efetivos e positivos foram citadas por Pernambuco e Distrito Federal, além de intervenções de prevenção ao uso de drogas através do fortalecimento de vínculos (ver Tabela 8). Os entrevistados de Pernambuco e Distrito Federal enfatizaram que um dos ganhos do Programa Famílias Fortes foi o aprendizado de uma nova forma de trabalhar a prevenção ao uso de drogas. Palestras e ações meramente informativas eram feitas durante anos nos serviços de saúde e assistência social, porém trabalhar a prevenção através do fortalecimento

de vínculos e habilidades sociais nos adolescentes mostrou-se uma estratégia inovadora, a qual todos os profissionais que tiveram contato julgaram proveitoso.

E outra coisa que eu ouço muito as pessoas falarem é que elas incorporaram na atividade delas, algumas coisas do PFF. Então assim elas usam ainda algum material para um encontro de grupo, elas usam de alguma lógica pedagógica assim de orientação, psicoeducativas em alguns grupos que fazem orientações familiares então eu acho que isso é uma coisa legal. Porque é um investimento. Para quem está na ponta, para quem está trabalhando com famílias, com jovens, você acaba desenvolvendo ali um rol de habilidades novas. Entrevistada DF

Então nós tivemos uma formação que foi muito importante para os técnicos, essa visão da relação das famílias com a droga mudou, então a gente vê que muitos técnicos passaram a ter uma abordagem diferente daquilo que tinha antes, com foco no sujeito e não mais na droga. Então nossa parte formativa foi muito importante.

Porque a gente usou muitas coisas em grupo de PAIF [Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família] e muitas coisas na vida pessoal. Muitas técnicas inclusive que usavam aquelas técnicas dos pontinhos com os maridos em casa, usavam com os filhos. Entrevistado PE

Por outro lado, a entrevistada do Distrito Federal destacou que ao apresentar o programa para gestores da secretaria, há uma grande empolgação com a nova metodologia e abordagem da problemática do uso de drogas na adolescência. Porém, o Programa Famílias Fortes necessita de recursos humanos próprios, local adequado e investimento no engajamento das famílias, o que acaba desmotivando a aplicação do programa.

Uma vez ou outra alguém pergunta, alguém chama, alguém fala alguma coisa. Mas aí quando eles [alta gestão] veem a estrutura toda que precisa do PFF, do que a gente precisa, não tem espaço. Eles pensam: eu vou fazer uma palestra, pode deixar.

Entrevistada DF

Tabela 8

Adaptações ao programa e adaptações no processo de trabalho

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Adaptações feitas ao programa à sua versão original	Não houve adaptações	Não houve adaptações	1) Diminuição da quantidade de encontros 2) Diminuição da faixa etária atendida (crianças menores do que 10 anos) 3) Retirada de algum conteúdo	Aumento do tempo dos encontros	Não houve adaptações	Não houve continuidade e	Diminuição de atividades e dinâmicas para família
Algum componente da estrutura do PFF foi adicionado às intervenções já existentes no serviço?	Não respondido	Não respondido	Sim	Não	Não respondido	Sim	Sim
Quais componentes foram adicionados?	Não respondido	Não respondido	1) Atividades e dinâmicas dos encontros para adolescentes 2) Atividades e dinâmicas dos encontros para responsáveis	Não houve adaptações	Não respondido	1) Atividades e dinâmicas dos encontros para adolescentes 2) Atividades e dinâmicas dos encontros para responsáveis 3) A organização intersetorial para a aplicação do programa	
Algum componente teórico do Programa Famílias Fortes foi adicionado ao processo de trabalho cotidiano?	Não respondido	Não respondido	Sim	Não	Não respondido	Sim	Sim

Quais componentes teóricos?	Não respondido	Não respondido	1) Intervenções focadas em aprimoramento de habilidades sociais dos adolescentes 2) Intervenções focadas em melhoria da comunicação intrafamiliar 3) Intervenções focadas em estilos parentais efetivos e positivos	Não se aplica	Não respondido	1) Intervenções focadas em aprimoramento de habilidades sociais dos adolescentes 2) Intervenções focadas em melhoria da comunicação intrafamiliar 3) Intervenções focadas em estilos parentais efetivos e positivos 4) Intervenções de prevenção em uso de drogas através do fortalecimento de vínculos
-----------------------------	----------------	----------------	---	---------------	----------------	--

Alcance das famílias

O programa prevê a participação de ambos os pais dos adolescentes. Inclusive, os facilitadores incentivam a participação das pessoas que convivem e influenciam na educação da criança ou adolescente. Na implementação brasileira, a participação de ambos os pais/responsáveis foi de um pouco mais da metade dos participantes (56,2%) (Murta et al., 2020) enquanto a outra metade teve a participação dos responsáveis do sexo feminino, podendo ser a mãe, avó ou tia do adolescente.

Como descrito na Tabela 9, Ceará foi o estado que alcançou mais famílias (mais de 160 famílias ao total) pois houve uma articulação estadual e designação de equipe exclusiva para o acompanhamento da implementação nos municípios, permitindo a implementação em diversos municípios simultaneamente. Em contrapartida, Acre foi o estado que alcançou menos famílias (de 1 a 50) pois foi implementado apenas em Rio Branco durante 3 anos. Houve desistência da participação de famílias em todos os estados. Dentre os motivos, as gestões relataram que houve dificuldade na locomoção das famílias para o local dos encontros, com exceção do Paraná. Um motivo citado por todos foi a incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis.

Tabela 9
Famílias participantes

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Quantidade de famílias alcançadas no primeiro ano de implementação	De 1 a 30 famílias	Mais de 100 famílias	Não possuo esse dado		De 1 a 30 famílias	Entre 62 e 92 famílias	Entre 31 e 61 famílias
Quantidade de famílias alcançadas no último ano de implementação	De 1 a 30 famílias	Mais de 100 famílias	De 1 a 30 famílias	Entre 31 e 61 famílias	Entre 31 e 61 famílias	Entre 31 e 61 famílias	De 1 a 30 famílias
Total de famílias do primeiro ao último ano de implementação	De 1 a 50 famílias	Mais de 160 famílias	Não possuo esse dado		Entre 82 e 132 famílias	Entre 133 a 153 famílias	Entre 51 e 81 famílias
Houve desistência do programa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Motivos para a desistência	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2)Dificuldade de locomoção 3)Falta de interesse pela temática	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2) Dificuldade de locomoção 3) Incompatibilidade com o horário de estudo dos adolescentes	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2)Dificuldade de locomoção	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2) Dificuldade de locomoção 3) Falta de interesse pela temática 4) Período eleitoral e alguns pais que estavam desempregados conseguiram algum trabalho em campanhas políticas	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2) Mãe usuária de drogas, mas os filhos quiseram continuar com os Encontros dos Jovens.	1)Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis 2)Dificuldade de locomoção 3) Falta de interesse pela temática 4) Dificuldades pessoais para participar das atividades	As famílias não estão acostumadas a terem atividades sistemáticas durante um longo período de tempo

A equipe de implementação e equipe de trabalhadores que prestavam serviços às famílias participantes percebiam imediatamente impactos positivos na relação familiar. Todos os estados apontaram uma melhora na convivência familiar e um maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos.

A quantidade de encontros é perfeita, pois percebemos a evolução das famílias no terceiro/ quarto encontro. Filhos que nunca tinham abraçados seus pais ou vice versa, reverteram essa situação. Entrevistada AC

O que é mais forte no PFF é o fortalecimento de vínculo. Nós temos depoimentos belíssimos de pais, de mães especificamente, que tinham uma dificuldade na relação com os filhos, e por esse motivo, eram relações conflituosas e que após o PFF houve uma mudança nesse relacionamento. Então eu acho que o maior ganho. Às vezes, outras ferramentas que a gente tenta desenvolver no PFF com as famílias, muitas delas tem um nível de instrução muito baixo, não conseguem compreender... A gente tenta facilitar, a gente tenta modificar, mas tem algumas limitações. Mas esse fortalecimento do vínculo ele de fato acontece. Entrevistado PE

Dentre os impactos negativos percebidos, Acre citou algumas questões como mais conflitos familiares, desobediência dos jovens aos pais e desengajamento escolar (ver tabela 10). Pernambuco destacou que as famílias não participantes do programa se prejudicavam com a ausência dos profissionais no atendimento do Centro de Referência em Assistência Social, tendo em vista a dedicação destes profissionais à função de facilitador. Portanto, não foi um caso com as famílias participantes, mas um prejuízo às outras.

Tabela 10

Impactos positivos e impactos negativos do comportamento das famílias

IMPACTO	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Positivo	1) Maior participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados 2) Melhora da convivência familiar	1) Maior participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados	1) Melhora da convivência familiar 2) Maior engajamento escolar dos adolescentes	1) Melhora da convivência familiar 2) Maior acompanhamento dos	1) Maior participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados	1) Maior engajamento com vizinhos e comunidade 2) Maior participação nas atividades dos equipamentos	1) Maior participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados,

	3) Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos 4) Melhora no autocontrole dos adolescentes	2) Maior engajamento com vizinhos e comunidade 3) Melhora da convivência familiar 4) Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos 5) Melhora no autocontrole dos adolescentes		responsáveis aos filhos 3)Melhora no autocontrole dos adolescentes	2) Maior engajamento com vizinhos e comunidade 3) Melhora da convivência familiar 4) Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos 5) Maior engajamento escolar dos adolescentes 6) Melhora no autocontrole dos adolescentes	em que os facilitadores são vinculados 3) Melhora da convivência familiar 4) Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos, 5) Maior engajamento escolar dos adolescentes	2)Melhora da convivência familiar, 3)Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos,)Melhora no autocontrole dos adolescentes
Negativo	Mais conflitos familiares, Maior desobediência dos adolescentes aos responsáveis, Maior desengajamento na escola	As questões políticas/territoriais foram os maiores problemas para continuidade	Não tenho essa informação	Nenhum	Em branco	Não tenho essa informação.	Ausência dos profissionais facilitadores para cumprimento de horários no CRAS onde trabalham, em virtude de estarem envolvidos no PFF

Um ponto em comum relatado pelas gestões pernambucanas e distritais é a dificuldade das famílias se engajarem no formato do programa, com presença semanal em um serviço e disponibilidade por duas horas ou mais e atividades participativas. A fala da gestora do Distrito Federal ilustra este aspecto:

A gente sentia que conseguimos mobilizar as pessoas da atenção secundária, então são pessoas que já trabalham em serviços especializados, ou seja, é uma população que muitas vezes já tem um agravamento da saúde, ou de vulnerabilidade social. Então aquele perfil que queríamos na prevenção, famílias que não tivessem nenhum agravamento da saúde, a gente não conseguia. Você vai num CREAS [Centro de

Referência Social Especializado de Assistência Social], quando um técnico do CREAS quer ofertar alguma coisa para a população ele quer ofertar para a família dele que é mais difícil, que é problema. Então são famílias que tem dificuldade de trabalhar nesse modelo. Entrevistada DF

Pernambuco também relatou dificuldades devido ao baixo grau de instrução das famílias. Para superar isto, os facilitadores buscaram facilitar, serem mais didáticos nos encontros, mas havia limitações na compreensão. Ainda assim, o entrevistado apontou que o fortalecimento de vínculos de fato ocorria entre os familiares.

Outro ponto relatado pelos dois territórios em adição ao estado do Acre foi a importância do vínculo anterior e conhecimento sobre as famílias que os facilitadores tinham. Portanto, foi um viabilizador tanto para a implementação quanto para uma experiência exitosa a existência de uma relação anterior e compreensão das dificuldades das famílias. Alguns grupos, dentro destes territórios mesmo, foram conduzidos por facilitadores que pertenciam a um serviço que a família não frequentava.

Sustentabilidade do programa

Os fatores impeditivos e fatores facilitadores da sustentabilidade do Programa Famílias Fortes nos estados investigados traduzem bem a conjuntura de mecanismos necessários à sustentabilidade do programa, considerando a existência de níveis de sustentabilidade compostos por estes mecanismos (Scheirer & Dearing, 2011). Como descrito na Tabela 11, dos territórios que deram continuidade ao programa para além do primeiro ciclo de implementação – Distrito Federal, Paraná e Pernambuco – a gestão paranaense indicou 10 fatores facilitadores para o processo enquanto Pernambuco indicou 6 e Distrito Federal 3 fatores facilitadores. Um fator mencionado pelos três territórios foi a decisão da gestão municipal ou estadual de continuar o programa em virtude de suas evidências de

efetividade e da equipe de implementação advogar pela sua manutenção frente aos benefícios observados do PFF na experiência local. Paraná e Pernambuco ainda adicionaram que houve suporte financeiro da gestão para brindes e lanches, e as famílias participantes solicitaram.

Dentre os fatores impeditivos, todas os territórios relataram algum impeditivo, sendo a que gestão brasiliense mais os indicou (n=7). Com exceção do Acre, todas relataram que poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa foi um impeditivo. Ceará e Pernambuco apontaram que um grande facilitador foi o acompanhamento e monitoramento da implementação do programa por uma equipe exclusiva mantida pela gestão estadual ou gestão federal (neste último caso, o papel do “formador federal”) e que a saída desses funcionários comprometeu o andamento do programa.

Durante o período que o programa aconteceu no estado do Ceará, creio que o fato de existir uma equipe mantida pelo próprio estado afim de estimular e articular os municípios a receber o programa, foi o grande diferencial para que o programa chegasse a tantos municípios simultaneamente. A equipe a nível federal preocupava-se com a formação e questões metodológicas do programa, para que este acontecesse de acordo com a proposta. A equipe do estado favorecia que a comunicação com a gestão, os vínculos intersetoriais e a necessidades logísticas estivessem alinhadas para que assim tudo acontecesse. Entrevistada CE

Os participantes do Distrito Federal, Pernambuco e Ceará também citaram o grande desgaste da equipe que implementa, pois há o acúmulo de funções enquanto técnico do serviço e facilitador do programa. Além disso, Distrito Federal sinalizou que foi necessário um número maior de facilitadores para implementação do que o informado pelos manuais.

Eu acho que nós temos serviços sobrecarregados, as pessoas estão sobrecarregadas nas suas ações, atribuições. E a falta desse respaldo não só da secretaria de saúde, de todas as secretarias envolvidas, a gente não conseguiu. Então as pessoas tinham ali aquela liberação da carga horária para fazerem, mas é uma coisa fictícia. Porque assim, eu tenho minha agenda de 20 pacientes. Se eu vou pegar o PFF eu vou atender os meus 20 pacientes ainda porque eu não posso abrir mão do que é função do meu serviço.

Entrevistada DF

Sendo assim, o empenho das pessoas envolvidas foi um fator citado como facilitador pois os facilitadores e equipe da organização que executam o programa são altamente engajados. A solução indicada para a sobrecarga foi uma equipe exclusiva para a implementação. Os participantes do Ceará, Pernambuco e Distrito Federal indicaram que essa estratégia era desejável, enquanto Paraná relata que adotou tal medida.

A falta de suporte financeiro foi citada pelos participantes do Ceará, Distrito Federal e Pernambuco como uma barreira para a sustentabilidade, pois a distribuição de materiais, brindes e lanches não teve estabilidade, acarretando faltas em algum momento no decorrer das sete semanas de implementação.

O baixo engajamento das famílias foi citado apenas pela gestão do Paraná, classificando esse fator como um impeditivo para a continuidade. A gestão do Acre também citou a falta de participação das famílias, porém indicou que foi pela peculiaridade do índice de violência do local da implementação que dificultou a mobilização das famílias e até impedia o deslocamento das famílias para os encontros.

Como demonstrado na Tabela 11 houve divergências de respostas entre os territórios com dois participantes, Pernambuco e Distrito Federal. Os participantes de Pernambuco

responderam por dois municípios diferentes, porém as participantes do DF responderam pelo mesmo território. Possivelmente não houve compreensão completa da pergunta, podendo ter compreendido uma continuidade do programa até o momento de preenchimento do questionário.

Tabela 11
Elementos facilitadores e impedidores da sustentabilidade

	Acre	Ceará	Distrito Federal		Paraná	Pernambuco	
Houve continuidade do programa desde a primeira aplicação no município?	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Elementos que favoreceram a continuidade	Não houve continuidade do programa	Não houve continuidade do programa	<p>1) A coordenação do serviço incentivou a continuidade</p> <p>2) A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão das evidências de efetividade do programa</p> <p>3) A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão de uma pessoa ou equipe advogar sobre os benefícios do programa</p>	Não houve continuidade do programa	<p>1) A coordenação do serviço incentivou a continuidade</p> <p>2) A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão das evidências de efetividade do programa</p> <p>3) A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão de uma pessoa ou equipe advogar sobre os benefícios do programa</p> <p>4) Facilidade de acesso aos recursos materiais e humanos para repetir mais um ciclo</p> <p>5) Avaliação do programa e monitoramento dos resultados enquanto ocorria e depois do término de um ciclo</p> <p>6) Financiamento da gestão municipal ou</p>	<p>1) A coordenação do serviço incentivou a continuidade</p> <p>2) A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão das evidências de efetividade do programa</p> <p>3) Facilidade de acesso aos recursos materiais e humanos para repetir mais um ciclo</p> <p>4) Avaliação do programa e monitoramento dos resultados enquanto ocorria e depois do término de um ciclo</p>	Não houve continuidade do programa

					estadual para material, lanche, transporte, brindes 7) Solicitação das famílias participantes 8) Similaridade entre os objetivos do programa e os objetivos do equipamento 9) As parcerias existentes na comunidade deram suporte à realização do programa 10) Baixo custo da aplicação	5) Financiamento da gestão municipal ou estadual para material, lanche, transporte, brindes 6) Possibilidade de adaptar e flexibilizar o programa	
Elementos que dificultaram a continuidade	1) Índice de Violência no território (facções em 2017) dificultando a mobilização 2) As famílias participantes não se interessaram ou não se engajaram	1) A inexistência de monitoramento e avaliação durante e depois do término de um ciclo 2) Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa 3) Falta de financiamento da gestão estadual ou municipal	1) Dificuldade em adaptar o programa pela rigidez dos critérios de seleção de família 2) Dificuldade em adaptar o programa pela manualização 3) Dificuldade em adaptar o programa pelo tempo restrito dos encontros 4) O planejamento das sessões demanda muito tempo 5) Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa 6) Falta de financiamento da gestão estadual ou municipal 7) Falta de financiamento de empresas privadas e organizações da comunidade	1) As famílias participantes não se interessaram ou não se engajaram 2) Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa	1) Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa	1) O planejamento das sessões demanda muito tempo 2) Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa 3) Falta de financiamento da gestão estadual ou municipal 4) Falta de financiamento de empresas privadas e organizações da comunidade	

Barreiras e facilitadores para a sustentabilidade

Os mecanismos impeditivos e os mecanismos que viabilizaram a sustentabilidade foram classificados de acordo com domínios do *framework* (Schell et al., 2013) que predizem a capacidade de uma intervenção ser sustentável. Além das entrevistas, cada um dos

respondentes do questionário também descreveu barreiras e facilitadores para a sustentabilidade.

Comunicação

A comunicação significa a disseminação estratégica dos resultados do programa e suas atividades com interessados, tomadores de decisão e o público (Schell et. al, 2013). Também significa promover a pauta da problemática na agenda pública demonstrando a eficácia de certa intervenção (Askill-Williams, 2017; Scheirer & Dearing, 2011). Ambos os entrevistados relataram ações de mobilização dos articuladores com a gestão pública municipal ou distrital a fim de sanar questões problemáticas para a realização do programa bem como os resultados positivos vindos da realização.

As estratégias de comunicação adotadas foram no sentido de comunicar problemas à gestão e foram realizadas principalmente pelos multiplicadores, respaldados por relatos dos facilitadores e com apoio dos formadores federais (no momento que havia a presença destes). A comunicação dos benefícios com o público-alvo do programa, as famílias, foi feita a partir da mobilização e convite das famílias para participar do programa. Distrito Federal adotou como estratégia a demonstração de um vídeo, em um encontro fora da programação dos sete encontros, elaborado pelo Ministério da Saúde sobre o Programa Famílias Fortes com relatos de antigos participantes e os benefícios que o programa trouxe para eles. Ainda assim, este território relatou baixa adesão das famílias.

Capacidade organizacional

Este domínio significa o gerenciamento dos recursos necessários para executar o programa e suas atividades de forma efetiva (Schell et. al, 2013). Também abrange as concepções individuais sobre a relevância da intervenção das pessoas que tem contato direto com a população, os condutores do programa (Scheirer & Dearing, 2011). Para além dos

implementadores, Askill-Williams (2017) também destaca que a população e o local devem estar com prontidão para receber o programa, por compreender o imperativo daquela intervenção na comunidade.

Este fator foi amplamente citado pelos respondentes e entrevistados como impeditivo da sustentabilidade, em razão dos recursos humanos insuficientes para a aplicação. Todavia, todos os territórios citaram como facilitador para a sustentabilidade a motivação e empenho da equipe implementadora. Gestores do DF e PE citaram que o compromisso dos trabalhadores foi essencial, embora houvesse uma grande exigência e acúmulo de funções por eles.

[Um facilitador da sustentabilidade] foi a boa vontade e compromisso das pessoas envolvidas. Então você vê que é um compromisso assim, como posso dizer, é acima do esperado; acima da medida. São pessoas muito engajadas, e que acreditam muito no programa. E onde teve bons resultados, e os resultados que tivemos foi pelo esforço pessoal dessas pessoas. Entrevistada DF

A importância de uma equipe própria para gerenciar, supervisionar e monitorar a execução do programa foi apontada pelos participantes de Pernambuco, Paraná e Ceará. Cada um desses territórios teve uma experiência diferente de implementação. Em 2017, Pernambuco teve a presença do formador federal muito próximo à ação dos multiplicadores, o que facilitou a resolução de problemas e manutenção da pauta na agenda pública. O entrevistado da gestão pernambucana relatou que a solução apontada pela equipe de implementação foi a criação de um espaço e contratação de equipes próprias para a aplicação do programa.

Ceará teve financiamento estadual de 2014 a 2017 para manter uma equipe própria acompanhando não só o PFF, mas também outras tecnologias preventivas do uso de drogas para crianças e adolescentes (programas Elos e #Tamojunto). A respondente atribuiu a essa equipe a possibilidade de conseguir favorecer a comunicação com a gestão estadual, fortalecer os vínculos intersetoriais e auxiliar as necessidades logísticas. Porém, por decisão da gestão estadual em 2018, a secretaria criada especialmente para acompanhamento da política de droga nos municípios cearenses foi extinta, evidenciando que não só nesse território, mas em todos, a capacidade da equipe de implementação agir e tomar decisões foi prejudicada pelas decisões da gestão pública local e do suporte político insuficiente.

Suporte político

Este domínio reflete os ambientes políticos interno e externo que influenciam no financiamento do programa (Schell et. al, 2013). A sustentabilidade é avaliada por este domínio a partir da manutenção e criação de dispositivos legais que colaboram com a implementação, além de incentivos para os resultados alcançados com a intervenção (Scheirer & Dearing; Askill-Williams, 2017). Os participantes do Acre e Pernambuco relataram experiências bastante exitosas e de apoio à execução do programa advindos da gestão, que apoio o trabalho dos facilitadores com a compra de lanches e brindes.

Eu acho que a gestão comprou a ideia do PFF, então nós tínhamos carros disponíveis o tempo todo. A questão do lanche, que é um fator fundamental, em muitos lugares as pessoas achavam que o lanche era uma coisa secundária, mas como o lanche é priorizado no PFF, a gestão fazia questão do carro para não faltar o lanche, chegar na hora, então existia uma mobilização total da gestão. Entrevistado PE

Em contraponto, a gestora do Distrito Federal citou dificuldades em executar estratégias pensadas durante a implementação do PFF após o primeiro ciclo de realização do

programa. Estudos foram feitos pela equipe de multiplicadoras a fim de sanar problemas que ocorriam, como a sobrecarga das trabalhadoras e baixo comparecimento das famílias. A equipe sugeriu uma portaria que atribuísse responsabilidades e supervisão das secretarias de saúde, assistência social, justiça e educação com a finalidade de firmar um compromisso para o suporte político da alta gestão. Entretanto, essa portaria não foi efetivada e houve pouco interesse em dar continuidade ao programa em adição ao estado de pandemia declarado em 2020. Com isso, a entrevistada relatou que a falta de interesse da gestão foi um fator impeditivo para a sustentabilidade. Além disto, as equipes que tinham aplicado um ciclo em 2019 desistiram de aplicar o programa no DF pois não houve modificações na forma como ia ser implementado o programa, tal como a criação de uma portaria intersecretarial para estabelecer responsabilidades da gestão com relação ao lanche, brindes e carga horária, no intuito de deixá-lo menos oneroso em sua implementação.

Ademais, Pernambuco e Ceará relataram que as mudanças nas decisões do governo federal - finalização do contrato dos formadores federais - e estadual - extinção da secretaria - foram decisivos para a inviabilizar a continuidade do programa.

Parcerias

São as conexões entre o programa e a comunidade (Schell et. al, 2013) e a capacidade de manter essas coalisões desenvolvidas durante a implementação (Scheirer & Dearing, 2011). É o domínio que trata da relação do programa com a comunidade, mas também das parcerias entre diferentes setores para a execução do programa. Como anteriormente relatado, o Programa Famílias Fortes foi selecionado pelo governo federal devido seu forte caráter comunitário e possibilidade de fortalecer a rede de atendimento e prestação de serviços à população de forma intersetorial (Abdala et. al, 2020; Miranda, 2016).

O planejamento das ações de forma articulada e entre diferentes políticas sociais foi pouco vivenciado nos territórios, de acordo com as gestões pernambucana e distrital. O Distrito Federal dividiu o trabalho por regiões de saúde e acionou funcionários da assistência social, justiça, saúde e educação para seleção das famílias, sua mobilização e posteriormente a aplicação do programa. Porém, a execução e a supervisão foram feitas entre os funcionários da assistência social e saúde, com pouca participação da educação. Ainda assim, apesar do programa não ter continuado no território, a gestora relatou que o trabalho cotidiano ficou mais fortalecido no aspecto intersetorial pois os funcionários dos diferentes serviços públicos do bairro puderam se conhecer e se reunir frequentemente.

O gestor do Pernambuco relatou que a falta de parcerias foi um fator impeditivo para a sustentabilidade pois a execução, supervisão e monitoramento ficaram somente sob a responsabilidade dos funcionários vinculados à assistência social, apesar do treinamento de facilitadores ter sido feito também com funcionários da saúde. O entrevistado acredita que se houver intersetorialidade, a família tende a aderir ao programa. A situação mais exitosa na execução de grupos do município pernambucano foi quando houve grande parceria entre a escola do bairro e os serviços de assistência social, pois o diretor autorizava a liberação das aulas para que as crianças e adolescentes participassem dos encontros, fazendo com o que grupo tivesse uma frequência próximo a 100 por cento.

Adaptação do programa

A gestão do Distrito Federal, a partir do estudo das multiplicadoras, decidiu investir em uma consultoria para adaptar o programa às necessidades do Distrito Federal. Como foi o primeiro território a ter o programa implementado no Brasil, a região acumulava entre os facilitadores formados uma experiência com relação a grupos bem sucedidos ou não. Então, o objetivo foi realizar uma adaptação do programa visando adequar algumas atividades às dificuldades de letramento das famílias, diminuir a quantidade de encontros pela dificuldade

de deslocamento das famílias, e solucionar a questão do tempo excessivo para a realização das sessões. Algumas oficinas foram realizadas com facilitadores de todo o território visando revisar a aplicação de cada encontro e resolver problemas. No final de 2019, foi feito um relatório contendo as mudanças necessárias e reafirmando o imperativo da supervisão constante das secretarias de saúde, assistência social, justiça e educação. Porém, não houve interesse pela gestão do Distrito Federal em aplicar o programa.

Estabilidade de fundo

Este domínio significa que a intervenção está sendo aplicada em um contexto com a capacidade de garantir planejamento a longo prazo em razão de um ambiente estável de fundos (Scheirer et. al, 2013). Esses fundos não necessitam vir apenas de uma fonte, inclusive é recomendado a busca ativa na comunidade para outras fontes de financiamento de um programa (Scheirer & Dearing, 2011).

As condições iniciais para a implementação do PFF incluem o treinamento de facilitadores e multiplicadores, e a entrega dos manuais que guiam a aplicação do programa. Com estes recursos humanos e materiais, o território está apto a realizar a implementação. Não há previsão de recursos financeiros, uma vez sanada a necessidade de uma estrutura física adequada e profissionais treinados para facilitar os grupos.

Todavia, o PFF tem questões desafiadoras na captação e retenção das famílias, mesmo as que apresentam menos vulnerabilidades e riscos sociais. Há barreiras ainda maiores na frequência das famílias que estão fora do sistema de proteção social da assistência social básica. Uma das estratégias de recrutamento e retenção, recomendada pela desenvolvedora do programa, é a provisão de transporte, alimentação, brindes, a organização de uma festa de graduação ao final dos 7 encontros e até entrega de cupons em dinheiro para garantir a presença durante as semanas de encontro (Kumpfer, 2014).

A gestão de Pernambuco relatou que a gestão municipal de algumas cidades se comprometeu avidamente e realizaram festa de graduação com farta alimentação e entretenimento em todos os grupos implementados. Porém, como relatado, neste determinado município a gestão não foi eleita nas eleições de 2020 o que já pode comprometer, segundo o entrevistado, o futuro do programa. Um dos planejamentos deste município é a criação de um espaço próprio para a realização do programa e a institucionalização na política de assistência social municipal. Para tanto, o próprio entrevistado diz que é necessário ter previsão orçamentária para que esse planejamento possa ser executado, pois acredita que é a única forma de implementar sem sobrecarregar e prejudicar os funcionários (facilitadores).

Em contraponto, a gestão do Distrito Federal disse que não houve suporte político das secretarias no sentido financeiro e os próprios facilitadores é que arcavam, voluntariamente, com os custos para organização do lanche e compra de brindes de incentivo. Em nenhum dos territórios pesquisados houve provisão de transporte para as famílias até o local do encontro.

O planejamento inicial do programa não pressupõe reserva orçamentária específica para a execução semanal do programa, entretanto estratégias de mobilização e retenção das famílias requerem investimentos que os equipamentos ou gestões locais não dispõem. Os locais que tiveram essa cobertura de serviços (lanches e brindes) dependeram da decisão da gestão pública para tal.

Impactos em saúde pública

Este domínio abrange os benefícios e resultados continuados perceptíveis na saúde da população (Scheirer & Dearing, 2011; Schell et. al, 2013). Estas percepções de impactos positivos e negativos já foram mencionadas no subitem “Alcance das Famílias”.

Legado do Programa Famílias Fortes

Um aspecto diferenciado da pesquisa em sustentabilidade que Scheirer e Dearing (2011) trazem é a continuidade não do programa em si, mas de elementos que perduraram em processos de trabalho ou decisões na gestão pública, gerando benefícios continuados para a população. A partir disso, para finalizar o questionário e a entrevista, foi indagado se houve modificação nos processos de trabalho dos equipamentos ou na agenda pública de prevenção ao uso de drogas a partir da implementação do programa.

O participante de Pernambuco relatou que houve modificação na cultura da prevenção do município. O entrevistado acredita que um dos grandes ganhos do programa foi a capacidade formativa que o treinamento possibilitou combinado à experiência de aplicar um programa baseado em fortalecimento de vínculos, um dos princípios do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Além do Pernambuco, respondentes do Paraná e Distrito Federal destacaram que os aprendizados ou algumas técnicas do manual de implementação do programa foram incorporadas às atividades diárias de atendimento às famílias. Ceará destacou que houve modificações, porém não podem ser atribuídas apenas ao PFF, pois em 2015 o estado aplicou outras duas tecnologias preventivas para as crianças e adolescentes, #Tamojunto e Programa Elos. Acre foi o único território que não percebeu mudanças em nenhum aspecto.

Discussão

Este estudo investigou quais os mecanismos que dificultaram ou viabilizaram a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes em 7 territórios brasileiros das regiões norte, nordeste, centro-oeste e sul. Os dados indicam que as variáveis relacionadas à capacidade organizacional, adaptação do programa, suporte político, avaliação do programa e parcerias foram citados como essenciais para a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes em todos

os territórios. Variáveis relacionadas à comunicação, planejamento estratégico, estabilidade de fundos e impactos em saúde pública apareceram com menos ênfase nas narrativas e respostas, mas também foram consideradas importantes para os processos de sustentabilidade.

É preciso destacar que a sustentabilidade das intervenções e seus benefícios é determinada pelas inter-relações entre os domínios identificados ao longo de um período de tempo (Schell et al., 2013; Walugembe, Sibbald, Le Ber, & Kothari, 2019), consequentemente os mecanismos impeditivos ou facilitadores podem ser traduzidos como uma capacidade de sustentabilidade, em que a depender das influências externas e internas, ora o domínio pode ser viabilizador ora impeditivo da sustentabilidade do programa.

O suporte político, por exemplo, foi salientado por alguns territórios como essencial para a implementação bem sucedida e a consequente sustentabilidade. Porém, todos os territórios tiveram instabilidade nessa questão acarretando um caráter mais impeditivo. Um fator crítico na cronologia da implementação foi a interrupção da implementação do programa com o apoio federal, diminuindo os recursos humanos necessários, além de ter sido uma decisão não baseada em evidências antes da divulgação dos resultados de efetividade (Murta et al., 2020a, Murta et al., 2020b, Pinheiro-Carozzo et al., 2021). Além disso, as estratégias de comunicação foram enfraquecidas tendo em vista o trabalho de articulação entre gestão federal, estadual e municipal que os formadores federais realizavam e suspenso em 2017.

Por conta da alta estrutura e manualização da implementação do PFF, é evidente que recursos humanos próprios e bem treinados são essenciais para a sustentabilidade do programa. Scheirer (2013) indica que intervenções que requerem a coordenação de vários membros da equipe são mais suscetíveis às influências do contexto externo, como apoio

administrativo e suporte político. Uma das soluções apontadas é o planejamento de treinamentos continuados para os implementadores e uma assistência técnica externa à equipe de implementação, para que não haja instabilidade na implementação por conta de mudanças no contexto organizacional (Scheirer, 2013). A recomendação de treinamento e supervisão constantes é ratificada na avaliação de validade social do programa (Murta et al., 2020a) tendo em vista a baixa validade social do programa percebida pelos facilitadores serem as mesmas indicadas neste estudo: falta de apoio da gestão, sobrecarga de trabalho e recursos humanos insuficientes.

Em suma, intervenções familiares baseada em evidências devem considerar a interação entre características do contexto (cultura organizacional, estrutura física e economia) e os componentes centrais da intervenção (Smith & Polaha, 2017). O desalinhamento nessa interação – presente na implementação brasileira – remete à urgente necessidade de adaptação do programa para alcançar a sustentabilidade. Embora tenha sido mais enfatizado pelo território do Distrito Federal, grupos focais com facilitadores que implementaram o programa no nordeste brasileiro revelaram que o programa não se adaptou à rotina dos equipamentos (Murta et al., 2020a). Pode-se atribuir isso ao fato de a intervenção ter sido aplicada com um público-alvo e em um contexto diferente de onde foi desenvolvida e testada (Aarons et. al, 2017, citado por Murta et al., 2020a). Embora alguns gestores tenham citado a dificuldade das famílias em se identificar com os conteúdos trabalhados, seja pelo formato do programa ou pela falta de letramento, houve maior frequência de relatos positivos das famílias participantes do que negativos (Murta et al., 2020a). Isto indica que talvez não seja necessário adaptar aspectos do conteúdo ou processos protetivos familiares abordados na intervenção ou mas sim do sistema de implementação, ou seja, da estrutura política, administrativa e cultural do local que recebe a intervenção.

Assim, é necessário debater o estabelecimento de um sistema de prevenção ao uso de drogas, isto é, um conjunto de estratégias combinadas aos componentes do ambiente, sendo aplicadas em múltiplos contextos tendo em vista a complexidade de fatores de risco que impactam na saúde mental das crianças e adolescentes. A desigualdade socioeconômica do Brasil acarreta aos jovens falta de acesso a lazer, esporte, cultura e espaços de convivência e neste contexto, a droga se torna uma opção de lazer (Tatmatsu et al., 2019). Portanto, as estratégias de prevenção não podem estar descoladas da realidade em que as famílias estão inseridas e, principalmente, devem ultrapassar estratégias de mera transmissão de informações maléficas sobre as drogas que criminalizam o uso.

Alinhado a estes elementos, um dos achados deste estudo foi a importância positiva atribuída à formação de facilitadores e as habilidades aprendidas pelos trabalhadores que vivenciaram o programa. Uma nova cultura de prevenção ao uso de drogas começou a ser sedimentada nos municípios, estabelecendo novas práticas. Ensinar habilidades de vida para os jovens, estimulando sua capacidade para tomada de decisão autônoma para que evite o uso de drogas (Tatmatsu et al., 2019). O foco central não é, portanto, a prevenção ao uso de drogas mas o desenvolvimento de habilidades de vida das crianças e adolescente, o que contribui para uma menor vulnerabilidade à comportamentos de risco, incluindo o abuso de drogas (Tatmatsu et al., 2019). Quanto aos responsáveis, práticas parentais baseadas no amor e limites (Kumpfer, 2014) estabelecem um ambiente familiar fundamentado na comunicação ao invés da punição.

Contudo, o programa no Brasil foi adotado como tecnologia preventiva ao uso de drogas, e a política de drogas é perpassada por uma disputa de agendas políticas opostas permeadas por ideologias conservadoras que associam diretamente o uso de drogas ao crime

(Tatmatsu et al., 2019; Teixeira et al., 2018), levando a adoção de estratégias balizadas principalmente na repressão policial e no proibicionismo violento.

Por certo, as estratégias públicas devem estar balizadas na segurança pública e diminuição da oferta de drogas, porém não são eficazes quando estimulam a repressão em detrimento de uma segurança cidadã e democrática (Tatmatsu et al., 2019). Desenvolvimento de intervenções que envolvam líderes comunitários, pais, adolescentes, trabalhadores e comunidade científica é essencial para incentivar o engajamento na participação do programa (Murta et al., 2020a) e torna o processo de decisões mais horizontal, adaptando às necessidades da população.

O processo de adaptação deve ser feito de forma democrática. Uma possibilidade de implementação adaptada do Programa Famílias Fortes é a experiência norte-americana de implementação conjunta dos serviços de assistência, justiça e saúde do território com o apoio constante da universidade local, através de projetos de extensão (Day, 2020). Como apontado por Abreu e Murta (2018), as universidades brasileiras não têm um espaço valorizado dos projetos de extensão, o que pode ser um dos empecilhos para os avanços de intervenções preventivas e promotoras da saúde. Portanto, a sustentabilidade depende do intrincado processo de mecanismos de suporte político, estabilidade de fundos, adaptação e comunicação e estes devem ser fundamentados na participação ativa da comunidade nos processos de decisão.

Importante destacar que todos os territórios, à exceção do Acre, apontaram contribuições do Programa Famílias Fortes aos processos de trabalho de serviços de assistência social e saúde do município. Conforme salientado anteriormente, Scheirer & Dearing (2011) discutem que o caráter de continuidade na promoção de benefícios para a saúde da população não está condicionado a continuidade da intervenção em si, mas também

de componentes que suscitam um legado. A investigação apontou que três principais modificações. Primeiramente, o fortalecimento do trabalho cotidiano no aspecto intersetorial e depois, o uso de algumas técnicas do manual de aplicação do programa em intervenções para adolescentes e famílias. Por último, o treinamento e as vivências na aplicação dos grupos de adolescentes propiciaram uma capacidade formativa muito valorizada no território, principalmente pela inovação de trabalhos de prevenção ao uso de drogas voltados para práticas parentais e relação familiar, e não somente para os adolescentes.

Os dados indicam que o programa não está sendo implementando no momento presente (ano de 2021) por nenhum território. Porém, a partir das entrevistas, Pernambuco relatou que há interesse da gestão municipal de algumas localidades do estado em voltar a ofertar o programa, especialmente nos moldes de descentralização da gestão (equipe específica). Sites oficiais do governo do Paraná noticiam treinamento feito com os facilitadores em fevereiro de 2020, período anterior a declaração de estado de pandemia do Covid-19, porém não foi possível verificar com a respondente deste território as intenções oficiais em implementar o programa e de que forma.

Outrossim, como salientado, o governo federal tem o planejamento de expandir a implementação do programa tendo em vista o alinhamento dos objetivos do programa com o novo ministério, Ministério da Família, Mulher e Direitos Humanos. A publicação “Implantação e avaliação de programas no Brasil – Prevenção ao uso de drogas” sintetiza alguns resultados encontrados com relação a qualidade da implementação e reconhece os problemas com relação a execução do programa como sobrecarga da equipe e dificuldade de captação da família (Sanchez et al., 2018). Ainda, sugere que a aplicação seja descentralizada, com equipe própria para o treinamento e monitoramento das ações, indicando um caminho promissor para a sustentabilidade.

Todavia, salienta-se que este ministério foi criado em 2019, com a mudança do governo federal, e já foi anunciado por várias comunicações oficiais um direcionamento mais conversador com relação a políticas e programas direcionados à família, crianças e adolescentes. Conselhos de direitos e organismos da sociedade civil, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Associação Nacional de pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), se manifestaram contrariamente a proposta de recomendação de abstinência sexual do Plano Nacional de Prevenção ao Risco Sexual Precoce bem como a concepção de família expressa em propostas para pesquisas na área, respectivamente (Ministério da Saúde, 2020; ANPPEP, 2021).

A agenda está voltada para medidas extremas desconectadas da realidade social e contrária a concepção de direitos humanos. Para citar apenas um ponto, a concepção de família expressa em comunicações oficiais do governo não inclui famílias monoparentais chefiadas por mulheres tampouco lideradas por casais homoafetivos, reduzindo o espectro de configurações familiares que toda política pública deve ter. Ademais, há uma narrativa de culpabilização da família nas políticas sociais de assistência social e educação que atribuem um sentido à família como nuclear e com plena capacidade de suporte na vida dos adolescentes, desconsiderando a realidade posta de necessidade de sobrevivência e/ou subemprego em que vivem as famílias mais vulneráveis (Orozimbo & Afonso, 2020). A divisão de responsabilidades entre Estado, família e sociedade para com o cuidado de crianças e adolescentes deve ser bem delimitada e logicamente a família, enquanto primeiro sistema de reprodução social tem grande parcela, porém não apenas ela.

Neste quesito o investimento no Programa Famílias Fortes é bastante interessante, mas não deve ser considerado como uma panaceia dos problemas de drogadição de adolescentes. Vínculos familiares positivos são fundamentais, mas não são a única alternativa

para evitar o uso abusivo. Uma comunidade fortalecida significa uma comunidade que tem acesso à educação, emprego, moradia e alimentação adequados. Esperar que uma família que conversa e janta junto seja a solução para que drogas (e todo o mercado que envolve o uso e comercialização) não sejam atraentes é responsabilizar apenas as famílias. Para realmente prevenir o uso abusivo, é necessário investir em todas as áreas que afetam a vida de um adolescente.

Conclusão e recomendações

Este trabalho pretendeu discutir sobre mecanismos de sustentabilidade em um programa de habilidades parentais para prevenção do uso de drogas para crianças e adolescentes no Brasil. Por ser uma proposta inovadora, desde sua metodologia até a base teórica, a implementação desta intervenção apresenta alguns desafios como sobrecarga dos profissionais, falta de suporte político, dificuldade em integrar o serviço a rotina da organização e instabilidade financeira, fatores que impedem a sustentabilidade. Em contraponto, embora o programa não tenha continuado nos territórios, a inovação da aplicação do programa gerou um legado com relação aos benefícios a população bem como aprendizados para a equipe implementadora quanto a uma nova perspectiva de trabalhar prevenção ao uso de drogas para jovens, a partir de relações familiares. Outro fator positivo é o fortalecimento da rede intersetorial para atendimento comunitário. Evidências mostram que programas sustentáveis são capazes de produzir efeitos benéficos para a saúde da população (Scheirer, 2013), revelando a importância de pesquisas sobre a temática.

Sugere-se que haja uma adaptação considerando estes fatores impeditivos e o contexto da realidade brasileira com grande índice de famílias vulneráveis socialmente e economicamente. Uma das estratégias já utilizadas nos EUA e que podem ter chance de sucesso no território nacional é a implementação conjunta com universidades e seus centros

de extensão. Descentralizar a responsabilidade do treinamento, monitoramento e aplicação do programa dos trabalhadores da saúde e da assistência social municipal pode solucionar algumas barreiras à implementação e conseqüentemente à sustentabilidade.

O campo de estudos da sustentabilidade ainda apresenta estudos em um nível conceitual em detrimento de artigos empíricos (Walugembe et al., 2019) atribuindo importância ao presente estudo. Em adição, os estudos da área da ciência da implementação de intervenções preventivas ainda é escassa no Brasil e na América Latina. Juntando os dois campos, prevenção aos agravos de saúde e sustentabilidade de intervenções, há uma escassez de instrumentos para medidas de avaliação (Abreu & Murta, 2018; Walugembe et al., 2019).

Um importante legado do Programa Famílias Fortes é a capacidade formativa para os trabalhadores do SUAS e SUS sobre prevenção em saúde baseada em fortalecimento de vínculos, comunicação positiva e habilidades sociais em jovens. Isso demonstra a necessidade de se estabelecer um sistema de prevenção nacional, com o financiamento apropriado de redes de tratamentos para a saúde mental (RAPS) bem como estratégias preventivas centradas na comunidade. Prevenção ao uso abusivo de drogas se faz com fortalecimento de laços comunitários e familiares, ensino de práticas parentais autoritativas e desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis nos adolescentes.

No percurso de elaboração do estudo houve alguns percalços com relação ao estresse derivado da pandemia que pode ter afetado a qualidade e quantidade as respostas. Houve demora no retorno com relação às respostas dos questionários e ausência de outros. A região sudeste, área mais demograficamente populosa do país, não participou do estudo. Ademais, o questionário não permite ver em profundidade o contexto, limitação ultrapassada com as entrevistas, porém não realizada com todos os participantes.

A agenda de pesquisa na área de sustentabilidade é vasta, especialmente na América Latina. A implementação teve territórios que inicialmente se interessaram pelo programa,

realizaram treinamento de facilitadores e multiplicadores, porém não executou. Ouvir a justificativa dessas decisões pode esclarecer ainda mais os percalços e facilitadores para a sustentabilidade. Além disso, retornar o contato com os participantes dessa pesquisa pode ser interessante a fim de verificar o quanto perdurou do legado destacado por eles.

Referências

- Abdala, I. G., Murta, S. G., de Menezes, J. C. L., Nobre-Sandoval, L. de 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), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196979>
- Abreu, S., & Murta, S. G. (2018). A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*(0), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>
- Alves Melo, M., & Mendes, Á. (2015). A Sustentabilidade Da Saúde Pública Em Diadema, 2000 - 201 1: Um Retrato Dos Limites Da Construção do SUS. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*, *17*(4), 226–231.
- Amorim, A. C. de, Fernandes, V. R., Sérgio, J. V., & Vicente da Silva, J. P. (2019). Health and equity in Latin America: utopias and reality. *Health Promotion International*, *34*(Supplement_1), i11–i19. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz014>
- Askill-Williams, H. (2017). Perspectives from teachers and school leaders about long-term sustainability: A challenge for mental health promotion initiatives in educational settings. In *Mental health promotion in schools: Cross cultural narratives and perspectives*.
- Azeredo, T. B., Oliveira, M. A., Santos-Pinto, C. D. B., Miranda, E. S., & Osorio-de-Castro, C. G. S. (2017a). Sustainability of ARV provision in developing countries: challenging a framework based on program history. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(8), 2581–2594. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29472016>
- Barboza, R., Rivero Pupo, L., & Machado Pirotta, K. C. (2014). Orientação Sexual na Escola: uma análise da sustentabilidade de políticas intersetoriais de Educação e Saúde

- no município de São Paulo. *Revista Gestão e Políticas Públicas*, 4(2), 282–302.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Báscolo, E., Cid, C., Pablo Pagano, J., Soledad Urrutia, M., & Del Riego, A. (2017). El desafío de la sostenibilidad de los programas ampliados de inmunizaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.160>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40359-015-0089-9>
- Braithwaite, J., Testa, L., Lamprell, G., Herkes, J., Ludlow, K., McPherson, E., ... Holt, J. (2017). Built to last? the sustainability of health system improvements, interventions and change strategies: A study protocol for a systematic review. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018568>
- Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, Spink, P. K., Brigagão, J. I. M., Santos, F. B. P. dos, & Spink, P. K. (2016). A sustentabilidade e a continuidade de redes de articulação: o caso do Iluminar Campinas. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 361–368. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016143671>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2017). *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice, second edition. Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice, Second Edition* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1093/oso/9780190683214.001.0001>
- Bulthuis, S. E., Kok, M. C., Raven, J., & Dieleman, M. A. (2020). Factors influencing the scale-up of public health interventions in low- and middle-income countries: A

- qualitative systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 35(2), 219–234.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czz140>
- Bunge, M. (2004). How does it work? The search for explanatory mechanisms. *Philosophy of the Social Sciences*, 34(2), 182–210. <https://doi.org/10.1177/0048393103262550>
- Calhoun, A., Mainor, A., Moreland-Russell, S., Maier, R. C., Brossart, L., & Luke, D. A. (2014). Using the program sustainability assessment tool to assess and plan for sustainability. *Preventing Chronic Disease*, 11(2014).
<https://doi.org/10.5888/pcd11.130185>
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- de Menezes, J. C. L., de Almeida Nobre-Sandoval, L., & Murta, S. G. (2020). Local Adaptations to Implement the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00196-w>
- De Vries, D. H., & Pool, R. (2017). The influence of community health resources on effectiveness and sustainability of community and lay health worker programs in lower-income countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170217>
- Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2012). *Evidence-based practice in clinical social work*. *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614->

- Eder, C., Schooley, J., Fullerton, J., & Murguia, J. (2012). Assessing impact and sustainability of health, water, and sanitation interventions in Bolivia six years post-project. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 32(1), 43–48. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000700007>
- Felisberto, E., Freese, E., Bezerra, L. C. A., Samico, I., & Cinthia Kalyne de Almeida Alves. (2010). Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., do Socorro Machado Freire, M., ... Potvin, L. (2017). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health*, 62(2), 177–186. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0861-5>
- Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2015). The sustainability of healthcare innovations: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7). <https://doi.org/10.1111/jan.12633>
- Freire, M. do S. M., Salles, R. P. de S., & Franco de Sá, R. M. P. (2016). Mapeando iniciativas territoriais saudáveis, suas características e evidências de efetividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1757–1766. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08172016>
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS ONE*, 10(10), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Kingsland, M., Williams, A. J., Hodder, R. K., ... Wiggers, J. (2016). Family-based prevention programs for alcohol use in young

people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012287>

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>

Grangeiro, A., Escuder, M. M. L., da Silva, S. R., Cervantes, V., & Teixeira, P. R. (2012). Características da resposta à AIDS de secretarias de saúde, no contexto da política de incentivo do ministério da saúde. *Saude e Sociedade, 21*(4), 954–975.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400014>

Grangeiro, A., Teixeira, L., Bastos, F. I., & Teixeira, P. (2006). Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Revista de Saude Publica*.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700009>

Harris, C., Allen, K., Brooke, V., Dyer, T., Waller, C., King, R., ... Mortimer, D. (2017). Sustainability in Health care by Allocating Resources Effectively (SHARE) 6:

investigating methods to identify, prioritise, implement and evaluate disinvestment projects in a local healthcare setting. *BMC Health Services Research, 17*(1), 370.

<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2269-1>

Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health, 36*, 307–323. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>

Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology, 43*(3–4), 267–276.

<https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>

Hodge, L. M., & Turner, K. M. T. (2016). Sustained Implementation of Evidence-based Programs in Disadvantaged Communities: A Conceptual Framework of Supporting Factors. *American Journal of Community Psychology*.

<https://doi.org/10.1002/ajcp.12082>

- Hunter, S. B., Han, B., Slaughter, M. E., Godley, S. H., & Garner, B. R. (2015). Associations between implementation characteristics and evidence-based practice sustainment: A study of the Adolescent Community Reinforcement Approach. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0364-4>
- Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders, Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US).
- Iwelunmor, J., Blackstone, S., Veira, D., Nwaozuru, U., Airhihenbuwa, C., Munodawafa, D., ... Ogedegbe, G. (2016). Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: A systematic review and conceptual framework. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0392-8>
- Jaramillo, J. F., Vargas, S., Sarmiento-Senior, D., & Giraldo, P. (2018). Sostenibilidad en intervenciones para la prevención de dengue y diarrea en escuelas rurales de dos municipios de Colombia: evaluación de dos años post-proyecto. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189017>
- Johnson, A. M., Moore, J. E., Chambers, D. A., Rup, J., Dinyarian, C., & Straus, S. E. (2019). How do researchers conceptualize and plan for the sustainability of their NIH R01 implementation projects? *Implementation Science*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0895-1>
- Johnson, K., Hays, C., Center, H., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.002>
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2010). Entrevista Narrativa. In P. A. Guareschi (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: uma manual prático* (8th ed., pp. 90–

- 113). Petrópolis: Vozes.
- Kessler, R. S., Purcell, E. P., Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Benkeser, R. M., & Peek, C. J. (2013). What Does It Mean to “Employ” the RE-AIM Model? *Evaluation and the Health Professions*. <https://doi.org/10.1177/0163278712446066>
- Keynejad, R. C., Dua, T., Barbui, C., & Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middleincome countries. *Evidence-Based Mental Health*, *21*(1), 29–33. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102750>
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulse Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*, *2014*, 1–23. <https://doi.org/10.1155/2014/308789>
- Kumpfer, Karol L., & Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *27*(3), 174–179. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2018.1443048>
- Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, *13*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>
- Lennox, Laura, Doyle, C., Reed, J. E., & Bell, D. (2017). What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real-world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the Long Term Success Tool in Northwest London. *BMJ Open*, *7*(9), e014417. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014417>
- Levcovitz, E., & Costa-Couto, M. (2018). Sistemas de Saúde na América Latina no Século XXI. In *sistemas de saúde na américa latina nO século xxi* (pp. 97–118).
- Lira, A. N., & Morais, N. A. (2018). Estratégias metodológicas de investigação da resiliência

- em lésbicas, gays e bissexuais (LGBs): revisão integrativa de literatura. *Temas Em Psicologia*, 26(3), 1427–1445. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-11pt>
- Loreto Correa V, M., Tamara Zubarew, G., Teresa Valenzuela M, M., & Francisca Salasp, P. (2012). Evaluación del programa “familias fuertes: Amor y límites” en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Medica de Chile*, 140(6), 726–731. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600005>
- Lotta, G. S. (2019). *A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil.*
- Lovarini, M., Clemson, L., & Dean, C. (2013). Sustainability of community-based fall prevention programs: A systematic review. *Journal of Safety Research*, 47, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.08.004>
- Magalhães, R., Coelho, A. V., Nogueira, M. F., & Bocca, C. (2011). Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4442–4453. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200017>
- Marques, R. M., Piola, S. F., & Carrillo, A. R. (2016). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.* (I. e D. ; O. no B. ABRES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Ed.) (1st ed.). RIO DE JANEIRO. Retrieved from www.paho.org/bra
- Mejia, A., Emsley, R., Fichera, E., Maalouf, W., Segrott, J., & Calam, R. (2018). Protecting Adolescents in Low- And Middle-Income Countries from Interpersonal Violence (PRO YOUTH TRIAL): Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial of the Strengthening Families Programme 10-14 (“Familias Fuertes”) in Panama. *Trials*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2698-0>

- Mejia, A., Ulph, F., & Calam, R. (2015). An Exploration of Parents' Perceptions and Beliefs About Changes Following Participation in a Family Skill Training Program: a Qualitative Study in a Developing Country. *Prevention Science, 16*(5), 674–684. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0530-y>
- Melo, M. N. T. de, Franco de Sá, R. M. P., & Melo Filho, D. A. de. (2016). Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(6), 1899–1908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08752016>
- Mioto, R. C. (2010). *Família , trabalho com famílias e Serviço Social*.
- Mioto, R. C. T. (2015). Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo TT - Social policy and family work: an emerging issue in the contemporary debate. *Serviço Social & Sociedade, (124)*, 699–720. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400699&lang=en%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/sssoc/n124/0101-6628-sssoc-124-0699.pdf
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: Situacion y tendencias. In *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* (Vol. 8, pp. 71–83). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000700010>
- Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>
- Murta, S. G., de Almeida Nobre-Sandoval, L., Rocha, V. P. S., Miranda, A. A. V., Duailibe, K. D., Farias, D. A., ... do Amaral Vinha, L. G. (2020). Social Validity of the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil: the Voices of Parents,

Adolescents, and Facilitators. *Prevention Science*, 36(1), e00040218.

<https://doi.org/10.1007/s11121-020-01173-9>

Murta, S. G., De, L., Nobre-sandoval, A., Paula, V., Rocha, S., & Vilela, A. A. (2020). 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., Nobre-Sandoval, L. de A., Rocha, V. P. S., Miranda, A. A. V., Duailibe, K. D., Farias, D. A., ... Vinha, L. G. do A. (2020). 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. do A., Nobre-Sandoval, L. de A., Miranda, A. A. V., de Menezes, J. C. L., & Rocha, V. P. S. (2020). Feasibility of the Strengthening Families Program for Brazilian Families: A Mixed Method Study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(Special Issue), 1–15. <https://doi.org/10.1590/0102.3772E36NSPE16>

Murta, S. G., Vinha, L. G. do A., Nobre-Sandoval, L. de A., Rocha, V. P. S., Duailibe, K. D., Gomes, M. do S. M., ... Foxcroft, D. (2020). 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>

Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014).

Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(spe2), 184–189. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>

Nagel, L., Salas, O., Galvez, D., Zubarew, T., Correa, M. L., & Maddaleno, M. (2010).

PAHO Strengthening Family Program for Parents and Youth 10-14. Evaluation of a

- Chilean Training of Trainers. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), S72–S73.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.175>
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. de Q. (2009). Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 382–392.
- Neves, M. B., & Romero, L. C. (2017). A política brasileira de prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida na escola (1994-2014) e o papel da organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura. *Educação & Sociedade*, 38(141), 983–997.
<https://doi.org/10.1590/es0101-73302017166435>
- Nichols, S. D. S., Francis, M. P., & Dalrymple, N. (2014). Sustainability of a curriculum-based intervention on dietary behaviours and physical activity among primary school children in Trinidad and Tobago. *West Indian Medical Journal*, 63(1), 68–77.
<https://doi.org/10.7727/wimj.2014.011>
- Noronha, J. C. de, Noronha, G. S. de, & Costa, A. M. (2017). A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. *Saúde Em Debate*, 41(112), 13–19. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711201>
- Ocké-Reis, C. O. (2018). Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2035–2042. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>
- Oliveira, S. R. de A., Medina, M. G., Figueiró, A. C., & Potvin, L. (2017). Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063516>
- Oliveira, S. R. de A., Potvin, L., & Medina, M. G. (2015). Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Saúde Em Debate*, 39(107), 1149–1161. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070357>

- OPAS, M. (2017). *Saúde e Sexualidade de Adolescentes*. Retrieved from <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2017/maio/05/LIVRO-SAUDE-ADOLESCENTES.PDF>
- Orozimbo, E. M. B., & Afonso, M. L. M. (2020). Sentidos de família e o desafio para a intersectorialidade na proteção social. *Serviço Social & Sociedade*, (137), 95–112. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.203>
- Palinkas, L. A., Chavarin, C. V., Rafful, C. M., Um, M. Y., Mendoza, D. V., Staines, H., ... Patterson, T. L. (2015). Sustainability of evidence-based practices for HIV prevention among female sex workers in Mexico. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141508>
- Pallas, S. W., Minhas, D., Pérez-Escamilla, R., Taylor, L., Curry, L., & Bradley, E. H. (2013). Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We Know About Scaling Up and Sustainability? *American Journal of Public Health*, 103(7). <https://doi.org/10.2105/AJPH>
- Pan American Health Organization. (2017). *Saúde nas Américas: Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*.
- Pereira, A. M. M., Castro, A. L. B. de, Malagón Oviedo, R. A., Barbosa, L. G., Gerassi, C. D., & Giovanella, L. (2012). Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Em Debate*, 36(94), 482–499. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000300019>
- Pereira, A. T. da S., Campelo, A. C. F. de S., Cunha, F. S., Noronha, J., Cordeiro, H., Dain, S., & Pereira, T. R. (2006). A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 607–620. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30977.pdf>
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review.

Social Science and Medicine, 128, 316–326.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Pinheiro-Carozzo, N. P., Murta, S. G., Gato, J. J. de C. V., Fontaine, A. M. G. V., & Vinha, L. G. do A. (2021). Differential impacts of the Brazilian Strengthening Families Program (SFP 10-14): A study into changes in the parenting styles of vulnerable families. *Children and Youth Services Review*, 121(December 2020).

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105794>

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121–133.

<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 123–137.

<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003>

Portela, G. Z., & Ribeiro, J. M. (2011). A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1719–1732. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>

Portela, M. C., & Lotrowska, M. (2006). Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(suppl), 70–79. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800010>

Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2).

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00017317>

Potvin, L. (2004). Sobre a natureza dos programas: os programas de promoção da saúde como ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 731–738.

Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M.

- (2015a). Sustainability of evidence-based healthcare: Research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implementation Science*, *10*(1).
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0274-5>
- Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M. (2015b). Sustainability of evidence-based healthcare: Research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implementation Science*, *10*(1).
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0274-5>
- Ribeiro, M. S. S., & Ribeiro, C. V. (2015). Saúde e prevenção nas escolas (SPE): Elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, *19*(53), 337–348. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0474>
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, *29*, ii98–ii106.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2006). interventions, 119–127.
- Sanchez, Z. V. D. M., Schneider, D. R., Pedroso, R. T., Sanudo, A., Aveiro, A. G., Vieira, A. G., ..., & Aló, C. M. (2018). *Implantação e avaliação de programas no Brasil*.
- Scatena, J. H. G., Viana, A. L. d'Ávila, & Tanaka, O. Y. (2009). Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(11), 2433–2445.
<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100013>
- Scheirer, M. A. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, *26*(3), 320–347.
<https://doi.org/10.1177/1098214005278752>
- Scheirer, M. A. (2013). Linking sustainability research to intervention types. *American Journal of Public Health*, *103*(4), 73–80. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300976>

- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300193>
- Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>
- Scudder, A. T., Welk, G. J., Spoth, R., Beecher, C. C., Dorneich, M. C., Meyer, J. D., ... Weems, C. F. (2021). Transdisciplinary Translational Science for Youth Health and Wellness: Introduction to a Special Issue. *Child and Youth Care Forum*, 50(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1007/s10566-020-09596-9>
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory &*, 13, 87–108.
- Shelton, R. C., Rhoades Cooper, B., & Stirman, S. W. (2018). The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annu. Rev. Public Health*, 39, 55–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth>
- Shigayeva, A., & Coker, R. J. (2015). Communicable disease control programmes and health systems: an analytical approach to sustainability. *Health Policy and Planning*, 30, 368–385. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu005>
- Smith, J. D., & Polaha, J. (2017). Using implementation science to guide the integration of evidence-based family interventions into primary care. *Families, Systems and Health*, 35(2), 125–135. <https://doi.org/10.1037/fsh0000252>
- Souza, M. T. De, Dias, M., & Carvalho, R. De. (2010). Papers sobre Revisão Integrativa. *Einstein.*, 8, 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

- Spoth, R., Franz, N., & Brennan, A. (2020). Strengthening the Power of Evidence-Based Prevention in Cooperative Extension: A Capacity-Building Framework for Translation Science-Driven Behavioral Health. *Child and Youth Care Forum*, 50(1), 121–145. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09559-0>
- Stefano Nicoletto, S. C., Ribeiro de Carvalho Bueno, V. L., de Fátima Polo de Almeida Nunes, E., Cordoni Junior, L., Durán González, A., de Freitas Mendonça, F., ... dos Santos Carvalho, G. (2013). Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1094–1105.
- Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., & Prette, Z. A. P. Del. (2019). Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saude Publica*, 36(1), e00040218. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040218>
- Teixeira, M. B., Lacerda, A., & Ribeiro, J. M. (2018). Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280306>
- Thériault, F. L., Blouin, B., Casapia, M., & Gyorkos, T. W. (2015). Sustaining a hygiene education intervention to prevent and control geohelminth infections at schools in the Peruvian Amazon. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 38(4), 344–346.
- Tricco, A. C., Ashoor, H. M., Cardoso, R., Macdonald, H., Cogo, E., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision-making: a scoping review. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0421-7>
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*.

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programme*.
- Vasquez, M., Meza, L., Almandarez, O., Santos, A., Matute, R. C., Canaca, L. D., ... Saenz, K. (2010). Evaluation of a STRENGTHENING FAMILIES (Familias Fuertes) intervention for parents and adolescents in Honduras. *Southern Online Journal of Nursing Research, 10*(3).
- Viana, A. L. d'Ávila, Rocha, J. S. Y., Elias, P. E., Ibañez, N., & Novaes, M. H. D. (2006). Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*(3), 577–606.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>
- Walugembe, D. R., Sibbald, S., Le Ber, M. J., & Kothari, A. (2019). Sustainability of public health interventions: Where are the gaps? *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0405-y>
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science, 7*(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>

Para (não) concluir

Esta dissertação de mestrado apresentou resultados sobre os mecanismos facilitadores e impeditivos da sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil, bem como de intervenções em saúde na América Latina. Percebe-se que há similaridade entre os achados do manuscrito 1 e manuscrito 2 no tocante a alguns desafios relatados como sobrecarga dos profissionais, falta de suporte político, dificuldade em integrar o serviço a rotina da organização e instabilidade financeira, demonstrando uma deficiência nos fatores capacidade organizacional, suporte político e estabilidade financeira.

Sustentabilidade não é somente a continuidade de uma intervenção em si, mas também a análise de qual o impacto que aquela relação entre atores e contexto deixou no território. Neste caso, podemos apontar que o PFF contribuiu para que os profissionais da saúde e assistência social tivessem uma capacidade formativa em uma perspectiva diferenciada sobre prevenção ao uso de drogas, não baseada apenas no aspecto informativo dos malefícios de uso de drogas para crianças e adolescentes, mas sobretudo no envolvimento dos pais e da comunidade ao incentivar a comunicação positiva, práticas parentais autoritativas e habilidades sociais nas crianças e adolescentes.

Quanto às limitações deste estudo, aponta-se que a revisão de literatura não incluiu para a pesquisa nas bases de dados os descritores “América Latina”; “latino-americano/a” e “promoção da saúde”, o que pode ter reduzido a amostra de publicações. Outro aspecto digno de nota é que não houve mais de um revisor para analisar e julgar as classificações das categorias de análise. Já o estudo empírico, os territórios de Acre, Paraná e Ceará não foram estudados em profundidade, portanto o panorama aqui descrito acerca da sustentabilidade do PFF não é um retrato completo da situação brasileira. Ademais, o contexto em que este estudo se deu, caracterizado pelo estresse da pandemia, pode ter alterado a qualidade de

algumas respostas, tendo também impossibilitado a checagem de respostas difusas entre respondentes do mesmo território ou respostas deixadas em branco no questionário.

Quanto à contribuição deste estudo, ao se considerar a ciência da prevenção e o ciclo de pesquisas realizadas sobre essa temática, os estudos sobre difusão de intervenções são reconhecidos como parte final desse ciclo (Institute of Medicine, 1994). Porém os pesquisadores brasileiros especialistas em prevenção de agravos à saúde mental pouco vivenciam ou pouco estudam essa etapa por estarem focados nas primeiras quatro fases descritas na Figura, conforme relatos de especialistas no tema (Abreu & Murta, 2018). Dessa forma, este estudo focado na realidade brasileira e latino-americana contribui para a ciência da prevenção ao ser um dos primeiros voltados para a análise da sustentabilidade de uma intervenção preventiva no âmbito da saúde mental.

Figura 6

O Ciclo da Pesquisa em Prevenção Proposto pelos Pesquisadores

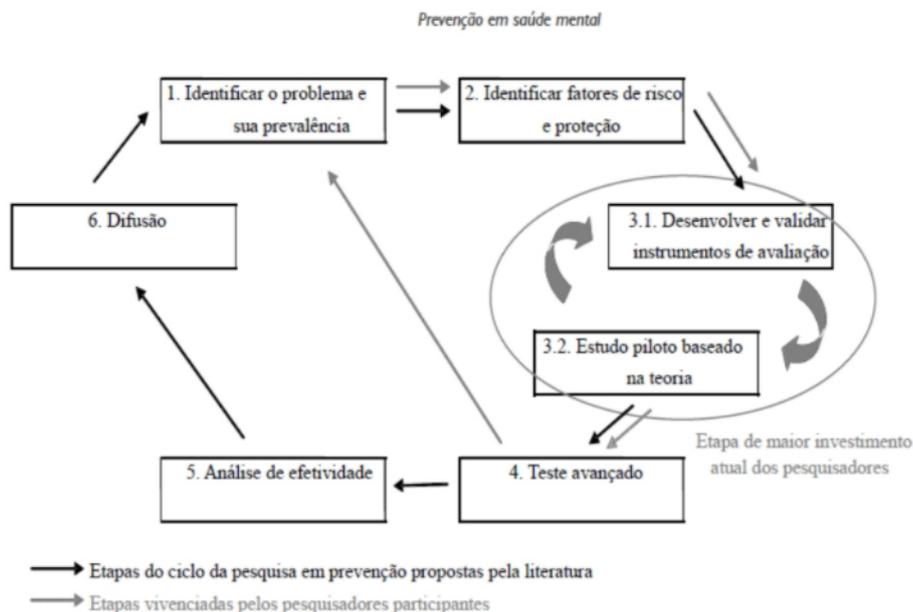


Imagem retirada de: Abreu, Samia, & Murta, Sheila Giardini. (2018). A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

Finalmente, para não finalizar o estudo, indicamos como agenda de pesquisa estudos de adaptação de intervenções estrangeiras baseadas em evidências focadas na flexibilidade da implementação, principalmente devido à extensão do território brasileiro e a sua diversidade, porém com alta fidelidade aos componentes centrais originais. A título de exemplo, o Programa Famílias Fortes tem grande similaridade com o Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF), entretanto apresentou dificuldades para ser integrado aos serviços já existentes nos equipamentos que operam o PAIF, demandando então mais estudos sobre adaptação. Outro aspecto a ser investigado é o desenvolvimento de intervenções preventivas focadas na família e na comunidade menos verticais e mais horizontais, baseadas em uma construção contextualizada e participativa, não só com a comunidade, mas com profissionais.

Por fim, destacamos que a importância da sustentabilidade também está relacionada à saúde mental dos profissionais que aplicam as intervenções. Seu dispêndio de energia, investimento de tempo e conhecimentos adquiridos para a implementação de um programa, gera frustração profissional e desmotivação quando este é descontinuado. Portanto, é razoável supor que a criação de condições que favorecem a sustentabilidade de intervenções efetivas e relevantes para os serviços protege, também, a saúde mental e o sentido do trabalho para as equipes e trabalhadores que atuam como agentes da implementação.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no Brasil” (Forma escrita)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa a respeito da sustentabilidade do Programa Famílias Fortes, isto é, a continuidade do programa nos municípios ao longo do tempo. O objetivo é saber se o programa, ou seus componentes, ainda estão sendo utilizados e gerando impacto na saúde da população, bem como as razões que favoreceram ou dificultaram tal continuidade.

A análise dos dados fará parte da Dissertação de Mestrado de Danielle Aranha Farias, sob a orientação da Profa Draa Sheila Giardini Murta, ambas vinculadas ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Sua participação consistirá em responder a um questionário com perguntas simples sobre a continuidade do PFF no seu território.

Tendo em vista o caráter comunitário e intersetorial do PFF, o questionário pode ser respondido em grupo. Para as perguntas individuais (seção "Sobre Você"), favor escolher a pessoa com maior nível hierárquico para responder. As respostas aqui dadas serão consideradas como representativas do Programa Famílias Fortes no município.

Lhe asseguro que o seu nome ou de qualquer outra pessoa não serão divulgados, 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 fatores que permitem a sustentabilidade de intervenções em saúde pública, especialmente as preventivas ao uso de drogas.

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 983032550 ou pelo e-mail daniellearanhaf@gmail.com. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE 53103516.1.0000.5540).

Agradeço a sua disponibilidade em participar!

Questionário “Sustentabilidade do Programa Famílias Fortes (PFF) no Brasil”

1. O(A) senhor(a) concorda **em participar?** *Marcar apenas uma oval.*

Sim Não

A adoção do PFF no seu município

1. Qual o estado você se refere ao responder as perguntas?

Marcar apenas uma oval.

Acre
Amapá
Amazonas
Pará
Rondônia
Roraima
Tocantins
Alagoas
Bahia
Ceará
Maranhão
Paraíba Pernambuco
Piauí
Rio Grande do Norte Sergipe
Distrito Federal Goiás
Mato Grosso
Mato Grosso do Sul Espírito Santo Minas Gerais
Rio de Janeiro
São Paulo
Paraná
Rio Grande do Sul Santa Catarina

2. E qual município?

3. Em quais anos o Programa Famílias Fortes foi implementado no município? *Marque todas que se aplicam.*

2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019

4. Considerando o início do programa até dezembro de 2019, em quais equipamentos o PFF já foi realizado?

Marque todas que se aplicam.

Equipamentos públicos da assistência social

Equipamentos públicos da educação

Equipamentos públicos da saúde

Organizações não-governamentais

Prédios da comunidade (como igrejas, espaços comunitários...)

Outro

5. Os facilitadores que já implementaram o programa são vinculados a quais organizações? (ATENÇÃO: A pergunta refere-se aos facilitadores que executaram o programa e não aqueles que apenas finalizaram a formação)

Marque todas que se aplicam.

Assistência Social Pública

Saúde Pública

Educação Pública

Segurança Pública

Assistência Social em organizações privadas

Saúde em organizações privadas

Educação em organizações privadas

Outro

6. Existe formação para funcionários novos sobre o material, procedimentos e abordagens do PFF ?

Marcar apenas uma.

Sim Não

7. Agora, gostaria de saber sua opinião. Nas reuniões anteriores a execução do programa, o programa foi e é apresentado aos facilitadores e articuladores como um compromisso de longo prazo?

Sim Não

8. Também é possível dizer que o PFF é considerado uma prioridade dos equipamentos

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

9. Durante a execução do programa, houve reuniões de monitoramento da equipe da secretaria com as equipes de facilitadores?

Marcar apenas uma.

Sim

Não *Pular para a pergunta 19*

Monitoramento da implementação

10. Quais aspectos são considerados no monitoramento com as equipes de facilitadores?

Marque todas que se aplicam.

Planejamento das sessões

Temas das sessões

Adaptações necessárias ao programa

Estratégias para o engajamento das famílias

Estratégias para captação de recursos para brindes e lanches

Articulação entre facilitadores de diferentes serviços

Planejamento para a manutenção do programa no município a curto ou longo prazo

Planejamento de atividades para fortalecimento de vínculos com as famílias além do programa

Outro

11. Na sua opinião, os facilitadores tem possibilidade de comunicar dificuldades, sucessos e questões sobre a execução do programa à gestão

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

12. Os facilitadores relatam que o tempo para execução do programa é insuficiente *Marcar apenas uma oval.*

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

13. Os facilitadores relatam que o tempo para o planejamento das sessões também é insuficiente

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

14. As sugestões feitas pelos facilitadores para a adaptação do programa são consideradas?

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

15. Os facilitadores relatam que a quantidade de pessoas para executar o programa é insuficiente

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

16. A gestão tem planos de manter a equipe responsável pelo Programa Famílias Fortes em longo prazo (não necessariamente apenas para esse programa) *

Marcar apenas uma.

Concordo plenamente

Concordo

Não concordo nem discordo

Discordo

Discordo Plenamente

17. Para a continuidade do programa, houve adaptações à sua versão original? *Marcar apenas uma.*

Sim

Não *Pular para a pergunta 24*

Adaptação do Programa

18. Quais adaptações foram feitas ao programa à sua versão original? * *Marque todas que se aplicam.*

Não houve continuidade

Diminuição da quantidade de encontros

Aumento da quantidade de encontros

Aumento da faixa etária atendida (adolescentes com mais de 14 anos)

Diminuição da faixa etária atendida (crianças menores do que 10 anos)

Realização de apenas um dos encontros (adolescentes, responsáveis ou família)

Diminuição de atividades e dinâmicas para responsáveis

Diminuição de atividades e dinâmicas para adolescentes

Diminuição de atividades e dinâmicas para família

Acréscimo de algum conteúdo

Retirada de algum conteúdo

Outro:

19. Algum componente da estrutura do PFF foi adicionado às intervenções já existentes no serviço?

Marcar apenas uma oval.

Sim Não

20. Quais componentes foram adicionados? *Marque todas que se aplicam.*

Atividades e dinâmicas dos encontros para adolescentes

Atividades e dinâmicas dos encontros para responsáveis

A organização intersetorial para a aplicação do programa

Intervenções com sessões semanais durante certo período

Outro:

21. Algum componente teórico do Programa Famílias Fortes foi adicionado ao processo de trabalho cotidiano?

Marcar apenas uma oval.

Sim Não

22. Quais componentes teóricos?

Marque todas que se aplicam.

Não houve adição de nenhum componente

Intervenções focadas em aprimoramento de habilidades sociais dos adolescentes

Intervenções focadas em melhoria da comunicação intrafamiliar

Intervenções de prevenção em uso de drogas através do fortalecimento de vínculos

Intervenções focadas em estilos parentais efetivos e positivos

Outro:

Sustentabilidade da implementação

23. Houve continuidade do programa desde a primeira aplicação no município? *Marcar apenas uma oval.*

Sim Não

24. Caso tenha havido continuidade, quais foram os elementos que favoreceram tal continuidade?

Marque todas que se aplicam.

Não houve continuidade do programa

Possibilidade de adaptar e flexibilizar o programa

Facilidade em planejar as sessões dos programas

Facilidade de acesso aos recursos materiais e humanos para repetir mais um ciclo

Solicitação das famílias participantes

A coordenação do serviço incentivou a continuidade

A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão da efetividade comprovada do programa

A gestão municipal ou estadual incentivou a continuidade em razão de uma pessoa ou equipe advogar sobre os benefícios do programa

Similaridade entre os objetivos do programa e os objetivos do equipamento

As parcerias existentes na comunidade deram suporte à realização do programa

Avaliação do programa e monitoramento dos resultados enquanto ocorria e depois do término de um ciclo (ciclo é a aplicação das 7 sessões e sessões de acompanhamento)

Baixo custo da aplicação

Financiamento da gestão municipal ou estadual para material, lanche, transporte, brindes

Financiamento privado (de empresas ou organizações comunitárias) para material, lanche, transporte, brindes

Outro:

25. E quais elementos dificultaram sua continuidade?

Marque todas que se aplicam.

A equipe não percebia o programa e sua temática relevantes para o serviço

Dificuldade em adaptar o programa pela rigidez dos critérios de seleção de família

Dificuldade em adaptar o programa pela manualização

Dificuldade em adaptar o programa pelo tempo restrito dos encontros

O planejamento das sessões demanda muito tempo e recursos que não temos disponíveis

As famílias participantes não se interessaram ou não se engajaram

A coordenação do serviço não permitiu a continuidade do programa

A gestão municipal ou estadual não permitiu a continuidade do programa

A fragilidade das parcerias comunitárias

A falta de parcerias comunitárias

A inexistência de monitoramento e avaliação durante e depois do término de um ciclo

Poucos recursos materiais e humanos para a aplicação do programa

Falta de financiamento da gestão estadual ou municipal

Falta de financiamento de empresas privadas e organizações da comunidade

Outro:

Sobre as famílias

26. Quantas famílias foram alcançadas no primeiro ano de implementação? *Marque todas que se aplicam.*

Entre 1 e 30 famílias

Entre 31 e 61 famílias

Entre 62 e 92 famílias

Mais de 100 famílias

27. Quantas famílias foram alcançadas no último ano de implementação? *Marque todas que se aplicam.*

Entre 1 e 30 famílias

Entre 31 e 61 famílias

Entre 62 e 93 famílias

Mais de 100 famílias

Não possuo esse dado

28. Qual o total de famílias alcançadas do primeiro ao último ano de implementação?

Marque todas que se aplicam.

Entre 1 e 50 famílias

Entre 51 e 81 famílias

Entre 82 e 132 famílias

Entre 133 a 153 famílias

Mais de 160 famílias

Não possuo esse dado

29. Quais impactos POSITIVOS para as famílias são percebidos por você ou a equipe técnica?

Marque todas que se aplicam.

Maior engajamento com vizinhos e comunidade

Maior participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados

Melhora da convivência familiar

Maior acompanhamento dos responsáveis aos filhos

Maior engajamento escolar dos adolescentes

Melhora no autocontrole dos adolescentes

30. Quais impactos NEGATIVOS para as famílias são percebidos por você ou a equipe técnica?

Marque todas que se aplicam.

Diminuição da participação nas atividades dos equipamentos em que os facilitadores são vinculados

Mais conflitos familiares

Maior desobediência dos adolescentes aos responsáveis

Maior desengajamento na escola

Outro:

31. Houve desistência de famílias ao longo do programa? *Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Pular para a pergunta 34*

32. Quais os motivos relatados pelas famílias para a desistência? Pode deixar em branco caso não tenha havido desistência.

Marque todas que se aplicam.

Incompatibilidade com o horário de trabalho dos responsáveis

Incompatibilidade com o horário de estudo dos adolescentes

Dificuldade de locomoção

Horário da realização

Dia da semana da realização

Falta de interesse pela temática

Outro:

Sobre você

33. Por quanto tempo você acompanhou a implementação do Programa Famílias Fortes? *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 3 anos

3 a 4 anos

Mais de 4 anos

34. Qual a sua escolaridade? * *Marcar apenas uma oval.*

Ensino Médio Completo

Superior incompleto

Superior completo

Mestrado

Doutorado

35. Qual a sua formação acadêmica? *

36. Qual a função que exerce no órgão em que trabalha? * *Marcar apenas uma oval.*

Gerente (coordenação geral de uma área)

Coordenador (a) (coordenação de um equipamento)

Técnico/Analista (especialista para o atendimento em um equipamento)

Técnico/Analista (assessor em alguma área da secretaria municipal ou estadual)

Outro:

37. Quanto tempo você está nessa função? * *Marcar apenas uma oval.*

Menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 3 anos

3 a 4 anos

Mais de 4 anos

38. Qual o seu vínculo trabalhista com o órgão em que trabalha? * *Marcar apenas uma oval.*

Contrato temporário

Terceirizado

Cargo comissionado

Celetista

Concursado

Prefiro não responder

Outro:

Agradeço a sua participação! Por favor, sugiro que deixe seus comentários para enriquecer mais ainda a pesquisa.

40. Gostaria de acrescentar algo a respeito dos fatores que facilitaram a sustentabilidade do Programa Famílias Fortes no seu município?

41. E sobre os fatores que dificultaram a sustentabilidade?

42. Houve alguma modificação nos processos de trabalho dos equipamentos ou da gestão pública de prevenção ao uso de drogas a partir da implementação do Programa Famílias Fortes?

43. Há documentos produzidos em seu território que expressam a incorporação do PFF, de suas bases ou de seus componentes em políticas públicas locais?

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Entrevista “Barreiras e facilitadores do Programa Famílias Fortes” (Forma oral)

TCLE oral: apresentar-se, retomar a pesquisa, dizer o objetivo da entrevista, informar sobre a participação voluntária, não identificação do nome nas análises, direito à desistência, benefícios para aprimoramento do PFF, não há riscos para o entrevistado decorrentes da participação, e acesso aos resultados por meio da apresentação da dissertação em março/2021.

- 1) Quando você pensa no PFF, o que vem a sua mente? O que é mais marcante?
- 2) O que você acha que facilitou o PFF se manter?
- 3) O que você acha que impediu o PFF de se manter?
- 4) O que você acha que permaneceu do PFF no território? Tem alguma coisa que poderia dizer que é um legado, desde os processos de trabalho até na gestão pública?
- 5) E as perspectivas futuras? Você sabe de investimentos no programa?
- 6) Tem uma autora de referência na área dos estudos de sustentabilidade, Sarah Schell, que discute alguns elementos que são importantes para a continuidade do programa. São elementos internos e externos ao programa como aparecem nessa imagem [mostrar a imagem do *Capacity for sustainability* (Schell et al., 2013)]. São elementos tanto externos como comunicações, impactos em saúde pública, estabilidade de fundos, suporte político e alguns elementos internos, como parcerias, a capacidade organizacional, adaptação do programa e avaliação do programa, e ao centro, planejamento estratégico. Então pensando nesses nove elementos, que são muitos, você diria assim em termos de facilidades, o que é que teve aqui desses elementos que poderia dizer que facilitou o programa continuar? E quais impediram?
- 7) Deseja acrescentar algo?