# RELATÓRIO TÉCNICO - ANÁLISE LÓGICA E DA SUSTENTABILIDADE DOS NÚCLEOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. PERNAMBUCO, 2013-2023


## Resumo

Este relatório apresenta os achados da tese "Análise lógica e da sustentabilidade dos Núcleos de Promoção da Saúde. Pernambuco, 2013-2023", que examinou a lógica e os eventos político-institucionais e técnico-operacionais relacionados à sustentabilidade do programa. A avaliação incluiu entrevistas com informantes-chave de diferentes níveis de gestão e análise de documentos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Foram construídos o Modelo Lógico (ML), a linha do tempo, e identificado o grau de sustentabilidade, além das "fragilidades" e "fortalezas" do programa. O grau de sustentabilidade identificado para os níveis central e regional foi médio (63,3% e 60,5%, respectivamente), e forte no nível municipal (80,9%). As principais fragilidades incluíram a falta de recursos financeiros, materiais e humanos, enquanto as fortalezas foram as parcerias, o investimento em educação permanente e as estratégias de planejamento e


## Mensagens principais

**01** Iniciativas loco-regionais, como as dos Núcleos de Promoção da Saúde, com aplicação prática de conceitos e teorias, são de extrema relevância para o fortalecimento da atuação no campo da promoção da saúde.

**02** Garantir financiamento e investimentos adequados em recursos físicos, materiais e humanos, são fundamentais para a execução e manutenção do programa.

**03** Fomentar medidas que contribuam para a institucionalização do programa, como sua inclusão no organograma institucional e em ferramentas oficiais de planejamento (Plano Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) e monitoramento, são estratégias importantes para a sua sustentabilidade.

## Introdução

A atuação no campo da promoção da saúde visa ampliar o olhar para os cuidados em saúde a partir de políticas públicas intersetoriais, estruturantes, que considerem o contexto no qual os indivíduos estão inseridos e que possibilite a autonomia para escolhas saudáveis, na perspectiva do bem-estar e da melhoria das condições de vida[1].

A promoção da saúde desponta como uma nova concepção sobre a saúde internacional em meados dos anos 70, resultado do debate sobre a determinação social e econômica e a construção de uma concepção não centrada na doença[2,3].

No Brasil, em 2006, a promoção da saúde ganha institucionalidade por meio da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)[4], sendo esta versão revisada em 2014[5]. A PNPS é fundamentada nas cartas das Conferências Internacionais, e tem por objetivo central promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilização de grupos sociais e situações de saúde relacionadas aos seus determinantes e condicionantes [5,6,7,8].

A partir da publicação da política nacional, os estados e municípios têm a atribuição de buscar meios para sua implantação. Em Pernambuco, os Núcleos de Promoção da Saúde (NPS) constituiu-se como uma estratégia inovadora para gestão pública, pautada nos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Promoção da Saúde, visando à aproximação das ações desenvolvidas ao conceito ampliado de saúde, por meio de planos de ação locais[9].

Por se tratar de uma estratégia que envolve a intersecção de vários campos do conhecimento, de espaços de atuação e de distintas práticas, a avaliação dos NPS requer a compreensão dos diferentes contextos e realidades locais, identificando os processos de colaboração, motivações, interesses, incertezas e controvérsias existentes na sua implantação e sustentabilidade[3,5,10].

Mesmo diante a necessidade de conhecimento mais amplo e aprofundado sobre o tema, ainda existe grande carência de estudos avaliativos que permitam conhecer como estratégias loco-regionais de promoção da saúde foram elaboradas, e analisar a sustentabilidade de programas implementados[11]. Esta ausência se faz ainda mais sentida quando se considera o importante papel desempenhado pela avaliação no aperfeiçoamento dos processos de gestão e aprimoramento organizacional[12].

## Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, tendo como estratégia de estudo o caso único, com dados produzidos por entrevistas com informantes-chave e análise documental.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e teve como unidades de análise a secretaria estadual de saúde, nível central e regionais, e secretarias municipais de saúde.

Os sujeitos do estudo foram gestores, que atuaram diretamente no desenvolvimento das ações e atividades do programa nos diferentes níveis de gestão, no período de 2013 a 2023.

O percurso metodológico partiu da análise dos documentos técnicos disponibilizados pela secretaria de estado da saúde, utilizada para construção do modelo lógico, e a análise da sustentabilidade do programa.

A análise da sustentabilidade seguiu a proposição de Pluye et al.[13,14], nas dimensões: específicas de implantação, mistas e específicas de sustentabilidade.

Os eventos de implantação envolveram o investimento de recursos humanos, financeiros e materiais adequados e a compatibilidade com as ações organizacionais; os de sustentabilidade, a estabilização dos recursos e os riscos assumidos pela organização; e os eventos mistos, incentivos e adaptação do programa, comunicação, compartilhamento de resultados e integração das regras com as normas organizacionais.

O programa foi classificado em grau de sustentabilidade forte (GS > 80%), médio (GS entre 50% e 79,9%) e fraco (GS < 49,9%); e identificadas “fragilidades” e “fortalezas” para sua sustentabilidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 6.151.715, do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, e seguiu as recomendações éticas que regem pesquisas envolvendo seres humanos, conforme o Código de Ética e as resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016. Em conformidade com essas diretrizes, todos os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, tiveram sua identidade preservada e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados 1- Análise documental

A linha do tempo dos NPS foi construída a partir da análise de 63 documentos técnicos e de gestão.

Nela, encontram-se os principais marcos, relativos aos eixos político-institucional e técnico-operacional dos NPS, nos anos entre 2013 e 2023.

Foram identificadas diversas atividades para a implantação do programa, incluindo formações, oficinas, seminários, mostras de experiências, elaboração de materiais educativos e de disseminação da informação, além de estratégias de monitoramento.

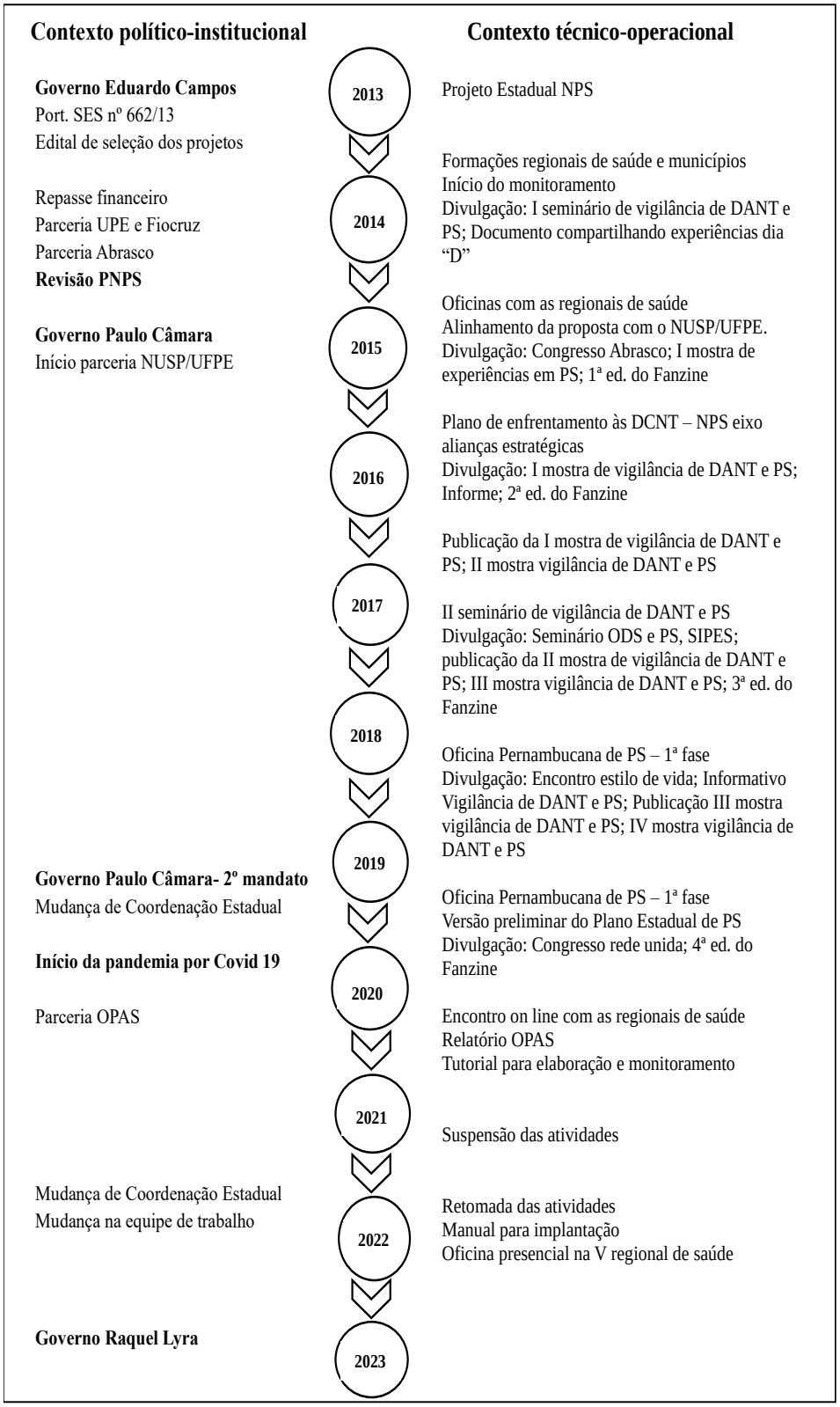
Também é possível observar o estabelecimento de parcerias intra e intersetoriais, e a apresentação de trabalhos envolvendo o programa em diversos eventos científicos.

Observa-se nos anos iniciais, maior quantidade de documentos a respeito das atividades realizadas, sugerindo maiores investimentos neste período.

Os anos de 2021 e 2022, apresentaram poucos documentos, devido à pandemia por Covid19. Neste período ocorreram encontros e monitoramento *on line*.

Em 2023, houve a retomada do programa, com a inserção de novos temas aos planos de ação, e de encontros presenciais.

Figura 1: Linha do tempo dos núcleos de promoção da saúde. Pernambuco, 2013-2023.




Fonte: documentos técnicos da SES-PE. Elaborado pelas autoras.

## Resultados 2 - Análise lógica

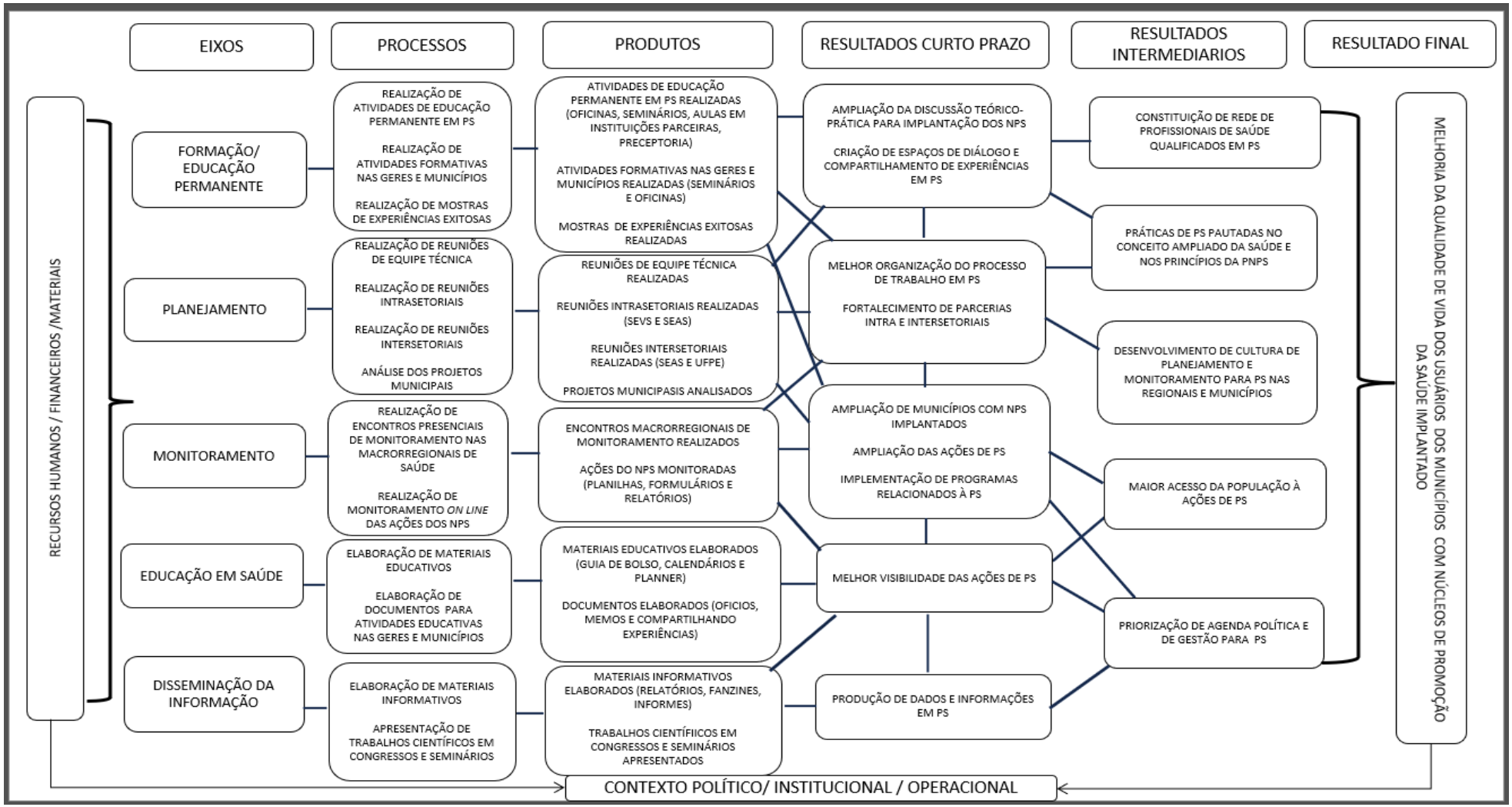
A concepção de modelização utilizada neste estudo está ancorada no referencial teórico proposto por Champagne et al[8], e trata-se de uma representação esquemática que expõe como os componentes de uma intervenção se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os efeitos esperados.

A elaboração da primeira versão do modelo lógico, partiu-se da análise documental, e a versão final, da análise da plausibilidade entre os seus componentes (recursos, atividades, produtos, resultados de curto prazo, intermediários e de longo prazo) realizada por quatro informantes chave (coordenadores e técnicos da promoção da saúde da gestão estadual).

As sugestões para o componente "processos", envolveram a inclusão da integração das regionais de saúde nas atividades formativas, e a exemplificação dessas atividades; para os “produtos”, a inclusão do mapeamento dos equipamentos da rede municipal e a análise dos projetos elaborados pelos municípios; para os resultados de curto prazo as contribuições envolveram ajustes na redação, e a reformulação do resultado "ampliação da discussão teórico-prático em PS" para "ampliação do conhecimento teórico-prático para a implantação dos NPS“; para os resultados intermediários, a inclusão da "ampliação dos NPS implantados", e para o resultado final, a retirada da “redução das doenças e agravos não transmissíveis (DANT)”, por considerá-lo abrangente, permanecendo a “melhoria da qualidade de vida dos usuários dos municípios com os núcleos de promoção da saúde implantados”.

A seguir encontra-se a versão final da modelização do programa, composta em cinco eixos: planejamento, educação em saúde, formação e educação permanente, monitoramento e disseminação da informação.

Figura 2. Modelo lógico dos Núcleos de Promoção da Saúde. Pernambuco, 2013-2023




Fonte: Elaborado pelas autoras.

## Resultados 2 - Análise da sustentabilidade

Os resultados demonstram grau de sustentabilidade médio para o programa (GS=68,2%), assim como para os níveis central (GS=63,3%) e regional (GS=60,5%). Apenas o nível municipal apresentou grau de sustentabilidade forte (GS= 80,9%), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Classificação do grau de sustentabilidade dos Núcleos de Promoção das Saúde de acordo com os contextos político institucional e técnico operacional, segundo níveis de gestão.

| Eixo | Nível de gestão / Dimensão/Critério | NC | GE | MN | GS* |
|---|---|---|---|---|---|
| POLÍTICO INSTITUCIONAL | ESPECÍFICO DE IMPLANTAÇÃO<br>Compatibilidade com outras atividades organizacionais | 93,7% | 81,2 % | 93,7 % | 89,5 % |
| | Viabilidade/subsídios para implantação a partir da concepção teórica inicial do programa | 68,7% | 93,7% | 93,7% | 85,4% |
| | MISTO DE IMPLANTAÇÃO /SUSTENTABILIDADE<br>Programa entre as prioridades de gestão | 31,2% | 43,7% | 93,7% | 56,2% |
| | Adequação entre os objetivos do programa e os objetivos, valores e missão organizacionais | 93,7% | 75,0% | 93,7% | 87,5% |
| | Inserção do programa no organograma institucional | 75,0% | 25,0% | 93,7% | 64,6% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Integração do programa com as regras e normas da política nacional de promoção da saúde | 100,0% | 93,7% | 93,7% | 95,8% |
| | Contribuição para a satisfação e crescimento pessoal e profissional com a atuação no programa | 93,7% | 100,0% | 81,2% | 91,6% |
| | ESPECÍFICO DE SUSTENTABILIDADE<br>Exploração e adoção de atividades novas em nível organizacional para fins de apoio à continuidade do programa | 50,0% | 56,2% | 81,2% | 62,5% |
| | Criação, por parte da organização, de ambiente político interno favorável, com construção de confiança entre os envolvidos | 43,7% | 56,2% | 93,7% | 64,5% |
| TÉCNICO OPERACIONAL | ESPECÍFICO DE IMPLANTAÇÃO<br>Investimento em recursos humanos suficientes para a realização das atividades | 31,2% | 43,7% | 75,0% | 49,9% |
| | Investimento em recursos físicos suficientes para a realização das atividades | 50,0% | 62,5% | 93,7% | 68,7% |
| | Investimento em recursos financeiros suficientes para a realização das atividades | 43,7% | 50,0% | 93,7% | 62,5% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Investimento em recursos de educação permanente suficientes para a realização das atividades | 93,7% | 75,0% | 87,5% | 85,4% |
| | MISTO DE IMPLANTAÇÃO /SUSTENTABILIDADE<br><br>Adequação das atividades às necessidades da população, da organização e ao contexto externo | 100,0% | 81,2% | 100,0% | 93,7% |
| | Percepção de que o programa está produzindo os objetivos iniciais desejados | 75,0% | 68,7% | 87,5% | 77,0% |
| | Instituição de canais formais e informais de comunicação e compartilhamento periódico de informações e evidências sobre o programa | 100,0% | 87,5% | 93,7% | 93,7% |
| | ESPECÍFICO DE SUSTENTABILIDADE<br><br>Estabilização/renovação de recursos financeiros | 37,5% | 37,5% | 81,2% | 52,0% |
| | Estabilização/renovação de recursos físicos | 43,7% | 50,0% | 75,0% | 56,2% |
| | Estabilização/renovação de recursos de educação permanente | 75,0% | 75,0% | 75,0% | 75,0% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Contratação de profissionais exclusivos para o programa | 0,0% | 0,0% | 18,7% | 6,2% |
| | Contratação de profissionais com vínculo efetivo para o programa | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Realização das atividades de forma contínua | 93,7% | 75,0% | 81,2% | 83,3% |
| | GS FINAL | 63,3% | 60,5% | 80,9% | 68,2% |

Legenda:

| |
|---|
| Grau de Sustentabilidade (GS) Forte: 80,0% ou mais |
| Grau de Sustentabilidade (GS) Médio: 79,9% a 50,0% |
| Grau de Sustentabilidade (GS) Fraco: ≤ 49,9% |

Os resultados da etapa qualitativa assemelham-se com os da etapa quantitativa, visto que o nível municipal apresentou um maior número de critérios compreendidos como fortaleza para a sustentabilidade do programa, em relação aos demais níveis.

A seguir, são apresentadas as fortalezas e fragilidades do programa, por níveis de gestão.

Quadro 2. Fortalezas e fragilidades para a sustentabilidade dos Núcleos de Promoção da Saúde, de acordo com os contextos político institucional e técnico operacional, segundo níveis de gestão.

| Eixo | Nível de gestão / Dimensão/Critério | NC | GE | MN | NC | GE | MN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Fortalezas** | | | **Fragilidades** | | |
| **POLÍTICO INSTITUCIONAL** | **ESPECÍFICA DE IMPLANTAÇÃO**<br>Compatibilidade com outras atividades organizacionais | Integração com outros programas favoreceu a execução das atividades | - | Integração com outros programas favoreceu a execução das atividades | - | Ausência ou pouca compatibilidade entre o programa e as atividades na regional | - |
| | Viabilidade para implantação a partir da concepção teórica inicial do programa | Viabilidade para implantação a partir da concepção teórica do programa apenas na fase inicial | | | - | - | - |
| | **MISTO DE IMPLANTAÇÃO /SUSTENTABILIDADE**<br>Programa entre as prioridades de gestão | - | - | Apoio do prefeito e da secretária de saúde, apontando prioridade da gestão | Poucos investimentos , apontando a não prioridade da gestão | Investimentos outros como mais urgentes, apontando a não prioridade da gestão | - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Adequação entre os objetivos do programa e os objetivos, valores e missão organizacionais | Objetivos do programa em consonância com os propósitos e valores da secretaria de saúde e da equipe | - | Objetivos do programa em consonância com os propósitos e valores da secretaria de saúde e da equipe | - | Dificuldades de integração da proposta do programa e seus objetivos, com os demais programas desenvolvidos na regional | - |
| | Inserção do programa no organograma institucional | - | - | - | Ausência da incorporação formal do programa no organograma institucional das secretarias de saúde. | | |
| | Integração do programa com as regras e normas da política nacional de promoção da saúde | Reconhecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde como base teórica do programa, com a presença dos temas prioritários e princípios nas ações desenvolvidas. | | | - | - | - |
| | Contribuição para a satisfação e crescimento pessoal e profissional com a atuação no programa | Percepção sobre networking, compartilhamento de informações, de recursos, envolvimento em uma causa importante e aprimoramento de habilidades | | | - | - | - |
| | **ESPECÍFICA DE SUSTENTABILIDADE**<br>Exploração e adoção de atividades novas em nível organizacional para fins de apoio à continuidade do programa | Presença de iniciativas que contribuem para a continuidade do programa | - | Presença de iniciativas que contribuem para a continuidade do programa | - | Atuação sob demandas, ausência de novas iniciativas para a sustentabilidade do programa | - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Criação, por parte da organização, de ambiente político interno favorável, com construção de confiança entre os envolvidos | - | - | Apoio político, da gestão e da equipe | Apoio político interno apenas na fase inicial de implantação | Ausência de apoio político interno | - |
| **TÉCNICO OPERACIONAL** | **ESPECÍFICA DE IMPLANTAÇÃO**<br>Investimento em recursos humanos suficientes para a realização das atividades | - | - | - | Recursos humanos insuficientes, com sobrecarga de responsabilidades e acúmulo de atividades de outros programas | | |
| | Investimento em recursos físicos/materiais suficientes para a realização das atividades | - | - | - | Recursos físicos/materiais insuficientes, sem exclusividade para o programa | | |
| | Investimento em recursos financeiros suficientes para a realização das atividades | - | - | - | Ausência de investimento financeiro específico para o programa | Ausência de investimento financeiro específico para o programa | Investimento financeiro em uma única parcela, sem continuidade ao longo dos anos |
| | Investimento em recursos de educação permanente suficientes para a realização das atividades | Presença de investimentos em recursos de educação permanente de forma contínua | - | - | - | Ausência de investimentos em recursos de educação permanente. As atividades não foram realizadas ou ocorreram de maneira pontual | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **MISTO DE IMPLANTAÇÃO /SUSTENTABILIDADE**<br>Adequação das atividades às necessidades da população, da organização e ao contexto externo | Alinhamento da proposta do programa às diferentes realidades das regionais e municípios | | | - | - | - |
| | Percepção de que o programa está produzindo os objetivos iniciais desejados | Percepção da contribuição do programa para a adoção de modos de vida saudáveis, melhoria da qualidade de vida e redução de doenças e agravos, nos municípios onde as atividades foram sustentadas | | | - | - | - |
| | Instituição de canais formais e informais de comunicação e compartilhamento periódico de informações e evidências sobre o programa | Canais de comunicação e compartilhamento periódico de informações instituídos | - | Canais de comunicação e compartilhamento periódico de informações instituídos | - | Insuficientes canais de comunicação e compartilhamento periódico de informações instituídos | - |
| | **ESPECÍFICA DE SUSTENTABILIDADE**<br>Estabilização/renovação de recursos financeiros | - | - | - | Ausência de investimentos para estabilização/ renovação dos recursos financeiros. Descontinuidade do financiamento municipal e necessidade de realocação de recursos financeiros destinados a outros programas. | | |
| | Estabilização/renovação de recursos físicos | - | - | - | Ausência de investimentos para estabilização/ renovação dos recursos físicos/materiais. Necessidade de compartilhamento destes recursos com outros programas. | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Estabilização/renovação de recursos de educação permanente | Atividades de educação permanente realizadas de forma contínua. | - | - | - | Ausência de investimentos para a estabilização de atividades de educação permanente. | |
| | Contratação de profissionais exclusivos para o programa | - | - | - | Ausência de contratação de profissionais exclusivos para o programa. Profissionais com acúmulo de funções. | | |
| | Contratação de profissionais com vínculo efetivo para o programa | - | - | - | Ausência de contratação de profissionais com vínculo efetivo para o programa. Profissionais já faziam parte da rede de saúde, servidores públicos ou contratados sem vínculo efetivo. | | |
| | Realização das atividades de forma contínua | Descontinuidade das atividades apenas em um período da pandemia de Covid-19, com retomada subsequente. | - | Atividades realizadas de forma contínua, e em parcerias com outros programas. | - | Entre as atividades do programa, apenas o monitoramento das ações aconteceu de forma contínua. | - |

Fonte: Elaborado pela autora.

## Conclusão

Entre as fragilidades identificadas para a sustentabilidade do programa, destacam-se principalmente a insuficiência de recursos humanos e a falta de contratação de profissionais, a ausência de recursos financeiros específicos, e as limitações de recursos físicos e materiais essenciais à sua execução.

Apesar das fragilidades, o programa evidenciou fortalezas, como o estabelecimento de parcerias em diversos segmentos, promovendo a intra e intersetorialidade, além do investimento em atividades de educação permanente e em estratégias de planejamento e monitoramento.

Assim, espera-se que os resultados desta tese possam contribuir para a reestruturação do programa e inspirar a implementação de intervenções semelhantes, promovendo o aperfeiçoamento dos processos de gestão do SUS e o fortalecimento da atuação no campo da promoção da saúde.

## Recomendações

- Garantir financiamento adequado para os diferentes níveis de gestão, essenciais à execução e manutenção do programa
- Investir em recursos físicos e materiais suficientes para o programa
- Contratar recursos humanos, destinados à atuação exclusiva no programa
- Fortalecer as atividades de educação permanente, de forma sistemática, atendendo às diversas realidades locais
- Envolver outros setores, além do setor da saúde, no planejamento, execução e monitoramento das ações
- Estimular a participação social e comunitária nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação, ampliando o número de "defensores" do programa
- Ampliar as ações para além do foco no estilo de vida e fatores de risco, considerando também os determinantes sociais da saúde e os diferentes contextos
- Fomentar medidas que contribuam para a institucionalização do programa, como sua inclusão no organograma institucional e em ferramentas oficiais de planejamento (Plano Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) e monitoramento
- Discutir os resultados deste estudo com profissionais e usuários do SUS, com o objetivo de estabelecer acordos e promover inovações para o programa.

## Agradecimentos

A todos os profissionais, gestores e colegas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por acreditarem, compartilharem e vivenciarem as dores e alegrias do “fazer saúde” em nosso SUS.

A Fiocruz Pernambuco, que por meio do curso de doutorado profissional em saúde pública, oportunizou o estudo aprofundado desta intervenção e de tantas outras estratégias desenvolvidas na gestão.

## Referências Bibiográficas

1. Carvalho FFB, Akerman M, Cohen SCA. Promoção da saúde na atenção básica: o papel do setor saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. Estudos Avançados. 2023;37(109).
2. Buss PM, Hartz ZM, Pinto LF, Rocha CM. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Cien Saúde Colet. 2020;25(12):4723-35.
3. Albuquerque TI, Franco de Sá RM, Araújo Júnior JL. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? Ciência & Saúde Coletiva. Jun 2016.21(6):1695-706.
4. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde.3. ed. Brasília, 2010.
5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília; 2015.
6. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciênc. saúde colet. 2016; 21(6):1683-1694.
7. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 61-74.
8. Petermann XB, Kocourek S. Análise da produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo bibliométrico na Biblioteca Virtual em Saúde. Saúde (Santa Maria). 2020;46(1).
9. Pernambuco. Núcleos de Promoção da Saúde: estratégia para implantação da PNPS em Pernambuco. [acessado 2024 Mai 04]. Disponível em: https://www.seminariovs.saude.pe.gov.br/sites/default/files/nucleo_de_promocao_da_saude_estrategia_para_implantacao_da_pnps_em_pernambuco.pdf
10. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In:Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 39-53.
11. Oliveira SRA, Potvin L, Medina MG.Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. Saúde debate. Rio de Janeiro, out-dez 2015.v. 40, n. 107, P. 1149-1161.
12. Felisberto E. et al.Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2010. v. 26, n. 6, p. 1079-1095.
13. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Corrigendum to ‘Making public health programs last:conceptualizing sustainability’ [Evaluation and Program Planning 27 (2004) 121 133].Evaluation and Program Planning. Nov 2004.27(4):453.
14. Pluye P, Potvin L, Denis J LElsevier.Program sustainability begins with the first events.Evaluation and Program Planning 28 (2005) 123-137.