**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE MARION MOREIRA KOLLE

**SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE:
Cuidado orientado para a família na Atenção Primária à Saúde**

São Paulo
2019

ALINE MARION MOREIRA KOLLE

**SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE:
Cuidado orientado para a família na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Kolle, Aline Marion Moreira

Síntese de evidências para políticas de saúde: cuidado orientado para a família na atenção primária à saúde / Aline Marion Moreira Kolle. São Paulo, 2019.

117 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cássia Baldini Soares

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

1. Política de saúde. 2. Enfermagem baseada em evidências. 3. Saúde da família. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde pública. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Aline Marion Moreira Kolle

Título: Síntese de evidências para políticas de saúde: cuidado orientado para a família na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por me terem inculcado todos os valores
que achavam importantes e por me tornarem a pessoa que sou hoje.

Ao meu marido, Levi Gabriel, pelo amor e paciência
ao me esperar todas as noites acordado e não desistir de mim.
Aos meus filhos, Richard e Danielle, pela admiração, incentivo e amor.

*“O Senhor é a minha força e o meu escudo;
nele o meu coração confia, e dele recebo ajuda.
Meu coração exulta de alegria, e com o meu cântico lhe darei graças.”*

Salmos 28:7

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Seu infinito amor, por não me permitir desistir e sim realizar mais um sonho. Não tenho palavras para expressar minha gratidão por tantas conquistas e pela família maravilhosa que me concedeu.

À Professora Cássia Baldini Soares, pela orientação, sabedoria, dedicação, paciência, e disponibilidade. Obrigada por acreditar em mim, mesmo sabendo das minhas limitações e dificuldades apresentadas no primeiro dia em que nos conhecemos. Tantas vezes nos reunimos, e a senhora sempre sorrindo e dizendo palavras de incentivo. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio. Muito obrigada por todos os seus ensinamentos, jamais esquecerei.

Às demais Professoras que contribuíram para a realização desse trabalho, Prof^a. Celia Maria Sivalli Campos, Prof^a. Maria Rita Bertolozzi e às Pesquisadoras do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (SES-SP) Maritza Carla de Bortoli e Tereza Setsuko Toma. Obrigada pela dedicação, competência e todo conhecimento compartilhado.

Aos demais docentes e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por contribuírem na minha jornada.

À minha colega e “irmã” Ana Paula Turin Rouiller, que esteve comigo nessa longa trajetória, sempre muito alegre, dedicada e parceira. Quantas vezes nos encontramos para alinharmos o que havíamos escrito e mesmo com todas as dificuldades, estava sempre cantando. Obrigada pelo convívio, amizade e apoio demonstrado.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional pelo convívio e amizade que construímos, em especial a Suéllen Mariane Rios Vicente e a Alessandra Cristina Ferreira Martins, que sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivando – obrigada, “amiguinha”.

À minha Gerente Luciana Moraes Borges, que não hesitou diante do meu pedido de liberação do trabalho para que o meu sonho fosse realizado, muito obrigada pelo apoio e reconhecimento.

Ao meu papai Acari e mamãe Adser, pelo amor, incentivo e orgulho que sempre demonstraram de mim e por terem abdicado de suas vidas muitas vezes em prol das realizações e sucesso de seus filhos. Amo muito vocês.

Ao meu querido marido Levi, pelo amor sincero, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por me compreender e permanecer ao meu lado mesmo sem a devida atenção. Você torna meus dias mais felizes, amor.

Minha maior alegria e orgulho são vocês meus filhos, Richard e Danielle. Agradeço todos os dias a Deus por essa dádiva. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo estímulo, apoio, paciência e, mesmo quando o cansaço parecia me abater, sempre tinham uma palavra de carinho e amor.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização dessa Dissertação, o meu agradecimento.

RESUMO

Kolle AMM. *Síntese de evidências para políticas de saúde: cuidado orientado para a família na Atenção Primária à Saúde* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: A política de saúde no Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da atenção básica, com o intuito de facilitar o acesso ao sistema de saúde, mudar o modelo assistencial tradicional, racionalizar o uso dos demais âmbitos de atenção à saúde e estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social. São insuficientes os documentos governamentais que contribuem com a discussão sobre a complexidade do perfil atual das famílias brasileiras, o conceito de “família”, instrumentos para a avaliação e intervenção em famílias e evidências quanto à efetividade de intervenções, como a ESF, para atender necessidades em saúde de famílias.

Considerações teóricas: a partir do campo da saúde coletiva, compreende-se que, no contexto neoliberal, a família, *lócus* de reprodução social, tem sido responsabilizada por atender as necessidades em saúde de seus membros, com o Estado cada vez mais ausente da proteção social.

Objetivo geral: Sintetizar as melhores evidências para políticas de saúde orientadas para a família, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A expressão APS foi adotada por ser de uso internacional.

Procedimentos metodológicos: estudo de síntese de evidências para políticas, que utilizou a ferramenta SUPPORT, criada pela OMS. Foram etapas do estudo: 1) Definição do problema, por meio de reuniões com estudantes e orientadoras do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Atenção Primária à Saúde no SUS da Escola de Enfermagem da USP, e pesquisadoras do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo; 2) Levantamento e seleção de evidências voltadas a famílias, no âmbito da APS, realizadas por duas pesquisadoras independentes nas fontes de dados: PubMed, Scopus, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts); Health Systems Evidence (HSE); JBI DataBase of Systematic Review and Implementation Reports; Cochrane Library; Campbell Collaboration; Google Acadêmico e portal BVS, a partir dos descritores Atenção Primária à Saúde e Família, usando variações e booleanos, de acordo com as várias bases pesquisadas; 3) Extração de dados relevantes das revisões sistemáticas selecionadas e avaliação da qualidade metodológica, com a aplicação do instrumento AMSTAR; 4) Seleção e descrição das opções com as informações mais relevantes para abordar a família, com prioridade para estratégias, programas e políticas; 5) Considerações sobre implementação e equidade das opções encontradas.

Resultados: Foram identificados 2.131 estudos; a seleção realizada após leitura de títulos e resumos reduziu esse total para 84; após leitura na íntegra, foram incluídas 27 revisões sistemáticas. Este relatório trata das seguintes opções: Programas e estratégias para a juventude, e Estratégias centradas no cuidado à família, elaboradas a partir de 17 revisões incluídas. A primeira opção baseia-se em intervenções com famílias que têm membros jovens usuários de drogas ou famílias com crianças, adolescentes e jovens com outros problemas nas relações sociais, envolvendo comprometimento das dimensões emocional e comportamental. A segunda opção está ancorada em intervenções baseadas em abordagens para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de pacientes e seus familiares, bem como a relação com os profissionais de saúde.

Conclusões: As intervenções que compõem essas opções apresentam limitações para atender necessidades em saúde das famílias, no âmbito da APS, com a responsabilização das famílias pelo cuidado de saúde de seus membros; as intervenções grupais com várias famílias são criticadas em favor de terapias destinadas a cada família individualmente. As potencialidades estão associadas àquelas intervenções que propõem terapêuticas com as famílias, em relacionamento cooperativo com os profissionais de saúde, o que estabelece novas formas de interação e aprendizado e potencializa mudanças, como é o caso da intervenção centrada na família com sessões educativas e de aconselhamento. **Produto:** Opções para a implementação de políticas em resposta às necessidades em saúde de famílias, no âmbito da APS.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Políticas Informadas por Evidências; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Coletiva; Enfermagem

ABSTRACT

Kolle AMM. *Evidence synthesis for health policy: family oriented primary health care* [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019

Introduction: Health policy in Brazil has adopted the Family Health Strategy (FHS) in Basic Health Attention, with the purpose of facilitating access to the health system, changing the traditional care model, rationalizing the use of other health care services and extending health care coverage in areas of higher social risk. To date, governmental documents have given little input on the complexity of Brazilian families' profiles, the concept of family and the definition of instruments for evaluation and intervention in families, like FHS, to meet families' health care needs. **Theoretical considerations:** From the field of collective health, it is understood that, in the neoliberal context, the family, the locus of social reproduction, has been held responsible for meeting the health needs of its members, with the State increasingly absent from social protection. **Objective:** to synthesize the best evidence for family-oriented health policies, in the context of PHC. The expression APS was adopted due to its international use. **Methodological procedures:** Evidence synthesis study for policies using the SUPPORT tool created by the World Health Organization (WHO). The study stages were: 1) Definition of the problem through meetings with students and advisors of the Professional Master's Program in Primary Health Nursing at SUS at the School of Nursing at USP, and researchers from the Institute of Health of the State of São Paulo; 2) Survey and selection of family-oriented evidence, within PHC's scope, conducted by two independent researchers, in the data sources: PubMed, Scopus, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA, ERIC and Sociological Abstracts); Health Systems Evidence (HSE); JBI DataBase of Systematic Review and Implementation Reports; Cochrane Library; Campbell Collaboration; Google Scholar and VHL portal, from the descriptors Primary Health Care and Family, utilizing variations and booleans, according to the various bases searched; 3) Extraction of relevant data from selected systematic reviews and assessment of methodological quality, with the application of the AMSTAR instrument; 4) Selection and description of options with the most relevant information to address the family, with priority for strategies, programs and policies; 5) Implementation and equity considerations of the options found. **Results:** 2,131 studies were identified; the selection after reading titles and abstracts reduced this total to 84; After full reading, 27 systematic reviews were included. This report addresses the following options: Programs and strategies for youth, and Strategies focused on family care, drawn from 17 included reviews. The first option is based on interventions with families that have young drug users or families with children, adolescents and young people with other social relations problems, involving impairment of the emotional and behavioral dimensions. The second option is anchored in approach-based interventions to improve the quality of life and well-being of patients and their families, as well as the relationship with health professionals. **Conclusions:** The interventions that make up these options have limitations to meet families health needs, within PHC, with families being responsible for the health care of their members; group interventions with several families are criticized in favor of therapies for each family individually. The potentialities are associated with those interventions that propose therapies with families, in cooperative relationship with health professionals, which establishes new forms of interaction and learning and allow for stronger changes, such as family-centered intervention with educational and counseling sessions. **Output:** Options for implementing policies in response to family health needs under PHC.

Keywords: Health Policy; Evidence Informed Policies; Family Health; Primary Health Care; Collective Health; Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do processo de formulação de políticas informadas por evidências	36
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção das revisões sistemáticas para análise	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de equipes ESF, NASF e ESB no Brasil.....	20
Quadro 2 - Fontes acessadas com breve caracterização e links	43
Quadro 3 - Achados relevantes da Opção 1: Programas e estratégias para a juventude, segundo as revisões sistemáticas/avaliações	53
Quadro 4 - Achados relevantes para a Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família, segundo as revisões sistemáticas/avaliações econômicas	59
Quadro 5 - Considerações sobre a implementação da Opção 1: Programas e estratégias para a juventude	66
Quadro 6 - Considerações sobre a implementação da Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família.....	67

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação e Ciências da Saúde
BSFT	Terapia Familiar Estratégica Breve
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBPHC	Atenção Primária à Saúde da Comunidade
CBT	Terapia Cognitiva Comportamental
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
EBVS	Estações da Biblioteca Virtual de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EVIPNet	<i>Evidence-Informed Policy NetWork</i>
FBT	Terapia Comportamental Familiar
FEDP	Fundações Estatais de Direito
FFT	Terapia Familiar Funcional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS	Instituto de Saúde
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDFT	Terapia Familiar Multidimensional
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
MST	Terapia Multissistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEv	Núcleo de Evidências

OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OQAQ	Overview of Quality Assessment Questionnaire
OS	Organizações Sociais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Sistema de Assistência à Saúde
SUPPORT	<i>Supporting Policy Relevant Reviews and Trials</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	16
1.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	25
2.1 FAMÍLIAS E POLÍTICAS ESTATAIS	27
3. PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADE	30
3.1 PRESSUPOSTOS	30
3.2 OBJETIVOS	30
3.2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3.3 FINALIDADE	30
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
4.1 TIPO DE PESQUISA	33
4.2 ETAPAS DA FERRAMENTA SUPPORT	37
4.2.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA POLÍTICAS E PROGRAMAS.....	37
4.2.2 BUSCA DE EVIDÊNCIAS PARA ELABORAR OPÇÕES	38
4.2.3 BUSCA E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS E EXTRAÇÃO DE DADOS	38
4.2.4 SELEÇÃO DAS OPÇÕES	47
4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE.....	48
4.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE IMPLEMENTAÇÃO	48
4.5 ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE	49
4.6 DIÁLOGO DELIBERATIVO	49
4.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	50
5. RESULTADOS.....	52
6. DISCUSSÃO	63
7. CONCLUSÃO	69
8. REFERÊNCIAS.....	73
9. APÊNDICES E ANEXO	83

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha carreira na área da saúde em 1991, quando me formei em Ciências Biológicas na Faculdade de Biologia e Psicologia Maria Thereza, no Rio de Janeiro; tive a oportunidade de trabalhar no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Adventista de São Paulo por seis anos, em diversos setores, incluindo microbiologia. Nesta área, fiz Pós-Graduação na Faculdade Oswaldo Cruz em 1994. A partir daí, aguçou-me o interesse por cursar Enfermagem, com a finalidade de estar próxima dos pacientes, para a realização do cuidado.

Em 2002, cursei graduação em Enfermagem no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Trabalhei como enfermeira assistencial por três anos no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e a partir de 2005, iniciei minha trajetória profissional no campo da atenção primária à saúde trabalhando para a UNASP, na Região do Capão Redondo, como enfermeira de equipe na Estratégia Saúde da Família, Gerente de Unidade Básica de Saúde e Assessora Técnica, até maio de 2010.

Entre 2007 e 2008, cursei Especialização em Saúde Coletiva com Enfoque no Programa Saúde da Família na Universidade de São Paulo, etapa essencial para meu aprimoramento profissional na Estratégia Saúde da Família e na Saúde Coletiva.

Em maio de 2010, fui contratada pelo Hospital Albert Einstein, para atuar na Coordenação de Parcerias Públicas na Unidade Básica de Saúde Paraisópolis III, na região da Vila Andrade, onde permaneço até a data de hoje.

Desde 2005, venho acompanhando os avanços das políticas públicas na área da saúde e atualmente no Mestrado Profissional me motivei a me dedicar a essa temática para contribuir com as discussões nesse cenário, como também para o enriquecimento profissional. Apesar da evolução das políticas de saúde, ainda vemos a necessidade de superar desafios e de repensarmos a forma como essas políticas no Brasil estão sendo decididas, implementadas e levadas a cabo, para poderemos garantir impactos positivos na saúde de nossa população.

1. INTRODUÇÃO

O objeto desta investigação são as políticas públicas de saúde orientadas para a família, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

A política pública de saúde no Brasil para a APS recebeu historicamente inúmeras influências internacionais, entre elas as da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Relatório Dawson (Reino Unido) e da abordagem da Promoção da saúde (Canadá).

A OPAS, fundada em 1902, constitui forte referência nessa política, em função do seu papel histórico no estabelecimento de agenda de problemas e políticas comuns na região da América Latina (Lima, 2002). Dentre as muitas influências da OPAS nas políticas de saúde da região, tem papel de destaque a Declaração de Alma-Ata, de 1978, da qual o Brasil é signatário. Trata-se de marco internacional na definição de saúde como direito e na adoção da APS, como eixo norteador das políticas de saúde. A OPAS procurou, ao longo de sua atuação, estabelecer diretrizes para a transformação dos serviços de saúde dos países da região, o que compreende o desenvolvimento de infraestrutura dos serviços, a APS e a atenção a problemas prioritários de saúde de grupos vulneráveis, sendo que em 1988, propôs também a adoção dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Lima, 2002).

A história da APS brasileira foi influenciada também pelo Relatório Dawson, documento elaborado no Reino Unido, em 1920, com a proposta de organização dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, com funções e responsabilidades baseados nas necessidades relativas a cada território e região (Mendes, 2015).

A abordagem da Promoção da Saúde constitui também um marco de influência considerável, em matéria de políticas de APS, a partir da elaboração da Carta de Ottawa, assinada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em novembro de 1986, no Canadá. A conferência enfatizou a concepção multifatorial de doença e a necessidade de reconhecer o papel dos diversos fatores que têm influência sobre a saúde. Diversas iniciativas internacionais têm se pautado pela perspectiva da promoção da saúde (Dias et al, 2018), sendo sua aplicabilidade nos serviços objeto de revisão da literatura (Heidemann et al, 2012).

No final dos anos 80, vários países passaram por reformas em seus sistemas de saúde, relativas à organização e ao financiamento da saúde, tendo por base a APS. Segundo levantamento realizado pela autora sobre as características da prática na APS desses países, dentre eles o cuidado centrado na família, países como Austrália, Dinamarca, Espanha, Países Baixos, Reino Unido e Suécia apresentaram melhor destaque, e países como Canadá, Estados Unidos, França, Finlândia e Bélgica apresentaram cuidado deficitário; já a Alemanha não apresentou nenhuma estratégia de cuidado voltado à família (Starfield, 2002).

A família se tornou objeto da APS no Brasil a partir do Programa Saúde da Família (PSF). Diferentemente dos programas anteriormente concebidos pelo Ministério da Saúde (MS), esse novo modelo propunha desenvolver estratégias de integração e organização de atividades, envolvendo toda a população de um território definido e tendo a família como núcleo de cuidado (Brasil, 1997).

O PSF, precursor da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi operacionalizado por meio de incentivos financeiros para os municípios, em meados da década de 1990 (Calipo, Soares, 2008), iniciativa que dentre outras teve como finalidade o controle de gastos principalmente por políticas sociais, advinda de determinações impostas pelo Banco Mundial aos países em desenvolvimento, que influenciaram as estratégias de governo (Carreiro, Dias, 2015).

A gestão da ESF passou a ser feita em muitos municípios por Organizações Sociais (OS), entidade introduzida no espaço estatal brasileiro pela contrarreforma do Estado, que dessa forma favoreceu o ingresso da lógica privada na saúde pública (Calipo, Soares, 2013). Desde o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Estado adotou um modelo de administração pública para reduzir as despesas públicas, e passou a implementar as OSs. A proposta de FHC, de melhorar a saúde sem disponibilizar mais orçamento federal para o SUS, era coerente com a proposta do documento de 1994 do Banco Mundial, que destacava medidas a serem tomadas, como a transferência e responsabilidade da atenção à saúde para setores não governamentais. O financiamento dos programas de saúde passou a depender de maneira pesada da relação custo-benefício financeiro, e dessa forma, um pacote mínimo foi sugerido, sendo que os critérios de inclusão se limitavam aos grupos mais vulneráveis, como crianças, gestantes e puérperas, hipertensos e diabéticos, tratamento das DSTs/AIDS, controle de tuberculose e hanseníase, como também algumas doenças psiquiátricas. Esse projeto de

restrição de ações do SUS passou a dificultar ainda mais o acesso à saúde (Misoczky, 1995).

As diretrizes do MS para a ESF acabaram por definir programas verticalizados para grupos prioritários, com a finalidade de diminuir fatores de risco. As ações desenvolvidas são voltadas para a população “SUS dependente”, ou seja, para aqueles que não conseguem acessar a saúde privada, ferindo a universalidade e a igualdade propostos pela Constituição de 1988 (Campos, Viana, Soares, 2015).

Baseada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e na Lei n. 9.637/98, que cria as Organizações Sociais, e no Programa Nacional de Publicização, a privatização constitui estratégia política de privilégio do setor privado em detrimento do público, o que causa retrocesso na garantia dos direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988, e vem repercutindo no aumento da desigualdade social, deterioração do setor público e na consequente responsabilização da família pela assistência à saúde (Calipo, 2002; Calipo, Soares, 2008).

A centralidade da família em políticas públicas não é exclusiva do setor saúde. No Brasil desde a década de 1970 existiam programas de transferência de renda a famílias, porém com pouca visibilidade e extensão. Somente no governo Lula, em 2003, com o intuito de unificar os programas já existentes e beneficiar maior número de famílias de baixa renda, foi criado o Programa Bolsa-família, que adquiriu visibilidade internacional devido à rápida cobertura nacional. Apesar da notória queda da desigualdade social, o programa sempre enfrentou grandes desafios, como o aumento da clientela e a dificuldade em reconhecer os mais pobres dentre os pobres (Rocha, 2011).

Outros programas envolvendo a família também surgiram no Brasil quando as diferentes políticas sociais passaram a ser fundamentadas no conceito de “cidadania”, prevenção e proteção, como o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), todas advindas da Constituição Federal de 1988 (Campos, Garcia, 2007).

1.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os termos APS e AB vêm sendo usados na realidade brasileira de forma simultânea (Gil, Maeda, 2013). O MS brasileiro vem adotando a expressão “Atenção Básica” (AB) numa tentativa, ao que parece, de se distanciar da compreensão hegemônica de APS, que se centra na medicina comunitária, de extensão de cobertura, com práticas medicalizantes e controlistas (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde que foi instituída em 2006, tem sido considerada pelo MS um dos principais instrumentos para o desenvolvimento e consolidação do SUS, tendo como fundamentos e diretrizes a garantia de acesso universal, contínuo e integral à população de um território adscrito (Brasil, 2012).

A reformulação de 2017 nas diretrizes da PNAB, por meio da Portaria n. 2.436 não tirou o foco na ESF como estratégia prioritária da AB, mas estabeleceu mudanças no financiamento e na implantação das equipes, incorporou o Registro Eletrônico em Saúde e a autonomia e responsabilidade das gestões locais, entre outras mudanças (Brasil, 2017).

A ESF está sendo considerada a estratégia de reorganização do modelo assistencial na AB, desde 1994, para atuar na integralidade da assistência, atendendo o indivíduo e a família em um território definido. A equipe multiprofissional que atua na ESF é composta por 1 médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas em um território delimitado. Pode ser acrescentado a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal (Brasil, 2012).

Regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) comporta uma equipe multiprofissional com o objetivo de apoiar as equipes de ESF, atuando de forma integrada e ampliando as ofertas de saúde e a resolutividade (Brasil, 2017). Segundo a Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deve ser

organizado nas modalidades: NASF 1, NASF 2, NASF 3, segundo os estabelecidos. As equipes multiprofissionais do NASF podem ser compostas de: médico psiquiatra, médico pediatra, médico geriatra, médico ginecologista, educador físico, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre outros. Sendo que a composição de cada núcleo do NASF, será definida pelos gestores municipais segundo dados epidemiológicos e necessidades locais (Brasil, 2018).

O MS assume que a finalidade da ESF é promover a qualidade de vida da população, através da proximidade da equipe com o indivíduo, família e comunidade, prestando assistência integral, equânime e contínua. Dentre as atividades básicas de cada equipe de saúde, pode-se citar: promover ações intersetoriais e parcerias com organizações na comunidade, incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e Conselho Municipal de Saúde, garantir a continuidade do tratamento, ações de vigilância à saúde e epidemiológica e conhecer a realidade das famílias identificando seus problemas e situações de riscos, informações essas disponíveis em (Brasil, 2012).

O Quadro 1 mostra o número de Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Família e Equipes de Saúde Bucal, de acordo com o MS/SAS/DAB e IBGE, em junho de 2018.

Quadro 1 - Número de equipes ESF, NASF e ESB no Brasil

Ano	Mês	Municípios com ESF	Equipes de ESF implantadas pelo MS	Equipes de Saúde Bucal Modalidade I implantadas pelo MS	Equipes de Saúde Bucal Modalidade II implantadas pelo MS	Equipes NASF I implantadas pelo MS	Equipes NASF II implantadas pelo MS
2018	Maio	5.477	42.855	24.213	2.172	3.087	964

Fonte: Brasil, 2018

A implementação do modelo de atenção à saúde centrado na família envolvia, na proposição, mudanças na rede básica, colocando-se a APS no lugar de ordenadora do cuidado em saúde. A forma de oferta de serviços deveria ser repensada pelos gestores, bem como novas práticas profissionais deveriam ser propostas e implementadas (Gil, Maeda, 2013).

O PSF foi proposto como uma alternativa política que garantiria a autonomia de gestão do financiamento e operacionalidade para os municípios e demonstrou desde o início estar baseado nos princípios da ação programática, tal qual o modelo tradicional, ter foco na velha vigilância à saúde e ter operacionalização individual e não coletiva (Salum, 2001).

Franco e Merhy (1999) discutiram, no processo de implementação da ESF, que o programa trazia, na sua concepção, normas e regulamentos herdados da tradicional vigilância em saúde, submetendo processos de trabalho a prescrições pré-estabelecidas. Consideravam como fatores críticos a regulamentação da gestão do programa pelo MS, que impõe aos municípios ações, de forma verticalizada, o que acaba por abortar a construção de modelos particulares às diferentes realidades de cada território. A não compreensão pela equipe do que seja trabalhar com o núcleo familiar também tem sido apontada como dificuldade para a mudança do modelo assistencial (Franco, Merhy, 1999).

A avaliação de programas de APS como a ESF pode ser realizada a partir de três aspectos: os *aspectos exclusivos*, que são avaliados através da atenção do cuidado, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado; *aspectos fundamentais*, que são características importantes em todos os níveis de atenção, sendo eles os registros adequados, continuidade de pessoal, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção e proteção para os pacientes; e os aspectos adicionais, denominados de *aspectos derivativos*, que são necessários para se alcançar altos níveis de qualidade exclusivos e fundamentais da APS, sendo eles: a centralidade na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade, sendo que os dois primeiros estão relacionados à integralidade do cuidado, ou seja, para se obter cuidado integral, é necessário considerar o contexto familiar e as necessidades específicas de uma determinada população. O terceiro é um grande desafio para a APS, requer o conhecimento das necessidades em saúde da comunidade por parte dos profissionais, bem como as redes sociais e sistemas de apoio disponíveis, e o envolvimento da comunidade no processo de melhorias nos serviços (Starfield, 2002).

Avaliação realizada em diversos municípios que adotaram a ESF mostrou que a estratégia havia sido implementada na forma de programas, sem que houvesse levantamento das necessidades específicas dos moradores ou consideração pelo universo familiar e dos grupos sociais. Tal resultado levou os

pesquisadores e recomendar que os responsáveis pelas políticas públicas atentassem para as mudanças na vida familiar ocorridas nas últimas décadas (Serapioni, 2005).

Outra avaliação mostrou que a forma de implementação da ESF constitui constante desafio, sendo apontados o número excessivo de famílias por equipe, o despreparo dos profissionais e a distorção do objetivo inicial para o qual o modelo foi proposto, o de organizar os serviços a partir das necessidades das famílias (Carneiro, Vasconcelos, Silveira, 2007).

O papel do ACS na identificação dos problemas de saúde da população, ao trazer os problemas de saúde identificados nas visitas domiciliares e apresentá-los nas reuniões de equipe, também foi tema de discussão para evidenciar que os casos pontuais, de problemas de saúde já instalados, são considerados de maior complexidade, e dessa forma priorizados no planejamento das visitas domiciliares. Consequentemente, são acionados prioritariamente conhecimentos de epidemiologia e fisiopatologia nas discussões da equipe, o que dificulta a compreensão do processo saúde-doença. É necessário aprimorar a abordagem familiar, a comunicação entre os profissionais e a compreensão das várias dimensões do processo saúde-doença (Shimizu, Rosales, 2009).

Após 20 anos da construção e implementação da ESF, ainda se verificavam problemas como: formação insuficiente dos profissionais, fragmentação do processo de trabalho da equipe, centralidade das ações nos cuidados clínicos, dificuldades para realizar a integralidade no atendimento e falta de envolvimento dos profissionais com a comunidade (Fertonani, Pires, Biff, Scherer, 2015).

Apesar da relevante expansão da cobertura da ESF no Brasil, persistem desafios e dificuldades na atenção à saúde, dentre eles o financiamento, a formação profissional em APS, além do vínculo dos profissionais com usuários, instituições locais e moradores dos bairros da área de abrangência das unidades de saúde. A superação desses desafios exige esforço político-institucional e participação social no planejamento das ações para organização do acesso em todos os níveis de atenção (Arantes, Shimizu, Merham-Hamann, 2016).

Nota-se também que a equipe multidisciplinar não conta com orientação teórica sobre a família ou com instrumentos de avaliação de famílias, desenvolvendo ações primordialmente clínicas individuais. Nenhum documento técnico foi elaborado para os profissionais, apresentando e discutindo a

complexidade das famílias (Campos, Garcia, 2007). A definição de “família” nos documentos ministeriais é restrita à família de risco, conforme documento sobre o trabalho do ACS, único documento oficial, que menciona um conceito de “família” (Soares et al, 2019).

A revisão integrativa da literatura buscou identificar o conceito de “família” e os fatores associados à abordagem familiar na ESF, evidenciou quatro problemas importantes: que o conceito de “família” não está explicitado nos documentos norteadores da ESF; que há necessidade de estabelecer relações entre profissionais, família e comunidade; que é necessário conhecer o perfil epidemiológico, social e demográfico da população adscrita; que há potencial na ESF para o desenvolvimento de ações dirigidas às famílias. A ausência da definição de família nos documentos do MS se reflete na abordagem e na prática dos profissionais junto às famílias (Silva, Silva, Bousso, 2011).

A partir da problematização aqui realizada, surgiram questionamentos, como: os sistemas de saúde têm colocado a família na centralidade do cuidado? Qual a efetividade das intervenções com famílias na área da saúde? As políticas públicas de saúde têm respondido às necessidades em saúde das famílias? Essas perguntas motivaram o desenvolvimento de uma síntese de evidências para políticas de saúde centradas na família.

No próximo capítulo serão discutidos os elementos teóricos que ancoram este trabalho.

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Este estudo se ancora no campo da saúde coletiva, campo de conhecimentos e práticas que teve início com o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, a partir do questionamento aos marcos multifatoriais sobre saúde-doença, que fundamentam as práticas da saúde pública (Viana, Soares, Campos, 2013).

A saúde coletiva toma como objeto as necessidades em saúde, compreendendo-as como necessidades de reprodução social, possíveis de serem captadas por meio das formas de trabalhar e de viver e das manifestações de saúde-doença, que compõem os perfis epidemiológicos dos grupos sociais. A resposta às necessidades em saúde, nessa perspectiva, só pode se concretizar com políticas que abranjam a melhoria das condições de trabalho e vida dos grupos sociais e não se restrinjam a serviços de saúde clínicos, que ofereçam cuidados a problemas de saúde já instalados (Campos, Soares, 2013).

Dessa forma, o direito à saúde se conforma em tema relevante para a saúde coletiva, que o considera essencial para aperfeiçoar os perfis epidemiológicos diante das desigualdades de reprodução social intrínsecas ao capitalismo. O reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado está presente na Constituição de 1988 e sua consolidação depende da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Calipo, Soares, 2013).

O SUS é inegavelmente uma das políticas públicas mais importantes na realidade brasileira (Souza, Costa, 2010) e vem sendo afrontado por governos neoliberais (Campos, Viana, Soares, 2015).

A atual configuração do Estado brasileiro assume a plataforma neoliberal em toda sua perversidade, fazendo avançar o desmonte do SUS, notadamente desde 2016. Os interesses privados se embrenham no sistema público por meio de “isenções fiscais, gestão por organizações sociais, parcerias público-privadas (PPP), empresarialização de instituições públicas e compra direta de consultas, procedimentos e exames” (Kruger, Reis, 2019). A financeirização da saúde constitui um dos mais importantes *modus operandi* do Estado neoliberal na institucionalização da ingerência do privado sobre o público, e se concretiza pela venda de empresas, seus ativos e carteiras de clientes, e aprofunda as relações entre aparelhos do Estado e o capital financeiro (Paim, 2018).

Os ataques ao direito à saúde e ao SUS acabam por restringir a atenção à saúde à população que não pode pagar planos de saúde, além de transferir a responsabilidade sobre as questões sociais para o indivíduo e principalmente para a família (Campos, Viana, Soares, 2015).

Neste trabalho, pressupõe-se que cabe ao Estado a responsabilidade pela concretização dos direitos sociais e a reformulação das políticas sociais direcionadas às famílias, sendo necessário cobrar das autoridades a retomada desse direito (Carneiro, Vasconcelos, Silveira, 2007).

A luta dos trabalhadores pelos direitos humanos não é recente e profundas mudanças em relação eles ocorrem continuamente na história. O período da Segunda Guerra Mundial foi marcado por grandes manifestações de violência, levando à criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e à Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, que tratou principalmente dos direitos civis e políticos. Os direitos sociais, que tratam da igualdade econômica e social, tiveram peso muito menor, pois foram reivindicados apenas pelos países socialistas. O Estado do Bem-Estar Social, cuja proposta era a elaboração de políticas sociais voltadas para a redistribuição de renda, teve poucas possibilidades de penetração na América Latina (Calipo, Soares, 2013).

O estabelecimento de direitos ocorre na prática com a implementação de políticas pelo Estado. De acordo com Viana (2006), as políticas estatais de assistência social, também chamadas de políticas públicas ou políticas sociais, são aquelas direcionadas às classes desprivilegiadas, para garantir às empresas capitalistas a força de trabalho necessária à exploração da mais valia, podendo ser direcionadas, dependendo do momento histórico, a grupos com maior poder de pressão. O Estado capitalista age atendendo aos interesses desses grupos e evitando conflitos sociais.

As políticas estatais dependem, em última instância, dos regimes de acumulação, ou seja, as políticas são respostas do governo a problemas, demandas e conflitos entre grupos sociais, para garantir a ordem social, sendo geridas por representantes do Estado (Viana, 2006).

2.1 FAMÍLIAS E POLÍTICAS ESTATAIS

Neste item, procurar-se-á definir o conceito de “família”, de forma coerente à perspectiva da saúde coletiva. As principais fontes dessa incursão são o Serviço Social e a Sociologia.

A partir do Serviço Social, sobressai uma conceituação bastante profícua, que inclui a historicidade da condição da família:

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É constituída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como o Estado, trabalho e mercado. (Mito, 2010, p. 167)

Para a Sociologia, de maneira geral, o conceito mostra as funções que a família assume na reprodução social:

A família é definida pelas funções sociais que se espera que ela cumpra: reproduzir e socializar os jovens, regular o comportamento social, agir como grande centro de trabalho produtivo, proteger os filhos e proporcionar apoio emocional aos adultos, servindo do como origem de status atribuído, como etnicidade e raça. (Johnson, 2010, p. 107)

Particularmente, a Sociologia marxista procura compreender a família a partir da sua relação com os modos de produzir em sociedade. Nesse sentido, a família é vista como uma instituição social que sofre mudanças em função do papel que lhe é reservado na reprodução social, nos diferentes modos de produção. É nesse sentido considerada a instituição responsável pelo processo de socialização das crianças e, ao lado da escola, se encarrega da socialização secundária ou ressocialização (Viana, 2015), que consiste na preparação dos jovens para o mercado de trabalho.

Nessa direção Gillespie (2014, p. 8; tradução nossa) mostra que a:

concepção histórico institucional da família como instituição capitalista sustenta que a família é necessária para a reprodução social, fornecendo uma unidade estável para reproduzir a força de trabalho, a socialização inicial e um mercado necessário para o consumo.

Esse conceito invoca a dinamicidade da família no capitalismo, que se configura como *locus* de reprodução social. Portanto, encaminha a discussão conceitual no sentido de analisar a família de acordo com as condições de reprodução social concretas nas diferentes classes sociais. Uma das faces da reprodução social diz respeito mais diretamente a este trabalho, e será tratada a seguir, quando se procurará compreender a situação da família por referência às políticas estatais atuais.

No atual regime de acumulação, chamado de integral (Viana, 2015), as famílias das classes trabalhadoras, especialmente as que se engajam no trabalho menor remunerado e menos especializado, não conseguem suprir sozinhas a reprodução social para que os membros, que não estão no mercado de trabalho, e se preparem para ser força de trabalho, já que ela fica encarregada de todas as tarefas de socialização, sem poder contar com políticas sociais, como as de educação e saúde.

Essa configuração conhecida como pluralismo de bem-estar neoliberal oferece políticas estatais focalizadas e precárias, o que intensifica as desigualdades. As famílias são chamadas a assumir todas as responsabilidades com a sobrevivência de seus membros, ou seja, além da carga com os membros que se encontram em formação para o mercado de trabalho, assume também toda a responsabilidade com os que estão fora do mercado de trabalho, ou os que apresentam outros tipos de dependência ou incapacidade (Pereira-Pereira, 2010).

Na área da saúde, a insuficiência de serviços públicos e a forma com que são oferecidos esses serviços, tem se refletido na demanda por serviços de emergência, aos quais as famílias recorrem como a primeira porta de entrada, para reduzir o tempo a ser despendido e não comprometer a frequência ao emprego (Mito, 2015).

Em suma, a corrosão dos direitos sociais acontece pela implementação de políticas estatais neoliberais, o que obriga as famílias a assumirem todas as responsabilidades pela reprodução social capitalista.

3. PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADE

3. PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADE

3.1 PRESSUPOSTOS

Parte-se do pressuposto que quando as políticas públicas de saúde são introduzidas sem ter como base evidências científicas e sem identificar e compreender a reprodução social das famílias, as necessidades em saúde não serão atendidas. Esta pesquisa assume a saúde como direito e a proteção familiar como responsabilidade do Estado. Pretende-se evidenciar políticas, programas, intervenções e ações em saúde direcionadas às famílias.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Sintetizar as melhores evidências para políticas de saúde orientadas para a família, no âmbito da APS.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Levantar as revisões de literatura que tratam de intervenções voltadas para as famílias no âmbito da APS;
- ✓ Analisar a literatura, buscando reunir as intervenções encontradas em conjunto de propostas que ofereçam aos gestores opções para a implementação de políticas voltadas a famílias, no âmbito da APS;
- ✓ Apresentar e discutir os elementos de duas opções estabelecidas: Programas e estratégias para a juventude e Estratégias centradas no cuidado à família.

3.3 FINALIDADE

Os resultados poderão contribuir com a produção do conhecimento, respondendo a problemas existentes na prática na APS e servindo de base

científica para decisões relacionadas ao sistema de saúde, à gestão e à formulação de políticas. A busca de evidências científicas e sua análise pelos marcos teóricos da saúde coletiva devem proporcionar reflexões que potencializem o direito à saúde e a busca pela igualdade social.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma síntese de evidências elaborada conforme as ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*). O estudo está vinculado ao projeto “Tecnologias para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Básica”, do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no SUS, contemplado com recursos do Edital n. 27 – Acordo CAPES/COFEN. As pesquisas científicas e tecnológicas desenvolvidas tiveram como foco a Sistematização da Assistência de Enfermagem às Famílias na Atenção Básica.

A criação da rede denominada Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet foi iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, com o objetivo de melhorar e fortalecer as políticas e sistemas de saúde através do uso sistemático de evidências científicas, com a participação de gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil (Dias, Barreto, Souza, 2014). A EVIPNet atua em âmbito global, regional e nacional na Ásia (2005), África (2006), Região do Mediterrâneo Oriental (2009), Europa (2012) e em 17 países nas Américas/OPAS (Brasil, 2016).

Com a finalidade de utilizar o uso de evidências no SUS, em 2007 o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS) apresentou à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) uma proposta de adesão do Brasil à EVIPNet Américas, para que sua participação na rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) contribuísse em todos os processos de formulação de políticas, a partir de evidências científicas (Dias, Barreto, Souza, 2014).

No Brasil, a rede é coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que tem como objetivo principal o uso de evidências científicas nas tomadas de decisão em saúde, levando em conta a realidade de cada região e a

desigualdade socioeconômica existente. Os parceiros da EVIPNet no Brasil são o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros (Brasil, 2015).

A EVIPNet Brasil tem capacitado Núcleos de Evidências (NEv) e estações da Biblioteca Virtual de Saúde (NEv/EBVS), em diversos municípios, a utilizarem a ferramenta SUPPORT para políticas informadas por evidências, cujo objetivo é auxiliar os gestores locais na tomada de decisão (EVIPNet Brasil, 2018).

Criado em 1969 e reestruturado pelo Decreto n. 55.004, de 9 de novembro de 2009, o Instituto de Saúde (IS) é uma instituição vinculada à Secretaria do Estado de São Paulo, que contribui para o avanço científico e tecnológico bem como o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no campo da saúde coletiva, através de estudos e pesquisas, formação de profissionais, assessoria aos gestores e trabalhadores do SUS e a difusão de conhecimento das políticas de saúde. Com a finalidade de proporcionar troca de experiência entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade para o uso das melhores evidências científicas, em 2015, o Instituto de Saúde criou o Núcleo de Evidência (NEv-IS), institucionalizado pela Portaria IS - 3 em 09 de junho de 2015, passando a capacitar vários profissionais a utilizar ferramenta de SUPPORT (Instituto da Saúde, 2018).

As ferramentas SUPPORT foram elaboradas no âmbito de projeto internacional com a participação de pesquisadores para uso de evidências em políticas de saúde a serem utilizadas principalmente por formuladores de políticas e seus apoiadores, bem como tomadores de decisão. Essas ferramentas são capazes de produzir conhecimento para um determinado problema de saúde, elaborando-se documentos conhecidos como sínteses de evidências para políticas de saúde (*Evidence Brief for Health Policy*) (Barreto, Toma, 2016).

Sabe-se que algumas dessas ferramentas já foram amplamente utilizadas em oficinas e adaptadas para mais de dez países na África, quatro países na Ásia e sete países nas Américas, reforçando o fato de que a elaboração de políticas

informadas por evidências podem ser utilizadas em diferentes cenários (Lavis et al, 2009a). O uso do conhecimento científico nos sistemas e políticas de saúde pode contribuir para políticas mais efetivas e com melhores resultados (Wichmann, Carlan, Barreto, 2016).

No Brasil, o grupo ponderou que o conhecimento produzido pela pesquisa científica possibilita a aplicação de evidências no desenvolvimento de políticas e nas tomadas de decisão relacionadas ao sistema de saúde, o que muitas vezes é esquecido pelos formuladores das políticas por restrições institucionais, legislação vigente, grupos interessados, como também valores pessoais e da sociedade (EVIPNet Brasil, 2018).

A tradução do conhecimento busca superar o desafio de aplicação e uso de evidências científicas, reduzindo a lacuna entre a evidência gerada e a tomada de decisão, com o objetivo de desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais efetivas (Wichmann, Carlan, Barreto, 2016).

Nos últimos anos, tem se reconhecido a particularidade de cada serviço e a necessidade de utilização de conhecimento científico baseado em evidências na prática em saúde. A participação dos profissionais na construção de guias de cuidados e na definição de demandas tem potência para influenciar a prática profissional, o que por sua vez promove eficácia nos serviços de saúde (Báscolo, 2010).

A tradução de conhecimento científico tem sido utilizada para responder a muitos problemas, pois esse conhecimento de nada servirá se não tiver poder de aplicabilidade. Na prática, é necessário haver uma interface entre os pesquisadores, que utilizam o método científico, e os tomadores de decisão, que têm experiência prática; ambos formarão um conjunto de evidências que fundamentará a decisão, que no futuro deverá ser avaliada, para verificar se atende ao problema levantado. Nesse contexto, a EVIPNet estimula a tradução do conhecimento em processos políticos (Chapman, 2016).

A Figura 1 apresenta as etapas para a formulação de políticas informadas por evidências, que serão explicadas detalhadamente em seguida.

Figura 1 - Etapas do processo de formulação de políticas informadas por evidências

Fonte: Abdala, 2016

As ferramentas SUPPORT foram desenvolvidas para serem utilizadas por grupos variados de formuladores de políticas, que atuam em diferentes sistemas políticos, tendo em comum a autoridade para tomar ou influenciar decisões de maneira direta, como também para os que trabalham no sistema de saúde, incluindo as organizações não governamentais (Lavis et al, 2009a).

As ferramentas SUPPORT consideram a utilização de evidências disponíveis em revisões sistemáticas, estudos que oferecem vantagens importantes em comparação com outras fontes de evidências, devido à forma sistemática e transparente com que são elaboradas, aumentando a confiança nos seus resultados e permitindo, dessa forma, que a melhor evidência esteja disponível aos tomadores de decisão, reduzindo a possibilidade que os mesmos sejam “mal aconselhados” (EVIPNet Brasil, 2018).

Entretanto, apesar de constituírem a melhor fonte de evidência na elaboração de estratégias de saúde pública e tomada de decisão, é imprescindível avaliar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas, antes de utilizar seus resultados. E para tal, foram desenvolvidos alguns instrumentos, como ROBIS

(*Tool to assess risk of bias in systematic reviews*) e AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess systematic Reviews*), que será utilizado neste trabalho (Aguilar, Lima, 2017).

4.2 ETAPAS DA FERRAMENTA SUPPORT

4.2.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA POLÍTICAS E PROGRAMAS

A constatação de uma necessidade em saúde justifica a proposta da realização de uma síntese de evidências, que através de métodos sistemáticos trará subsídios para a interpretação e conclusões sobre as melhores evidências a serem adotadas pelos formuladores de políticas (Toma et al, 2017). Neste trabalho definiu-se a família como prioridade para políticas e programas em função de ser a família o foco da principal estratégia da APS no Brasil.

A definição da família como objeto de síntese de evidência foi feita em conjunto, por meio de reuniões, que se iniciaram em agosto de 2017, com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), estudantes do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Atenção Primária à Saúde no SUS (PMPAPS), docentes orientadoras do PMPAPS, e pesquisadoras do Instituto de Saúde, membros do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, participante da rede EVIPNet-Brasil.

As orientadoras do programa são docentes universitárias na área de enfermagem em saúde coletiva e têm comprovada experiência no ensino, pesquisa e extensão, tanto no âmbito da graduação como pós-graduação, em temas e atividades diretamente relacionados à APS e particularmente na ESF. As pesquisadoras do IS tem comprovada experiência na metodologia adotada pela rede EVIPnet Brasil.

Nessas reuniões foi delimitado o problema de forma a orientar as fases subsequentes do trabalho, inclusive auxiliando na definição de critérios para a busca de evidências, como a seleção das bases de dados, dos descritores, da construção da estratégia de busca, dos critérios de inclusão e exclusão e resultados do processo de seleção dos artigos.

4.2.2 BUSCA DE EVIDÊNCIAS PARA ELABORAR OPÇÕES

Essa etapa consistiu na busca por revisões sistemáticas relacionadas com o problema definido. Para esclarecer a necessidade das evidências relacionado ao objeto delimitado, é necessário, de acordo com a metodologia adotada, identificar as revisões sistemáticas para a formulação das opções e enfrentamento do problema, de forma a poder descrever benefícios, prejuízos e outros elementos que caracterizam a opção e sua possibilidade de se tornar uma proposta real para os formuladores e atores sociais interessados (Lavis et al, 2009c).

As revisões sistemáticas têm sido cada vez mais utilizadas pelos formuladores de políticas como principais fontes de informações, portanto a facilidade em acessar diferentes bancos de dados gratuitos ou de baixo custo que ofereçam revisões sistemáticas relevantes e de alta qualidade, ajudarão na formulação de opções que esclarecerá o problema identificado (Lavis et al, 2009b).

4.2.3 BUSCA E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS E EXTRAÇÃO DE DADOS

Existem várias fontes de informação e plataformas de acesso ao conhecimento científico na área da saúde, sendo as mais conhecidas em nosso meio: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que conta com diversas bases de dados, o PubMed, que proporciona acesso a uma das bases mais importantes na área da saúde, a Medline e a Biblioteca Cochrane, tradicional base de dados de revisões sistemáticas de efetividade/eficácia (Abdala, Figueiró, 2017).

Além dessas fontes de informação, dezenas de bases de dados encontram-se disponíveis no SIBI-USP, algumas com acesso pela plataforma CAPES, de periódicos.

Foram selecionadas nove bases de dados, de acordo com as potencialidades de cada uma de abrigar os estudos na temática, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Fontes acessadas com breve caracterização e links

BASES	CARACTERÍSTICAS	LINKS
PubMed	Sistema de acesso livre com bases de dados da literatura biomédica, ciências da vida e livros on- line, sendo a mais importante a base Medline, que contém mais de 25 milhões de artigos e 6 mil revistas científicas de vários países. PubMed disponibiliza link para acesso do texto completo, e diferentes tipos de filtros (Abdala, Figueiró, 2017).	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	Sistema de acesso livre com mais de 35 bases de dados de literatura em ciências da saúde. Disponibiliza consulta a Medline e LILACS, importante base Latino-Americana que indexa publicações governamentais, livros, capítulos, teses, anais de congressos, documentos não convencionais e artigos de 900 revistas latino-americanas. A BVS disponibiliza link para acesso do texto completo pelas revistas ou editoras dos documentos (Abdala, Figueiró, 2017).	www.bvsalud.org
Cochrane Librany	Reúne base de dados com estudos de evidências produzidas pelos grupos Cochrane, sendo possível a consulta de resumos das revisões e algumas revisões. Em geral há diversas políticas de acesso, com restrição a assinantes (Abdala, Figueiró, 2017).	www.cochranelibrary.com
Health Systems Evidence – HSE	Sistema de acesso livre que contém uma coleção de evidências para apoiar pesquisadores e tomadores de decisão que se interessam em como reforçar e reformar os sistemas de saúde, serviços e medicamentos e obter programas. Também inclui revisões sistemáticas e outros estudos secundários relacionados a serviços de saúde (Abdala, Figueiró, 2017).	https://www.healthsystemsevidence.org
ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts na plataforma ProQuest)	ASSIA- Indexa mais de 500 títulos de periódicos publicados em 16 países desde 1987, da literatura internacional nas áreas de humanas e biológicas. ERIC- Indexa artigos de periódicos, anais de congresso, teses, dissertações, documentos governamentais, bibliografias, livros, monografias, relatórios, audiovisuais, na área de humanas, desde 1966. SOCIOLOGICAL Abstracts- Indexa da literatura internacional sobre sociologia e áreas afins em mais de 1.700 títulos de periódicos. Ambos a assinatura é do CAPES e o editor ProQuest (Universidade de São Paulo, 2016).	https://search-proquest.ez67.periodicos.capes.gov.br/assia
Scopus	A base permite visão ampla de tudo que está sendo publicado cientificamente sobre o tema em artigos, revistas, citações, referências, de todas as áreas do conhecimento. Estão disponíveis mais de 46 milhões de registros, 70% com resumos, todos atualizados semanalmente (Universidade de São Paulo, 2016).	www.sciencedirect.com (acesso a base no Portal CAPES)
JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports	Acesso livre para busca e para protocolos de revisão na íntegra e acesso via OVID para outros recursos. Além de protocolos e relatórios de revisões sistemáticas, publica também relatórios de implementação de Evidências em saúde. Há diversos tipos de revisões sistemáticas desenvolvidas de acordo com as metodologias do JBI, instituição que conta com colaboradores internacionais (Apóstolo, 2017).	https://journals.lww.com/jbisrir/Pages/default.aspx
Campbell collaboration	Rede internacional que divulga revisões sistemáticas que abordam os efeitos das intervenções sociais e comportamentais.	https://campbellcollaboration.org/library.html
Google acadêmico	Pesquisa amplamente a literatura acadêmica, em diversas fontes, incluindo-se artigos, teses, livros, resumos e opiniões de editores acadêmicos, sociedades profissionais, repositórios on-line, universidades e outros sites. Conta com advanced search.	https://scholar.google.com/schhp?hl=en#d=gs_asd

Fonte: elaboração própria

As bases de dados foram consultadas entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019 e todos os títulos dos artigos foram movidos para uma planilha Excel, separados por base. Os descritores utilizados para selecionar os estudos foram escolhidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (termos Mesh), sendo usados “*Primary Health Care*” AND “*Family*”, e outros termos correlatos, no PubMed. Nas bases Health Systems Evidence, JBI DataBase of Systematic Review and Implementation Reports e Cochrane Library, foram utilizados os mesmos termos, sem o uso de termos correlatos. Na Base Scopus os termos utilizados foram “*Primary Health Care*”, *Family*, “*Systematic Review*”, e na plataforma ProQuest, nas bases ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts, usou-se *Family* OR 19 termos correlatos, identificados no tesouro da ASSIA AND “*Primary Health Care*” AND “*Systematic review*”. Na Biblioteca Virtual de Saúde BVS os termos utilizados foram “*Family*” AND *Primary Health Care* AND instance:”regional, na Campbell Collaboration o termo “*Family*”, e os termos “*systematic Review*” AND “*Family Health*” no Google Acadêmico.

As bases consultadas, data, filtro utilizado com as estratégias de busca, e os totais de artigos encontrados estão demonstrados no Apêndice A.

Na etapa inicial, foram feitas a leitura dos títulos por duas revisoras independentes (AMMK e APTR) acordadas com relação aos critérios de inclusão e exclusão.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: intervenções, programas e políticas envolvendo a família, revisão sistemática, overview e meta análise nos idiomas Inglês e Português. Os critérios de exclusão foram: estudos com enfoque em intervenções clínicas voltadas a agravos específicos como AVC, DM, câncer, instrumentos para avaliação de risco, em planejamento familiar, estudos com foco no contexto hospitalar ou de residência para idosos.

Após a seleção por títulos, duas revisoras (AMMK e APTR) fizeram a leitura dos resumos de forma independente. As dúvidas foram resolvidas com o apoio de uma terceira revisora (CBS ou CMSC). A figura 2 mostra o fluxograma do processo de seleção das revisões sistemáticas.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção das revisões sistemáticas para análise

Fonte: Moher D et al, 2009

A busca identificou 2.131 artigos científicos, dentre os quais 140 artigos na Health Systems Evidence, 87 na JBI DataBase, 288 na Cochrane Library, 144 no Scopus, 199 na ProQuest (ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts), 47 na BVS, 1118 na PubMed, 28 na Campbell Collaboration e 80 no Google Acadêmico. Foi realizada a leitura criteriosa dos títulos de 2.131 trabalhos observando se estavam dentro dos critérios de inclusão. Estavam duplicados na listagem total 158 artigos.

Após a leitura dos títulos, foram selecionados 119 estudos para leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados para a leitura completa: 8 estudos na base Health Systems Evidence, 1 na JBI Database, 5 na Cochrane Library, 8 na Scopus, 4 na ProQuest, 7 na BVS, 18 na PubMed, 14 da Campbell Collaboration, 19 no Google Acadêmico, totalizando 84 artigos.

No processo de leitura completa dos artigos identificados, com a finalidade de enriquecer o resultado final, foram identificados, por meio de busca complementar em outras fontes, seis estudos, que foram lidos na íntegra.

A leitura do texto completo dos 84 artigos identificados, juntamente com os 6 estudos adicionais identificados, resultou em mais 63 artigos excluídos (Apêndice B) que não corresponderam aos critérios de inclusão. Os motivos para a exclusão dos artigos potencialmente relevantes foram: por não se tratar de revisão sistemática, não referirem-se à Atenção Primária à Saúde, intervenções muito específicas como para reabilitação de AVC, intervenções hospitalares, estudos de instrumentos para a funcionalidade da família, amamentação e vacinação.

Os 27 artigos que preencheram os critérios de inclusão e foram inseridos no presente estudo e, em geral, referem-se a intervenções baseados em problemas de saúde instalados ou fases do desenvolvimento biológico individual, com envolvimento da família no processo de tratamento do paciente, intervenções que envolvem família e comunidade e a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

A extração dos dados dos 27 estudos selecionados foi realizada pelas duas revisoras independentes envolvidas neste trabalho desde o início, considerando-se os seguintes aspectos: tipo de estudo, objetivo do estudo, elementos da opção, elementos do estudo, principais achados, foco primário, foco secundário, resultado do AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em *Low and Middle Income Countries* (LMIC, em português países de baixa e média renda) e demais países, implicações para pesquisa, implicações para a prática, considerações sobre equidade, limitações do estudo, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR (Anexo A) não sendo utilizada pontuação limite que levasse à exclusão de estudos. A finalidade da aplicação do AMSTAR é a de indicar entre as opções a potencialidade ou fragilidade da proposta indicada. A ferramenta é amplamente

utilizada na literatura e pode ser aplicada a diversos tipos de revisões sistemáticas, apesar de ter sido testada somente em estudos que realizam ensaios clínicos controlados randomizados. Foi desenvolvida a partir de dois instrumentos publicados na literatura: o OQAQ (*Overview of Quality Assessment Questionnaire*) e o proposto por Sacks. É composta de 11 itens apresentados em forma de perguntas, podendo ser respondidas somente como “Sim” (descrição completa do item), “Não (não descrito)”, “Não se aplica” ou “Não é possível responder” (não há informações suficientes para responder à pergunta). Somente para as respostas “Sim” são contabilizados pontos, resultando em pontuações entre 0-11. A ferramenta pode ser aplicada online no próprio website AMSTAR (<https://amstar.ca/>) (Aguiar, Lima, 2017).

No presente estudo, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pelas duas revisoras (AMMK e APTR) de forma independente, e as discordâncias foram decididas em discussão com outros membros da equipe. As revisões foram classificadas em baixa (AMSTAR entre 0 e 3), moderada (AMSTAR entre 4 e 7) e alta (AMSTAR entre 8 e 11) qualidade (Shea et al, 2009).

4.2.4 SELEÇÃO DAS OPÇÕES

A seleção e a descrição das opções foram realizadas de forma sistemática e transparente. Quadros sínteses com as informações mais relevantes sobre cada estudo serão apresentados no capítulo que apresenta os resultados, a seguir.

Devido à importância para os formuladores de políticas, as opções são compostas por pesquisas que trazem evidências sobre intervenções, seus prováveis benefícios, prejuízos ou danos, custos locais ou relação custo-benefício, como as intervenções são realizadas em outros locais e seu potencial de adaptabilidade, possíveis vieses para a intervenção e opinião daqueles que foram foco ou receberam as intervenções.

O levantamento e a extração dos dados dos estudos selecionados permitiram a elaboração de cinco opções: Opção 1. Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos; Opção 2. Programas de promoção da saúde; Opção 3. Programas e estratégias para a juventude; Opção 4. Estratégias centradas no cuidado à família; Opção 5. Estratégias comunitárias intersetoriais.

Nesta Dissertação, serão apresentados os resultados relacionados às Opções 3 e 4, (numeradas como 1 e 2 no capítulo a seguir), elaboradas a partir da análise de 17 estudos. As demais opções serão tratadas em outro relatório de pesquisa. Note-se que a terminologia programa se refere a intervenções que envolvem múltiplas e integradas ações, com padrões de oferecimento semelhantes, independentemente do contexto; já estratégias foi usado para se referir a intervenções adotadas para seguir uma dada abordagem de cuidado, podendo variar em diferentes contextos.

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE

Nesta etapa, foram consideradas as possíveis desigualdades que podem surgir em cada opção levantada, ou seja, foi considerado se, além dos benefícios e eficácia das intervenções, políticas e programas encontrados, havia impactos em diferentes territórios e suas populações.

Segundo a OMS, as desigualdades em saúde se dão pela diferença no estado da saúde de cada indivíduo ou em virtude da distribuição dos determinantes em saúde em grupos populacionais diversos. Portanto, para reduzir as desigualdades em saúde, é necessário que a intervenção seja acessível, eficaz e aplicável em uma população menos desfavorecida. Para avaliar os efeitos das intervenções sobre a equidade em saúde, a ferramenta PROGRESS PLUS analisa cada fator individualmente como o local de residência, raça, etnia, cultura, idioma, ocupação, gênero, sexo, religião, educação, status socioeconômico, capital social e ainda características pessoais (ex. idade, deficiência), características das relações (ex. pais fumantes) ou mesmo fatores do tempo (ex. alta hospitalar). Todos esses fatores são avaliados de forma criteriosa considerando as possíveis equidades que as opções apresentadas podem causar (O'Neill et al, 2013).

4.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE IMPLEMENTAÇÃO

O objetivo dessa etapa foi identificar possíveis barreiras e estratégias para a implementação da opção 3 e 4, considerando-se que a proposta trazida na opção pode requerer mudanças tanto no comportamento das pessoas como organizacionais. Devido dificuldade de identificar barreiras e métodos utilizados, primeiramente foi identificado em qual nível poderia ocorrer, ou seja, profissionais

da saúde, usuários, organização de serviços e sistema de saúde. A partir de então, e de acordo com o método (Toma et al, 2017), foram elaboradas estratégias de implementação para as barreiras, sendo que os dados foram levantados na busca da literatura científica. As pessoas interessadas no assunto poderão sugerir possíveis soluções para cada barreira apresentada.

4.5 ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

A elaboração da síntese de evidências busca descrever o problema de política como prioritário, organizando todo o material já produzido, desde o esclarecimento sobre o tamanho, natureza e magnitude do problema, apresentando a melhor evidência disponível, como devem ser utilizados, considerando as barreiras e facilitadores que poderão contribuir para a implementação das opções, como também seus impactos sobre grupos específicos. É importante nessa etapa considerar quais são as potenciais barreiras para a implementação das opções e as estratégias adequadas para o enfrentamento do problema, considerando a melhor forma de avaliação e monitoramento (Gaiotto, 2016).

Ao levantar um problema e possibilidades de solução para o mesmo, antes de considerar a implementação de uma intervenção, não se pode deixar de pensar se ele pode ter eficácia variada nos diferentes grupos sociais ou lugares. No presente estudo, a síntese de evidências será formatada conforme os padrões da EVIPNet Brasil, pelo uso de *template* próprio da rede.

4.6 DIÁLOGO DELIBERATIVO

Para a elaboração das políticas / programas de saúde, um dos aspectos de maior relevância é o diálogo deliberativo, etapa essa em que ocorre o envolvimento e a participação popular no desenvolvimento e na implementação das políticas. É amplamente reconhecida a relevância em envolver o público em todos os níveis do sistema de saúde (Oxman et al, 2009).

A partir da síntese de evidência elaborada, são convidadas para um diálogo de política, pessoas, grupos e organizações que tenham interesse no tema em questão, onde ocorre troca de experiências, conhecimentos, perspectivas sobre o

problema apresentado, assim como considerações sobre as opções para o enfrentamento e sua implementação, sendo documentado em um relatório de diálogo deliberativo. Previamente, é realizado um planejamento dos objetivos, convidados para a discussão, escolha do moderador e demais ações necessárias.

Neste relatório, não foi possível agregar a etapa de diálogo deliberativo, que será realizado em etapa posterior.

4.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para Fretheim et al (2009), os termos “monitoramento” e “avaliação” podem significar aspectos diferentes para diferentes pessoas, sendo que o primeiro consiste na descrição do processo de coleta de dados para fornecer respostas a determinadas perguntas e o segundo para avaliar se as alterações observadas nos resultados servirão a uma determinada política ou programa. A proposta do monitoramento dependerá das partes envolvidas em avaliar a necessidade de saber como está ocorrendo na prática à implementação de opções constantes na síntese de evidências, porém dependerá de indicadores selecionados anteriormente, custo, avaliação da proposta, porém para nada adianta se não utilizar os dados coletados, principalmente nas políticas de saúde.

5. RESULTADOS

A seguir serão apresentadas as principais categorias de duas opções elaboradas a partir da análise de 17 revisões sistemáticas reunidas: Programas e estratégias para a juventude; e Estratégias centradas no cuidado à família.

As duas opções destacam o envolvimento das famílias no cuidado em saúde e intencionalizam, em maior ou menor grau, responsabilizar a família pelo cuidado de seus membros.

Opção 1: Programas e estratégias para a juventude

Esta opção baseia-se em diferentes intervenções voltadas para famílias que têm membros jovens usuários de drogas ou famílias com crianças, adolescentes e jovens com outros problemas nas relações sociais, envolvendo comprometimento das dimensões emocional e comportamental.

Tais intervenções podem proporcionar benefícios imediatos, bem como no decorrer da vida, quando implementadas por longo período de tempo.

Para a descrição desta opção foram utilizadas 12 revisões sistemáticas, sendo três consideradas como de baixa, quatro de moderada e cinco de alta qualidade.

O Quadro 3 fornece a síntese dos resultados desta opção, por meio das seguintes categorias: benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual, incertezas em relação aos benefícios, principais elementos da opção, percepção e experiências da parte interessada. A descrição dos itens extraídos das revisões sistemáticas utilizadas nessa opção encontra-se no Apêndice D.

Quadro 3 - Achados relevantes da Opção 1: Programas e estratégias para a juventude, segundo as revisões sistemáticas/avaliações

CATEGORIAS DOS ACHADOS	SÍNTESE DOS ACHADOS MAIS RELEVANTES
Benefícios	<p>Benefícios de intervenções para jovens usuários de drogas:</p> <p>Revisão classificada como de moderada qualidade concluiu que a intervenção comportamental aplicada pelo programa Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (<i>Community Reinforcement and Family Training - CRAFT</i>) demonstrou maior adesão de indivíduos com abuso de substâncias, que eram resistentes a tratamento, em comparação com os modelos dos Alcoólicos Anônimos/Narcóticos Anônimos (Al-Anon / Nar-Anon) e do Instituto Johnson. O CRAFT diferentemente desses dois programas objetiva promover aceitação ao tratamento discutindo o impacto negativo que o uso da substância tem sobre o grupo familiar (Roozen, Waart, Kroft, 2010).</p> <p>Revisão classificada como de alta qualidade produzida por Lindstrom et al, (2013), verificou que a Terapia Familiar Estratégica Breve (do inglês <i>Brief Strategic Family Therapy - BSFT</i>), comparada a programas de tratamento realizados na comunidade e tratamentos em grupo, pode melhorar a manutenção do tratamento de jovens usuários de drogas.</p> <p>Revisão classificada como de alta qualidade, produzida por Lindstrom et al, (2015), mostrou que a Terapia Comportamental Familiar (do Inglês <i>Family Behavior Therapy - FBT</i>), para jovens de 11 a 21 anos usuários de drogas não-opiíde, propicia a diminuição do número de dias por mês da utilização de drogas.</p> <p>Revisão classificada como de alta qualidade observou que a Terapia Familiar Funcional (<i>Functional Family Therapy - FFT</i>) reduz a utilização do uso de drogas não-opiídes, quando comparada à Terapia Cognitiva Comportamental (<i>Cognitive-Behavioral Therapy - CBT</i>) e outras intervenções para diminuição do uso de drogas, propiciando melhora nas relações familiares, com consequente diminuição do uso de drogas, entre jovens, acompanhados por quatro meses. Estudos incluídos relataram que em função do tratamento ser multissistêmico e feito a partir de protocolos e manuais detalhados, a FFT apresenta destaque quando comparado a outros modelos terapêuticos (Filges, Andersen, Jorgensen, 2018).</p> <p>Os resultados apresentados por Filges et al,(2015), por meio de revisão sistemática de alta qualidade, demonstraram em todos os estudos que a Terapia Familiar Multidimensional (<i>Multidimensional Family Therapy - MDFT</i>) reduz o consumo de drogas de jovens em tratamento em comparação com outras intervenções.</p> <p>Revisão considerada como de baixa qualidade, conduzida por Yuen e Toumbourou (2014), evidenciou que a intervenção individual e de grupo familiar com adolescentes em uso abusivo de substâncias não-opiídes pode trazer benefícios secundários na promoção da saúde mental dos pais e outros membros da família.</p> <p>Benefícios de intervenções para crianças, adolescentes e jovens com problemas nas relações sociais:</p> <p>Bower et al, (2001), em revisão sistemática classificada como de baixa qualidade, sobre tratamento realizado por profissionais especializados na APS para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, encontraram</p>

	<p>evidências quanto à eficácia das intervenções realizadas por esses profissionais. Algumas intervenções educacionais aplicadas aos profissionais foram capazes de produzir aperfeiçoamento de suas habilidades e aumento da confiança da equipe.</p> <p>Revisão classificada como de alta qualidade (Furlong et al, 2012) avaliou as intervenções parentais na redução de problemas de conduta em crianças de 3 a 12 anos e a relação custo-eficácia de tais intervenções. Os autores concluíram que as intervenções parentais de grupo comportamental e cognitivo-comportamental podem melhorar os problemas de conduta das crianças, saúde mental dos pais e suas práticas, assim como os custos em saúde, social e educacional em longo prazo.</p> <p>Observou-se em revisão classificada como de média qualidade que os programas de treinamento para pais, que incluem treinamentos individuais ou em grupo e visitas domiciliares, iniciados antes do parto ou no início da infância, e realizados em clínicas, escolas e comunidades, podem auxiliar os pais e famílias na prevenção de comportamentos socialmente indesejados dos seus filhos, podendo proporcionar outros benefícios ao longo da vida, quando implementados por longo período de tempo (Piquero et al, 2008).</p> <p>Em revisão classificada como de moderada qualidade, a Terapia Multissistêmica (<i>Multisystemic Therapy - MST</i>) aplicada a jovens com problemas sociais, emocionais e comportamentais tem várias vantagens sobre outros serviços, pois se trata de uma intervenção abrangente que envolve outros sistemas sociais como a escola e a comunidade, podendo trazer resultados para os problemas e perspectivas dos jovens e suas famílias (Littell et al, 2005).</p> <p>Em revisão classificada como de média qualidade, intervenções terapêuticas familiares breves, implementadas no contexto especializado de saúde mental, e intervenções parentais preventivas em pediatria demonstraram ser eficazes na saúde mental dos pais e na interação entre pais e filhos, e potencial para serem inseridas na APS. As intervenções por família trouxeram melhores benefícios quando comparadas às terapias em grupo (Cluxton-Keller et al, 2015).</p> <p>Em revisão considerada como de baixa qualidade, intervenções de base familiar, para famílias de crianças com fatores de riscos (saúde mental e HIV), em países de baixa e média renda, realizada por trabalhadores sem formação em saúde mental, demonstrou viabilidade, eficácia e boa aceitação pelos participantes dos programas (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p>
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais associados às intervenções analisadas em nenhuma das revisões incluídas nesta opção.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Jovens usuários de drogas:</p> <p>O custo-benefício do tratamento de usuários de drogas ilícitas, no estágio inicial, deve levar em consideração algumas vantagens sobre os impactos sociais e de saúde, como também na redução do número de internações, atendimentos de emergência e violência interpessoal (IPV) (Roozen, Waart, Kroft, 2010).</p> <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <p>O custo da intervenção comportamental realizada por meio de grupos para</p>

	<p>país é baixo, quando comparado aos gastos dos setores da saúde, social e educacional, em longo prazo. O custo por família foi de aproximadamente 2.500 dólares (1.712 libras esterlinas e 2.217 euros) (Furlong et al, 2012).</p> <p>Apesar dos programas para pais apresentarem grandes benefícios, os custos se tornam elevados, por serem mantidos por dois anos, além dos custos relacionados à exigência de profissional altamente treinado (Piquero et al, 2008).</p> <p>O custo-benefício da <i>Terapia Multisistêmica (Multisystemic Therapy - MST)</i> deve ser avaliado em longo prazo quanto ao número de internações, reincidência e encarceramento. Pode se dizer no geral que o custo é alto, em torno de 5.000 dólares por caso tratado (Littell et al, 2005).</p>
<p>Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada</p>	<p>Jovens usuários de drogas:</p> <p>Apesar de ter sido demonstrado por Roozen, Waart e Kroft (2010) que o programa Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (<i>Community Reinforcement and Family Training - CRAFT</i>) é mais eficaz em comparação com os demais programas, a maioria dos estudos relatou alto nível de treinamento dos terapeutas, utilização do uso de drogas e álcool por parte dos pacientes, bem como o desconhecimento do elemento mais eficaz dentro da estrutura do programa. Os autores sugerem necessidade de mais estudos para ampliar as evidências.</p> <p>Devido ao baixo número e qualidade de estudos encontrados, os autores referiram que há necessidade de mais estudos para determinar os efeitos da Terapia Familiar Estratégica Breve (<i>Brief Strategic Family Therapy- BSFT</i>), para jovens usuários de drogas (Lindstrom et al, 2013).</p> <p>As evidências demonstradas pela revisão sistemática de Lindstrom et al (2015), são consideradas fracas devido a limitados estudos sobre a terapia comportamental familiar (do Inglês <i>Family Behavior Therapy – FBT</i>), com um número limitado de participantes e a falta de dados dos estudos incluídos.</p> <p>Mais estudos são necessários para avaliar a eficácia, ineficácia ou potencial dano da Terapia Familiar Funcional (<i>Functional Family Therapy - FFT</i>) para os jovens em tratamento para o uso de drogas não-opioides, devido aos poucos estudos encontrados e seus resultados limitados (Filges, Andersen, Jorgensen, 2018).</p> <p>Devido ao número limitado de estudos apresentado por Filges et al, (2015) não foi possível examinar os efeitos moderadores da Terapia Familiar Multidimensional (do Inglês <i>Multidimensional Family Therapy – MDFT</i>) e em que grupos específicos tais intervenções são mais efetivas. A maioria dos artigos teve origem da América do Norte, portanto sua aplicabilidade pode não ser efetiva quando testada em outros ambientes e culturas.</p> <p>O pequeno tamanho da amostra, a falta de rigor metodológico nos estudos apresentados, mudanças de comportamento avaliadas por profissionais e não por instrumentos específicos e validados, são algumas das limitações apresentadas pelo estudo de Yuen e Toumbourou, 2011.</p> <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <p>A falta de informações importantes nos estudos incluídos como a quantidade de tratamento oferecido, adesão do paciente, e a utilização de outros tratamentos de saúde mental fora da intervenção podem estar relacionados à</p>

	<p>qualidade ou métodos utilizados. Não foram demonstradas mudanças significativas no comportamento profissional ou nos resultados do tratamento das crianças (Bower et al, 2001).</p> <p>O fato dos estudos não apresentarem resultados em longo prazo compromete os efeitos positivos encontrados nas intervenções. Estudos futuros, com melhor investigação sobre a eficácia das intervenções, seus resultados, inclusão de crianças com outras comorbidades e a inserção de países subdesenvolvidos, poderão ser benéficos (Furlong et al, 2012).</p> <p>A maioria dos estudos primários selecionados na revisão sistemática de Piquero et al, (2008) incluiu poucos pacientes, sendo que no total de 37 estudos, a amostra não chegou a 100.</p> <p>A amostra pequena do estudo impediu uma análise mais detalhada dos efeitos e vantagens da Terapia Multissistêmica (do Inglês <i>Multisystemic Therapy - MST</i>) na comparação com outras intervenções (Littell et al, 2005).</p> <p>O estudo de Cluxton-Keller et al, (2015) recomenda mais estudos para avaliar diferentes populações, que poderiam demandar diversas intervenções terapêuticas familiares, com diferentes períodos na atenção primária pediátrica.</p> <p>O fato das intervenções terem sido implementadas em países de baixa e média renda pode trazer desafios na implementação, de ordem estrutural, organizacional e relativos aos participantes (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p>
<p>Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/ testada em outro lugar)</p>	<p>Os programas e terapias são voltados para:</p> <p>Jovens usuários de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parceiros íntimos, membros da família e amigos íntimos de indivíduos em uso de substâncias (álcool e drogas), a partir de 18 anos (Roozen, Waart, Kroft, 2010; Yuen, Toumbourou, 2011); ✓ Famílias com jovens entre 11-21 anos fazendo uso de drogas não-opioides (Lindstrom et al, 2013; Lindstrom et al, 2015; Filges, Andersen, Jorgensen, 2018; Filges et al, 2015). <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crianças e adolescentes com 18 anos ou menos, com problemas de saúde mental, suas mães e profissionais de saúde (Bower et al, 2001); ✓ Pais de crianças com idade entre 3 a 12 anos, com problemas de comportamento infantil (Furlong et al, 2012); ✓ Famílias de crianças de até 3 anos de idade, com problemas de comportamento infantil (Piquero et al, 2008); ✓ Famílias com crianças e jovens entre 10-17 anos com problemas sociais, emocionais e comportamentais (Littell et al, 2005); ✓ Mães de bebês de oito meses, pais de crianças entre 3-12 anos com problemas comportamentais leves e subclínico (Cluxton-Keller et al, 2015); ✓ Famílias com jovens com problemas mentais e fatores de risco (incluindo HIV), que vivem em países de baixa e média renda (Healy, Kaiser, Puffer, 2018). <p>Local de oferecimento:</p> <p>Jovens usuários de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro comunitário de saúde mental (Roozen, Waart, Kroft, 2010);

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clínicas, comunidade ou domicílio da família (Lindstrom et al, 2013; Filges, Andersen, Jorgensen, 2018); ✓ Escritório, clínica ou domicílio da família (Lindstrom et al, 2015; Filges et al, 2015); ✓ Serviços de cuidados primários em saúde (Yuen, Toumbourou, 2011). <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clínicas, centro médico, clínica de família, agências comunitárias urbanas e rurais, ambulatório psiquiátrico infantil e universidades (Furlong et al, 2012); ✓ Domicílio, escola ou clínica (Piquero et al, 2008); ✓ Domicilio da família (Littell et al, 2005); ✓ Ambientes pediátricos (Cluxton-Keller et al, (2015); ✓ Igrejas, escolas, hospitais, clínicas, espaços comunitários e domicílio da família (Healy, Kaiser, Puffer, 2018). <p>Podem ser realizados por:</p> <p>Jovens usuários de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapeutas, especialistas treinados, enfermeiros, médicos e Paraprofissionais (Roozen, Waart, Kroft, 2010; Lindstrom et al, 2013; Lindstrom et al, 2015; Filges, Andersen, Jorgensen, 2018); ✓ Terapeutas e clínicos sem experiência terapêutica familiar (Filges et al, 2015); ✓ Profissionais de saúde da atenção primária (Yuen, Toumbourou, 2011). <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapeutas (Piquero et al, 2008; Littell et al, 2005; Bower et al, 2001); ✓ Enfermeiras comunitárias (Bower et al, 2001); ✓ Facilitadores de grupos e líderes (Furlong et al, 2012); ✓ Profissionais especialistas em saúde mental, incluindo enfermeiros e clínicos (Cluxton-Keller et al, 2015); ✓ Provedores não especialistas (Healy, Kaiser, Puffer, 2018). <p>As intervenções podem ter como foco:</p> <p>Jovens usuários de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia Familiar Estratégica Breve (do inglês <i>Brief Strategic Family Therapy- BSFT</i>) (Roozen, Waart, Kroft, 2010); ✓ Terapia Comportamental Familiar (do Inglês <i>Family Behavior Therapy - FBT</i>) (Lindstrom et al, 2015); ✓ Terapia Familiar Funcional (do Inglês <i>Functional Family Therapy - FFT</i>) (Filges, Andersen, Jorgensen, 2018); ✓ Terapia Familiar Multidimensional (do Inglês <i>Multidimensional Family Therapy - MDFT</i>) (Filges et al, 2015). <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia comportamental ou terapia cognitivo-comportamental (Bower et al, 2001); ✓ Princípios de aprendizagem operante e clássica (Furlong et al, 2012); ✓ Terapia de curto prazo como a Terapia Multissistêmica (do Inglês <i>Multisystemic Therapy - MST</i>) (Littell et al, 2005); ✓ Terapia familiar voltada para a criança (Cluxton-Keller et al, 2015); ✓ Programas de promoção e prevenção específicos para países de
--	--

	<p>baixa e média renda (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p> <p>Início da intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programas de treinamento para os pais na formação inicial da família (Piquero et al, 2008). <p>Duração:</p> <p>Jovens usuários de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De 1-2 horas cada sessão, se estendendo até 12 meses (Lindstrom et al, 2015). <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia breve (Bower et al, 2001); ✓ Duração média de 33-92 horas em 130 dias a 4,9 meses (Littell et al, 2005); ✓ Chegando a sete meses de tratamento (Cluxton-Keller et al, 2015)
<p>Percepção e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p>	<p>Jovens usuários de drogas:</p> <p>Foi demonstrada grande satisfação dos pais ao final do tratamento com relação a um estudo relatado por Lindstrom et al, (2015) sobre a influência da família na redução do uso de drogas pelos jovens.</p> <p>Crianças, adolescentes e jovens com problemas comportamentais, emocionais e sociais:</p> <p>Um estudo de Bower et al, (2001), constatou que a entrega de folhetos informativos nas entrevistas estruturadas sob supervisão de psicólogo, trouxe alto grau de satisfação aos pais. Já em quatro outros estudos, técnicas comportamentais utilizadas por psicólogos também trouxeram satisfação para os pais devido a redução dos problemas de comportamento infantil.</p> <p>É demonstrada uma grande satisfação por parte dos pacientes em um estudo mencionado por Healy, Kaiser, Puffer (2018) sobre intervenções de base familiar feitas por provedores sem especialização.</p> <p>Outros estudos não relataram a percepção dos sujeitos afetados na implementação desta opção.</p>

Fonte: elaboração própria

Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família

Esta opção está ancorada em intervenções baseadas em abordagens para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de pacientes e seus familiares, bem como a relação com os profissionais de saúde.

Esta opção tomou por base os resultados de cinco revisões sistemáticas, sendo quatro classificadas como de moderada e uma como de baixa qualidade metodológica.

O Quadro 4 fornece a síntese dos resultados apresentados de acordo com as categorias: benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual, incertezas em relação aos benefícios, principais elementos da opção, percepção e experiências da parte interessada.

A descrição dos dados extraídos das revisões sistemáticas utilizadas nesta opção encontra-se no Apêndice D.

Quadro 4 - Achados relevantes para a Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família, segundo as revisões sistemáticas/avaliações econômicas

CATEGORIAS DOS ACHADOS	SÍNTESE DOS ACHADOS MAIS RELEVANTES
Benefícios	<p>Revisão classificada como de moderada qualidade sobre o cuidado centrado na família (do Inglês <i>Family-centered care</i> - FCC) mostrou resultados positivos para a saúde das crianças com necessidades especiais (do Inglês <i>Children With Special Health care needs</i>- CSHCN), e mostrou também que quanto maior os fatores de risco (como pobreza e baixo uso de serviços), maior o efeito das intervenções para as crianças e seus pais (Kuhlthau et al, 2011).</p> <p>Revisão classificada como de média qualidade conduzida por Deek et al, (2016) evidenciou a efetividade das intervenções que envolvem a família no cuidado dos adultos em condições crônicas, principalmente em países de baixa e média renda, em que as famílias exercem um papel muito importante na atenção à saúde. O apoiador para esse cuidado pode ser definido como um membro da família, uma pessoa que reside com o paciente, ou seja, aquele que oferece apoio físico e emocional ao paciente. Intervenções como sessões presenciais com pacientes e cuidadores estavam presentes em todos os estudos, com diferenças no tempo e tipo de sessões. Os estudos incluídos nessa revisão demonstraram de maneira geral redução na taxa de readmissão hospitalar, melhora na qualidade de vida, no autocuidado e na adesão medicamentosa.</p> <p>Revisão classificada como de baixa qualidade avaliou os programas de prevenção de suicídio, e sua relação custo-efetividade. Os programas envolveram a escola, família e comunidade. As intervenções eficazes que envolveram a família foram: grupo de apoio com profissionais treinados e intervenção educativa para aumento do conhecimento sobre o suicídio a membros da família de sobreviventes. As estratégias demonstraram redução no sofrimento emocional e o aumento da procura a serviços especializados (Szumilas, Kutcher, 2011).</p> <p>Observou-se em revisão classificada como de moderada qualidade que as intervenções que envolveram a família na melhora dos sintomas de pacientes com problemas mentais, quando comparadas à intervenção psicossocial alternativa (sem envolvimento da família), demonstraram ser superiores para a melhoria da depressão e do transtorno bipolar (Meis et al, 2013).</p> <p>De acordo com Park et al (2018), as intervenções, com base em uma abordagem de cuidado centrado no paciente doente (uso de álcool, mulheres em período pré-gestacional, doenças crônicas, pós-AVC, idoso) e sua família, mais utilizadas foram: o envolvimento da família em atividades de cuidado, educação e capacitação de profissionais, programas de educação e</p>

	aconselhamento aos pacientes. Todas essas intervenções abrangentes produziram bons resultados para pacientes, família e profissionais de saúde.
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais associados às intervenções analisadas em nenhuma das revisões incluídas nesta opção.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>Dois estudos avaliaram o impacto e o custo financeiro familiar com o atendimento médico domiciliar, porém apenas um estudo demonstrou que houve menos dias de trabalho perdidos pelos pais (Kuhlthau et al, 2011).</p> <p>Treinamento prático para cuidadores de pacientes com AVC como prevenção de queda, posicionamento no leito e alimentação não só apresentou redução nas complicações da doença como também do custo das hospitalizações (Deek et al, 2016).</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Embora os resultados da revisão sistemática de Kuhlthau et al, (2011) fossem positivas, mais estudos são necessários para que as intervenções foquem o contexto familiar ao invés de considerar a família de forma mais ampla. Alguns estudos não encontraram associações positivas com desfechos relevantes. Os estudos foram todos feitos nos EUA, o que levanta incertezas quanto à aplicabilidade das evidências encontradas em outras realidades.</p> <p>Devido à falta de identificação dos elementos das intervenções que trouxeram resultados relevantes nos estudos, a evidência foi classificada como moderada, sendo necessário realizar mais estudos sobre os métodos utilizados para apoio de cuidadores e pacientes, bem como a ampliação para os anos de buscas dos artigos (Deek et al, 2016).</p> <p>As evidências demonstradas pela revisão de Szumilas e Kutcher (2011) sobre suicídio foram avaliadas como de baixa qualidade devido à falta de informação. Alguns estudos não trouxeram confiança quanto a melhor intervenção a ser utilizada devido as intervenções serem condizidas por indivíduos que tinham ligação íntima com os participantes.</p> <p>Mais pesquisas são necessárias para examinar populações de diferentes sexos, idade, raça e pacientes em condição de transtorno por uso de substâncias, ou com uma história de violência familiar. O fato dos estudos serem realizados somente nos EUA e a limitação do período de busca da literatura podem comprometer sua aplicabilidade em outros lugares com diferentes populações (Meis et al, 2013).</p> <p>Devido à ampla variedade de população estudada e aos diferentes objetivos das diversas pesquisas reunidas, mais estudos são necessários para avaliar e comparar as intervenções utilizadas (Park et al, 2018)</p>
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/ testada em outro lugar)	<p>Os programas e terapias são voltados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Famílias de crianças com necessidades especiais de saúde (Kuhlthau et al, 2011); ✓ Famílias que vivem com adultos que apresentam condições crônicas (Deek et al, 2016); ✓ Familiares que perderam algum membro da família por suicídio (Szumilas, Kutcher, 2011); ✓ Parceiros íntimos, amigos e famílias que convivem com adultos com problemas mentais (Meis et al, 2013); ✓ Todas as fases da vida do paciente (Park et al, 2018).

	<p>Local de oferecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Domicílio, escola e hospital (Kuhlthau et al, 2011); ✓ Domicílio e comunidade (Deek et al, 2016); ✓ Escolas, agência de saúde mental comunitária (Szumilas, Kutcher, 2011); ✓ Centros de saúde (Park et al, 2018). <p>Podem ser entregues por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapeutas (Meis et al, 2013; Szumilas, Kutcher, 2011); ✓ Equipe multidisciplinar (Kuhlthau et al, 2011; Deek et al, 2016; Park et al, 2018); ✓ Enfermeiros psiquiátricos, psicólogo clínico, equipes de médicos formados por psicólogos e voluntários (Szumilas, Kutcher, 2011). <p>As intervenções podem ter como foco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sessões individuais com estratégias de comunicação e educação do paciente (Kuhlthau et al, 2011); ✓ Intervenções educativas sobre o auto-cuidado, folhetos, visitas pré-agendadas (Deek et al, 2016); ✓ Sessão educacional e grupos de apoio (Szumilas, Kutcher, 2011); ✓ Sessões de terapia familiar e comportamental, grupo multifamiliar psicoeducativo, intervenção familiar breve (Meis et al, 2013); ✓ Entrevistas motivacionais, grupo multidisciplinar, música personalizada, sessões de educação e para os profissionais intervenções de educação e formação (Park et al, 2018). <p>Duração:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De início imediato até 12 meses (Szumilas, Kutcher, 2011); ✓ Por meio de visita domiciliar dentro de 72 horas da alta hospitalar com 12 sessões semanais de 2 horas (Deek et al, 2016); ✓ Durante 6 meses com 7 sessões quinzenais (Kuhlthau et al, 2011).
<p>Percepção e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)</p>	<p>Foi encontrada associação positiva do cuidado centrado na família (do Inglês <i>Family-centered care</i> - FCC) com a satisfação médica em um estudo, melhor satisfação dos provedores de cuidados maternos e parentais em duas análises separadas (Kuhlthau et al, 2011).</p> <p>Um estudo reportou a melhoria da satisfação do cuidador bem como a qualidade do atendimento prestado em ambientes hospitalares com a abordagem centrada na família (Deek et al, 2016).</p> <p>Em um programa de prevenção de suicídio realizado a funcionários de uma escola, foi relatado alto índice de satisfação e utilidade por parte destes (Szumilas, Kutcher, 2011).</p> <p>Outros estudos não relataram a percepção dos sujeitos afetados na implementação a esta opção.</p>

Fonte: elaboração própria

6. DISCUSSÃO

Este capítulo inclui a discussão de duas categorias consideradas fundamentais para que as evidências que compõem as opções possam ser encaminhadas para compor políticas estatais de saúde. São elas a equidade e a implementação.

6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM A EQUIDADE

A saúde coletiva atribui as desigualdades em saúde à divisão social capitalista que expropria os trabalhadores da riqueza por eles produzida, e reconhece, na atualidade, sérios agravantes dessa desigualdade, proporcionados pela opção dos Estados, quase planetária, pelas políticas estatais neoliberais no regime de acumulação flexível (Campos, Viana, Soares, 2015).

A constatação do aumento acentuado das desigualdades em saúde é bastante frequente na literatura e pode-se afirmar que é consensual, ainda que os critérios de julgamento das desigualdades sejam diferentes.

São múltiplos os exemplos trazidos por Barreto (2017) para fazer um panorama global das desigualdades em saúde. O autor pondera por exemplo que mesmo com a suficiente produção global de alimentos, o acesso a alimentos seguros e nutritivos é desigual; mostra que a expectativa de vida ao nascer média dos países variava, em 2013, entre 46 anos, em Serra Leoa, e 84 anos, no Japão; considera que as crianças formam um grupo especialmente sensível à questão social e mostra a estimativa de que 6,3 milhões de crianças menores de cinco anos morreram em 2013, sendo a maior parte nos países pobres ou em desenvolvimento; pondera que, ainda em nossos dias, as doenças infecciosas continuam a ser a principal causa de morte dessas crianças e que as intervenções para prevenir e tratar a maioria dessas doenças não estão disponíveis para os que precisam; observa que em 2013 o número estimado de óbitos por tuberculose foi de 1,5 milhão e que mais de 95% dessas mortes aconteceram nos países em desenvolvimento; mostra que, da mesma forma, 80% das mortes em todo o mundo por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ocorreram em países em desenvolvimento, e poderiam ser evitadas com a implementação de evidências

conhecidas e que se demonstram custo-eficazes e viáveis; mostra ainda que são mais de cinco milhões em todo o mundo de óbitos relacionados às diversas formas de violências, que como os demais problemas apresentam taxas mais altas nos países pobres e em desenvolvimento.

Nessa direção, revisão da literatura nos EUA relaciona as desigualdades em saúde com o aumento das disparidades de renda da população. Alguns dos elementos objetivamente apontados entre os resultados são: a crescente segregação geográfica, que exacerba as desigualdades de acesso a serviços, a reduzida mobilidade econômica, que provoca maior persistência da pobreza, o encarceramento em massa e a erosão dos subsídios públicos que garantiam alguma proteção aos pobres da exposição aos preços determinados pelo mercado de seguro de saúde. Os autores consideram que identificar tais diferenças sociais pode ser útil no desenho de intervenções que assegurem saúde para indivíduos, famílias e comunidade, reduzindo as desigualdades em saúde (Bor, Cohen, Galea, 2017).

Sabe-se que intervenções de saúde para crianças, na APS de base comunitária (CBPHC) podem alcançar efeitos pró-equitativos ou equitativos (Schleiff et al, 2017) e que a saúde mental da população jovem, de países de baixa e média renda, é particularmente afetada pela condição social em que vivem (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).

Uma maneira de identificar que grupos merecem atenção especial em saúde, a fim de que as opções não aumentem as desigualdades das populações que receberão as intervenções e os cuidados em saúde, é o uso do acrônimo PROGRESS (<http://www.nccmt.ca/resources/search/234>), formado pelas primeiras letras (em inglês), que podem ser utilizadas para descrever grupos: P (*place of residence*), R (*race/ethnicity/culture/language*); O (*occupation*); G (*gender*); R (*religion*); E (*education*); S (*socioeconomicstatus*) e S (*social capital*) (O'Neill et al, 2013). A partir desta classificação é possível priorizar diferentes opções de políticas na dependência do público-alvo. As opções podem adotar uma abordagem universal ou focal, voltadas, por exemplo, a indivíduos, famílias e comunidades com maior vulnerabilidade.

A seguir serão apresentados aspectos sobre a equidade relacionados às opções que poderão ter impacto sobre as desigualdades.

Opção 1: Programas e estratégias para a juventude

Essa opção apresenta intervenções terapêuticas breves, realizadas em diferentes espaços da APS, que podem ser preventivas para o desenvolvimento de problemas de comportamento infantil e sintomas depressivos dos pais tendo como alvo famílias com crianças que se encontram em situação socioeconômica desprivilegiada. Recomenda-se que tais intervenções sejam implementadas para populações de diferentes etnias e *status* socioeconômicos, identificando os melhores tipos e frequências das intervenções terapêuticas familiares (Cluxton-Keller et al, 2015).

Terapias e programas que envolvem outros sistemas sociais como clínicas, escolas e comunidade proporcionam vantagens sobre outros tipos de intervenções (Piquero et al, 2008; Littell et al, 2005).

Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família

Intervenções educativas e de aconselhamento com profissionais treinados podem envolver família, pacientes e profissionais para a tomada de decisão nos cuidados em saúde (Park et al, 2018; Kuhthau et al, 2011).

Considerar o trabalho com famílias pertencentes a grupos minoritários (afroamericanas e latinas) e populações pobres e que apresentam dificuldade de acesso a serviços, principalmente em países de baixa e média renda (Deek et al, 2016), trará efeito dessas intervenções mais efetivo para esses grupos (Kuhthau et al, 2011).

Considerações sobre a implementação das opções

Para aplicação prática das opções apresentadas, devem ser consideradas fragilidades e potencialidades da APS, considerando barreiras e facilitadores quanto a pacientes/indivíduos e tomadores de decisão, as características da população e suas necessidades, configuração familiar e as condições de saúde do indivíduo (Park et al, 2018).

Os quadros 5 e 6 descrevem as barreiras e facilitadores potenciais à implementação das opções, levando em consideração as dimensões: pacientes, trabalhadores de saúde, organização de serviços e sistemas de saúde.

Quadro 5 - Considerações sobre a implementação da Opção 1: Programas e estratégias para a juventude

DIMENSÕES	OPÇÃO: PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	A participação dos pais em programas de parentalidade pode ficar comprometida, pois são fornecidas para pais cujos filhos já se encontram com problemas de comportamento, ficando os mesmos receosos de serem rotulados como fracassados. Estudos revelam que programas de prevenção voltados para famílias com crianças desde o nascimento até a adolescência previnem futuros problemas de saúde comportamental incluindo a depressão, violência, crime e abuso de substâncias (Leslie et al, 2016).
Trabalhadores de saúde	<p>Para garantir o acesso e a eficiência dos serviços, os trabalhadores de saúde da APS devem estar capacitados para identificar e atender crianças e adolescentes com problemas mentais (Bower et al, 2001).</p> <p>Para garantir que o Programa Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (CRAFT) seja fornecido conforme preconizado, os terapeutas devem ser altamente treinados. A utilização de vídeos e o registro de áudio a cada sessão podem permitir que o supervisor observe cada detalhe garantindo a fidelidade e a eficiência do tratamento (Roozen, Waart, Kroft, 2010).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>É importante considerar a violência ao entorno do local, greve dos serviços e a falta de energia como fatores estruturais dos serviços de saúde. Intervenções que necessitam de espaços privado para realização das sessões de terapias e em alguns momentos permissões administrativas para a integração dos serviços devem ser considerados na implementação dessa opção (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p> <p>Envolver diversos contextos de cuidados primários para implementar programas para pais e adultos como escolas, comunidade e ambientes clínicos, pode ser uma alternativa para garantir a efetividade das intervenções, produzindo benefícios para a sociedade e pacientes (Leslie et al, 2016).</p> <p>Oferecer programas de treinamento para os pais com visitas domiciliares programáticas antes mesmo da formação inicial da família ou antes do parto ou até mesmo na infância podem ser estratégias para prevenir comportamento antissocial na infância (Piquero et al, 2008).</p>
Sistemas de saúde	As diferenças na organização e forma de utilização dos recursos podem ser desafios para a implementação das intervenções (Furlong et al, 2012). Nesse sentido, o sistema de saúde deve se planejar para disponibilizar recursos para intervenções que envolvam jovens usuários de drogas e

	<p>suas famílias (Lindstrom et al, 2015). Evidências apontam que direcionar recursos financeiros e humanos garantem sistemas de saúde mais eficientes e preocupados para atender as necessidades da população (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p> <p>Considerar aceitabilidade social e cultural em diferentes populações e ambientes de tratamento poderá definir a melhor estratégia da intervenção. Há evidências de que avaliar o modelo de adaptação, treinamento e supervisão das intervenções de tratamento de saúde mental antes de implementá-las pode ser fundamental para o desenvolvimento da opção (Healy, Kaiser, Puffer, 2018).</p>
--	---

Fonte: elaboração própria

Quadro 6 - Considerações sobre a implementação da Opção 2: Estratégias centradas no cuidado à família

DIMENSÕES	OPÇÃO: ESTRATÉGIAS CENTRADAS NO CUIDADO À FAMÍLIA
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Deve-se avaliar as características de cada família com seus riscos, condições de saúde e necessidades, no lugar de considerar o impacto geral da intervenção (Kuhlthau et al, 2011). Como barreira, entende-se que implementar intervenções centradas na família a populações heterogêneas e com diferentes desfechos clínicos poderá dificultar a efetividade das intervenções (Deek et al, 2016).</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Trabalhadores de saúde da APS devem realizar mudança na sua prática, estabelecendo vínculo com as famílias identificando necessidades de cada indivíduo e sua família para realizar a intervenção de maneira mais efetiva (Park et al, 2018).</p> <p>O envolvimento da equipe multiprofissional com pacientes e família pode ajudar a melhorar o cuidado em saúde e a tomada de decisão conjunta. Utilizar terapias com sessões individuais com estratégias de comunicação e educação do paciente para cada família individualmente pode auxiliar provedores a direcionar melhor suas práticas para a implementação do cuidado centrado na família (Kuhlthau et al, 2011).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>De acordo com Agreli, Peduzzi e Silva (2016), a organização dos serviços de saúde e da rede de atenção deve estar direcionada às necessidades do paciente de forma integral. Nesse processo três elementos são fundamentais: a participação do paciente no cuidado, percepção ampliada da equipe multiprofissional do cuidado à saúde e a participação social, imprescindível para o acompanhamento do planejamento das intervenções e tomada de decisão.</p>
Sistemas de saúde	<p>Formuladores de políticas precisam considerar o envelhecimento da população e suas necessidades complexas, além do pouco recurso disponível e alta expectativa dos pacientes com relação ao serviço (Park et al, 2018).</p>

Fonte: elaboração própria

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Dentre as 17 revisões sistemáticas que trouxeram evidências para as duas opções para políticas de saúde estabelecidas neste estudo, 6 foram publicados nos EUA, 4 na Dinamarca, 2 na Austrália, 1 na Inglaterra, 1 no Canadá, 1 na Holanda, 1 na Irlanda e 1 na República da Coreia.

O período da publicação variou de 2001 a 2018, com busca rigorosa e abrangente em nove bases de dados eletrônicos, para identificar estudos relevantes. A seleção dos estudos, a extração dos dados e a avaliação da qualidade metodológica das revisões foram cuidadosamente realizadas por dois revisores.

A opção sobre programas e estratégias para jovens aborda diversas terapias familiares com suporte profissional, consideradas importantes para capacitar famílias a participar do processo de mudança de comportamento dos jovens, e fortalecer jovens consumidores de substâncias psicoativas a conseguir lidar com suas próprias dificuldades, no processo de tratamento e recuperação.

A opção que trata de intervenções centradas na família envolve um membro da família ou cuidador em relacionamento cooperativo com os profissionais de saúde, criando novas formas de interação para lidar com os problemas de saúde e com o cuidado da pessoa que está doente, podendo desencadear mudanças familiares.

As intervenções que compõem essas opções apresentam limitações para atender necessidades em saúde das famílias, no âmbito da APS, podendo-se ressaltar a ausência de evidências que buscassem o fortalecimento das famílias por meio de intervenções de múltiplas dimensões, considerando as formas de trabalhar e de viver, características do grupo social a que a família pertence. É muito provável que isso se deva pela opção das intervenções por fundamentos teóricos, que não consideram a família como locus de reprodução social e necessidades como necessidades de reprodução social. Outra limitação diz respeito ao uso do descritor “Atenção primária à saúde”, que pode ter impedido a captação de estudos importantes nas áreas de Ciências Sociais, Educação, Serviço Social, entre outras, que investigam a família em dimensões diversas das da clínica. A escolha desse descritor decorreu do projeto “Tecnologias para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Básica”, ao qual esta investigação se filia.

No geral, a maioria dos estudos apresentaram intervenções parentais com base comportamental ou em grupo e cognitivo-comportamental. Intervenções como sessões presenciais com pacientes e cuidadores estavam presentes em todos os estudos, com diferenças no tempo e tipo de sessões. Em todos os estudos, as intervenções envolviam pelo menos um membro da família, em atividades de cuidado e educação, por meio de diferentes tipos de terapias que de alguma forma contribuíram para a prevenção, tratamento e reabilitação de um dos membros da família.

As intervenções grupais com várias famílias foram criticadas em favor de terapias para cada família individualmente.

Os métodos utilizados para aplicar as intervenções com foco nas famílias apresentou pouca variação, se diferenciando com relação à população a que se direcionaram, sendo a maioria das intervenções para jovens e adolescentes em uso de drogas não-opiíides (Roozen, Waart, Kroft, 2010; Lindstrom et al, 2013; Lindstrom et al, 2014; Filges, Andersen, Jorgensen, 2018; Filges et al, 2015; Yuen e Toubmourou , 2011) e jovens com problemas mentais e comportamentais (Bower et al, 2001; Furlong et al, 2012; Piquero et al, 2008; Littell et al, 2005; Meis et al, 2013; Healy, Kaiser, Puffer, 2018). Os demais estudos dessa opção foram direcionados para crianças com necessidades especiais (Kuhlthau et al, 2011), adultos com doenças crônicas (Deek et al, 2016), pais com problemas de saúde mental (Cluxton-Keller et al, 2015), cuidado centrado no paciente doente (Park et al, 2018) e programas de prevenção de suicídio (Szumilas, Kutcher, 2011).

Todos os estudos foram realizados no contexto da APS, com o envolvimento, em algumas intervenções, de setores como escolas, igrejas e comunidade.

As potencialidades estão associadas àquelas intervenções que propõem terapêuticas com as famílias, em relacionamento cooperativo com os profissionais de saúde, o que estabelece novas formas de interação e aprendizado e potencializa mudanças, como é o caso da intervenção centrada na família com sessões educativas e de aconselhamento.

Em suma, pode-se afirmar que todas as intervenções produziram algum resultado benéfico, não só para o indivíduo, mas também para a melhoria das relações familiares, porém se restringiram a cuidar de problemas de saúde instalados, resultados do processo saúde-doença, sem levar em conta as demais dimensões que estão presentes para que se processe o cuidado integral à família.

Da perspectiva da saúde coletiva, as necessidades em saúde são expressas pelo estado de bem-estar social de cada indivíduo, o que é determinado pela inserção social das famílias e grupos sociais aos quais os indivíduos pertencem. Nessa perspectiva, as ações, programas e políticas em saúde não devem se restringir a responder às consequências do processo saúde-doença, expressas no corpo de cada indivíduo, mas considerar também o que está na raiz dos problemas, ou seja, as demais dimensões da atenção à saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar que as intervenções que foram identificadas neste estudo responderam apenas parcialmente as necessidades em saúde.

Todas as intervenções identificadas, no entanto, podem ser ponderadas por gestores e profissionais da APS, na elaboração de políticas públicas, que tenham o propósito de promover ações que atendam, ainda que restritamente, às necessidades em saúde de indivíduos e famílias.

É importante ressaltar que a síntese de evidências para políticas de saúde não traz recomendações, mas sim suporte para deliberações futuras em identificar a melhor evidência disponível apresentada nessa síntese.

Pode-se dizer que este estudo traz implicações para novas pesquisas, que evidenciem as demais dimensões das necessidades em saúde das famílias.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Abdala CVM. Onde encontrar as evidências para informar as políticas de saúde? Bol Inst Saude. 2016;17(1):50-6.

Abdala CVM, Figueiró MF. Bases de dados de literatura científica e estratégias de busca. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 209-22.

Aguiar PM, Lima TM. Ferramentas para avaliação da qualidade metodológica de revisões sistemáticas. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 263-84.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

Apóstolo JLA. Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra: ESEnfC; 2017.

Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Cienc Saude Colet. 2016;21(5):1499-1509.

Baptista TWF, Mattos RA. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p.83-149.

Barreto JOM, Toma TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. Bol do Inst Saúde – BIS [Internet]. 2016;(1):43–9. Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf>

Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 July [cited 2019 Sep 14] ; 22(7): 2097-2108. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Rev Salud Publica. 2010;12(1 supl.):8-27. DOI: 10.1590/SO124-00642010000700002.

Birman J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. J Psicanal. 2007;40(42):47-62.

Bisoto Junior G, Silva PLB, Dain S, organizadores. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica.

Brasília: OPAS; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13).

Bor J, Cohen G, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980-2015. *Lancet*. 2017; 389(10077): 1475 – 90.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. EVIPNet Brasil: políticas informadas por evidências. A experiência da Evipnet Brasil [apresentação]. [S.l.:s.n]; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura SF [Internet]. Brasília; 2018. [citado 2018 jun. 06]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) [internet]. Brasília; 2017. [citado 2018 mai. 31]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.

Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R, Sibbald B. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Fam Pract* [Internet]. 1 de agosto de 2001;18(4):373–82. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/18.4.373>

Calipo SM. Saúde, Estado e Ética - NOB/96 e a lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

Calipo SM, Soares CB. Público e privado na reforma do sistema de Saúde no Brasil. *Soc Debate* [Internet]. 2008 [citado 2018 jun. 23];14(1):119-138. Available from: <http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/389/345+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Calipo, SM, Soares CB. Saúde como direito. In: Soares, CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 3-48.

Campos CEAC, Garcia J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. *Rev Katál*. 2007;10(1):95-104.

Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos. CMS, organizadoras, Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem. 1ed. Barueri - SP: Manole; 2013, p. 265-92.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Saude Soc [Internet]. 2015 [citado 2018 mai. 31];24(Supl. 1). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00082.pdf>

Carneiro TS, Vasconcelos KEL, Silveira ASS. Família e políticas públicas: o saúde da família posto em questão. In: Anais da 3ª Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2007 ago. 28- 30; São Luís. São Luis: UFMA; 2007. p. 1-11.

Carreiro PKS, Dias MJS. Estratégia de Saúde da Família: limites e dificuldades de uma política focalizada. In: VII Jornada Internacional Políticas Públicas; 2015 ago. 25-28; São Luis. São Luis: UFMA; 2015. Available from: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/estrategia-saude-da-familia- limites-e-dificuldades-de-uma-politica-focalizada.pdf>

Carvalho MC. A priorização da família na agenda da política social. In: SM Kaloustian, organizadora. Família brasileira a base de tudo. Brasília: UNICEF; 1998. p. 93-108.

Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. 5. ed. – São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC/SP, 2010. P. 267-77.

Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da atenção primária a saúde (versão preliminar). Belo Horizonte: Nescon; 2011.

Chapman E. Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências. Bol Inst Saude. 2016;17(1):7-17.

Cluxton-Keller F, Riley AW, Noazin S, Umoren MV. Clinical Effectiveness of Family Therapeutic Interventions Embedded in General Pediatric Primary Care Settings for Parental Mental Health: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev [Internet]. 16 de dezembro de 2015;18(4):395–412. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10567-015-0190-x>

Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF . Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 285-317.

Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, et al Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Cienc Saude Colet. 2018;23(1):103-14.

Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50-6.

Deek H, Hamilton S, Brown N, Inglis SC, Digiacomo M, Newton PJ, et al Family-centred approaches to healthcare interventions in chronic diseases in adults: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. maio de 2016;72(5):968–79. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12885>

Dowbor L. A Economia da família. *Psicol USP*. 2015;26(1):15-26.

EVIPNet Brasil: Rede para Políticas Informadas por Evidências Brasil. Ferramenta SUPPORT [Internet]. Brasília; 2018. [citado 2018 mai. 03]. Available from: <http://sintese.evipnet.net/livro/>

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Schere MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 2018 mai 03];20(6). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>

Healy EA, Kaiser BN, Puffer ES. Family-based youth mental health interventions delivered by nonspecialist providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Fam Syst Heal* [Internet]. junho de 2018;36(2):182–97. Available at: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fsh0000334>

Filges T, Andersen D, Jørgensen A-MK. Functional Family Therapy for Young People in Treatment for Nonopioid Drug Use. *Res Soc Work Pract* [Internet]. 5 de fevereiro de 2018;28(2):131–45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731516629802>

Filges T, Rasmussen PS, Andersen D, Jørgensen A-MK. Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review. *Campbell Syst Rev* [Internet]. 2015;11(1):1–124. Available from: <http://doi.wiley.com/10.4073/csr.2015.8>

Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios [Internet]. Rio de Janeiro: UFF; 1999 [citado 2018 mai. 03]. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>

Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista "Health Research Policy and System". 18. Como monitorar o planejamento e avaliação de políticas; 2009 [citado 2018 Abr.30]. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%2018%20KO%20050510.pdf>

Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*

[Internet]. 15 de fevereiro de 2012; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008225.pub2>

Gaiotto EMG, Isoyama SV. Relato de experiência da implantação de um Grupo de Evidências em um município de médio porte do estado de São Paulo. In Boletim do Instituto de Saúde Bis. Políticas de Saúde Informadas por Evidências. 2016; 17(1), 132-140.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saude Publica. 2006;22(6):1171-81.

Gil CRR, Maeda ST. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Soares, CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 325- 48.

Gillespie MD. The family as an economic institution: historical contingencies and the great recession. Source: International Journal of Sociology of the Family. 2014; 40(1): 1-26. Available from: <https://www.jstor.org/stable/43488413>

Heidemann ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, Wosny AM, Marchi JG. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. Cienc Cuid Saude. 2012;11(3):613-9.

Instituto da Saúde [Internet]. São Paulo; 2017. [citado 2018 mai. 03]. Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>

Kruger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do sus. Serv. Soc. Soc. 2019; 153, 271-289. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178>.

Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al Evidence for Family-Centered Care for Children With Special Health Care Needs: A Systematic Review. Acad Pediatr [Internet]. março de 2011;11(2):136-143.e8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285910003591>

Johnson AG. Dicionário de Sociologia - Guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010.

Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A: Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista "Health Research Policy and System". 7. Localização de revisões sistemáticas; 2009a [citado 2018]. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s7.pdf>

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista "Health Research Policy and System". Introdução; 2009b [citado 2018 maio 3]. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf>

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista "Health Research Policy and System". 4. Como usar evidências de pesquisa para esclarecer um problema?; 2009c [citado 2018 Abr.30]. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PORT%20STP%204%20KO%20040510.pdf>

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP): uma coletânea de artigos publicados na revista "Health Research Policy and System". 5. Como usar evidências de pesquisa para estruturar opções com o objetivo de abordar um problema?; 2009d [citado 2018 abr.30]. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s5.pdf>

Leslie LK, Mehus CJ, Hawkins JD, Boat T, McCabe MA, Barkin S et al Primary Health Care: Potential Home for Family-Focused Preventive Interventions. American journal of preventive medicine. 2016;51(4):106-S118. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.014>

Lima TL. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

Lindstrøm M, Saidj M, Kowalski K, Filges T, Rasmussen PS, Jørgensen A-MK. Brief Strategic Family Therapy (BSFT) for Young People in Treatment for Non-Opioid Drug Use: A Systematic Review. Campbell Syst Rev [Internet]. 2013;9(1):1–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.4073/csr.2013.7>

Lindstrøm M, Saidj M, Kowalski K, Filges T, Rasmussen PS, Jørgensen A-MK. Family Behavior Therapy (FBT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Use: A Systematic Review. Campbell Syst Rev [Internet]. 2015b;11(1):1–77. Available from: <http://doi.wiley.com/10.4073/csr.2015.9>

Littell JH, Campbell M, Green S, Toews B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 19 de outubro de 2005. Available from <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004797.pub4>

Machado CV, Lima LD. Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais. Cad Saude Publica. 2017;33(Supl. 2).

Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cienc Saude Colet. 2016;21(2):327-338.

Martins AA. Relações Estado-Sociedade e políticas de saúde. Saude Soc. 1996; 5(1):55-79.

Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. Clin

Psychol Rev [Internet]. março de 2013;33(2):275–86. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812001742>

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à saúde: origens e diferenças conceituais. Rev APS. 2009; 12(2):204-213. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/ViewFile/307/203>.

Mendes EV. A construção Social da Atenção Primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015. p.19-44.

Mioto RCT. Família, Trabalho com famílias e Serviço Social. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Serv. Soc. Rev. 2010;12(2):63-176.

Mioto RCT, Silva MJ, Silva SMMM. Políticas públicas e família: estratégias para enfrentamento da questão social. In: Anais da 3ª Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2007 ago. 28-30; São Luís. São Luis: UFMA; 2007. p. 1-9.

Mioto RCT. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. Serv Soc Soc. 2015;124:699-720.

Misoczky MC. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. Saúde em debate. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1995;47:4-7.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. 2009, PLoS Med 6(6): e1000097.

O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, Evans T, Pardo JP, Waters E, White H, Tugwell P, Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. JCE- Journal of Clinical Epidemiology. 2013;67(1):56–64.

Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil [Internet]. Brasília; 2018. [citado 2018 mai. 03]. Available from: www.paho.org/bra/

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 10: taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. Health Res Policy Syst [Internet]. 2009 [cited 2018 may. 03];7(Suppl. 1). Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-7-S1-S10>

Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Cien Saude Colet [periódico na Internet]. 2018 Jun. [acessado 2019 Jun 02]; 23(6):1723-1728. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

Park M, Giap T-T-T, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. Int J Nurs Stud [Internet]. novembro de 2018;87:69–83. v: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748918301706>

Pereira-Pereira PA. Mudanças estruturais, políticas social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. In: Sales MA, Matos MC, Leal MC, organizadoras. Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2010. p. 25-42.

Pessoto UC, Ribeiro EAW, Guimarães RB. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saude Soc. 2015;24(1): 9-22.

Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior & Delinquency. Campbell Syst Rev [Internet]. 2008;4(1):1–122. Available from: <http://doi.wiley.com/10.4073/csr.2008.11>

Rocha S. O programa Bolsa Família. Evolução e efeitos sobre a pobreza. Econ Soc. 2011;20(1):113-39.

Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(18):21-4.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(6):1027-34.

Roozen HG, De Waart R, Van Der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction [Internet]. outubro de 2010;105(10):1729–38. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x>

Salum MJL. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. Revista de Atenção Primária à Saúde. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, n. 7, dez/2000-mai/2001, p. 24-33. Available from: http://fortalecimentoedegaste.com.br/wp-content/uploads/2016/11/Salum_A-responsabilidade-da-universidade-publica.pdf

Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Cienc Saude Colet. 2005;10(supl):243-53.

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009;62(3):424-9.

Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literature. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1250-5.

Silva, VM. As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Soares CB. Agências de socialização e valores sociais: a família, a escola, os pares e o trabalho. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 61-81.

Soares CB, Vieira AG, Dias VFG, Lachtim SAF, Cordeiro L, Campos CMSC. Oficinas emancipatórias como instrumento de formação em saúde coletiva para o cuidado à família. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2019. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2046/1982>

Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude Soc*. 2010;19(3):509-17.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; 2002. p. 480-531.

Schleiff M, Kumapley R, Freeman P, Gupta S, Rassekh B, Perry H. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 5. equity effects. *J Glob Health*. 2017;7:010905.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, AndeRSON N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7(10):1-7.

Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* [Internet]. outubro de 2009;62(10):1013–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435608003259>

Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102:18-29.

Taminato M, Silva V, Pedrosa A, Barbosa D. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos e/ou risco de viés. In: Barbosa D, Tamintao M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem baseada em evidências*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 51-77.

Toma TS, Tesser TR, Setti C, Bortoli MC. Síntese de evidências para políticas de saúde. In: *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências*. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 183-208.

Universidade de São Paulo, Sistema Integrado de Bibliotecas. Bases de dados [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2018 jun. 26]. Available from: <http://www.sibi.usp.br/bases-dados/>

Viana N. A constituição das políticas públicas. *Rev Plurais*. 2006;1(4):94-112.

Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: Soares, CB, Campos CMS,

organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 107- 43.

Viana N. Juventude e sociedade: ensaios sobre a condição juvenil. São Paulo: Giostri; 2015. p. 41-73.

Wichmann RM, Carlan E, Barreto JOM. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências - EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. Bol Inst Saude. 2016;17(1):18-31.

Yuen E, Toumbourou J. Does family intervention for adolescent substance use impact parental wellbeing? A longitudinal evaluation. The Australian & New Zealand Journal of Family Therapy. 2011; 32, 249-263.

APÊNDICE A

DATA DAS BUSCAS, BASES CONSULTADAS, ESTRATÉGIAS DE BUSCA COM OS FILTROS E RESULTADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DAS OPÇÕES PARA POLÍTICAS

DATA	BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA	FILTRO	RESULTADO
29.01.18	ProQuest (ASSIA, ERIC e Sociological)	(family OR (MAINSUBJECT.EXACT("Family support") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family centred care") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family social work") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family centres") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family structure") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family system perspective") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family planning services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family networks") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family-Health professional relationships") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family work") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family planning") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family problems") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family wage") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family life") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family planning clinics") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family studies") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family stress") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family status") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family satisfaction")))) AND MAINSUBJECT.EXACT("Primary health care") AND "systematic review"	Artigos revisados por especialistas	199
30.01.18	Scopus	KEY (family OR families OR "Family Life Cycles" OR "Life Cycle, Family" OR "Life Cycles, Family" OR "Family Life Cycle" OR "Family Members" OR "Family Member" OR stepfamily OR stepfamilies OR "Family, Reconstituted" OR "Families, Reconstituted" OR "Reconstituted Families" OR "Reconstituted Family" OR filiation OR "Kinship Networks" OR "Kinship Network" OR "Network, Kinship" OR "Networks, Kinship" OR relatives OR "Extended Family" OR "Extended Families" OR "Families, Extended" OR "Family, Extended" OR "Family Research" OR "Research, Family") AND KEY ("Primary health care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary") AND	Nenhum	144

		KEY ("systematic review")		
02.02.18	Health Systems Evidence HSE	"Primary Health Care" AND Family	Nenhum	140
05.02.18	Biblioteca Virtual de Saúde BVS	tw:(tw:(family AND "primary health care") AND (instance:"regional") AND (instance:"regional") AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "overview" OR "evidence_synthesis")	Síntese de evidência (1), Revisão sistemática (25), Overview (19)	47
08.02.18	JB I Database of Systematic Reviews and Implementa-tion Reports	"Primary Health Care" AND Family	Keywords All Fields	87
28.02.18	PubMed	("Family"[Mesh] OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "families"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "member"[All Fields]) OR "family member"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "members"[All Fields]) OR "family members"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "stepfamily"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "stepfamilies"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "reconstituted"[All Fields])) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("families"[All Fields] AND "reconstituted families"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("reconstituted"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "reconstituted family"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("kinship"[All Fields] AND "networks"[All Fields]) OR "kinship networks"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("kinship"[All Fields] AND "network"[All Fields]) OR "kinship network"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("network"[All Fields] AND "kinship"[All Fields])) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("networks"[All Fields] AND "kinship"[All Fields])) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR	Systematic Reviews and Humans	1.118

		"relatives"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("extended"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "extended family"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("extended"[All Fields] AND "families"[All Fields]) OR "extended families"[All Fields]) OR (("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("families"[All Fields] AND extended"[All Fields]))) AND "humans"[MeSH Terms]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND systematic[sb]		
02.03.18	Cochrane Library	"Primary Health care" AND Family	Nenhum	288
02.12.18	Campbell Collaboration	Family	Review	28
06.02.19	Google acadêmico	Systematic review AND family health	Pesquisa avançada	80

APÊNDICE B

ARTIGOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA DOS ARTIGOS COMPLETOS E JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO

	BASE DE DADOS	AUTOR E ANO	ESTUDO	MOTIVO DA EXCLUSÃO
1	Google Scholar	Lee et al (2017)	Educational interventions for improving knowledge of dementia progression and the mental health of family carers: A systematic review	Centra-se especificamente em uma condição de saúde
2	PubMed	Perrin et al (2007)	A family-centered, community-based system of services for children and youth with special health care needs	Centra-se na definição e característica de serviços para crianças e jovens com necessidades especiais
3	Proquest	Gavagan (2008)	A systematic review of COPC: evidence for effectiveness	Centra-se na metodologia COPC (<i>do inglês community oriented primary care-COPC</i>) e não nas estratégias do método aplicado
4	Google Scholar	Ramelet, Wosinski, Feltin (2010)	A systematic review of effectiveness of patient therapeutic education in children diagnosed with cancer and their family on health outcomes including health-related quality of life measures and health care	Centra-se em cuidados para crianças com câncer
5	Scopus	Caballero et al (2017)	Addressing the mental health needs of latino children in immigrant families	Centra-se em um instrumento de avaliação
6	PubMed	MacKean et al (2012)	Advancing family-centred care in child and adolescent mental health: a critical review of the literature	Centra-se em termos e conceitos sobre Cuidados centrados na Família (<i>do inglês Family-centred care – FCC</i>)
7	Health Systems evidence	Dawson, Nkowane, Whelan (2015)	Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review	Centra-se no trabalho da enfermagem e parteiras
8	Proquest	Fisher et al (2017)	Are changes in Australian national primary healthcare policy likely to promote or impede equity of access? A narrative review	Revisão narrativa sobre a política nacional de atenção primária à saúde na Austrália
9	Google Scholar	Scott et al (2015)	Community Health Workers' Provision of Family Planning Services in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Effectiveness	Centra-se em intervenções de planejamento familiar

10	Campbell Colaboration	Iemmi et al (2015)	Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: A systematic review	Centra-se no envolvimento da comunidade na reabilitação de pessoas com deficiência física, e não as famílias
11	BVS	Perry et al (2017)	Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 1. rationale, methods and database description	Trata-se de protocolo para uma série de artigos
12	Google Scholar	Schleiff et al (2017)	Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 5. equity effects for neonates and children	Centra-se em indicadores para avaliar equidade
13	BVS	Black et al (2017)	Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary	Síntese de recomendações de uma série de artigos
14	Google Scholar	Perry et al (2017)	Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 6.strategies used by effective projects	Centra-se na apresentação de projetos do CBPHC (<i>em inglês community-based primary health care- CBPHC</i>) e não nos resultados
15	Cochrane Library	Lawrence, Kinn (2012)	Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature (Provisional abstract)	Centra-se nos cuidados centrados no paciente com AVC
16	Campbell Colaboration	Wollscheid et al (2013)	Effect of interventions to facilitate communication between families or single young people with minority language background and public services: A Systematic Review	Centra-se em instrumentos de comunicação
17	JB	Kerie, Sudhakar, Ali (2012)	Effectiveness of community based health interventions in improving access to maternal health services in developing countries - A Systematic Review	Trata-se de protocolo
18	Google Scholar	Brooks et al (2018)	Effectiveness of psychosocial interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review	Centra-se em avaliar a saúde psicológica dos cuidadores de idosos com demência
19	Campbell Colaboration	Davis et al (2008)	Effects of second responder programs on repeat incidents of	Centra-se em programas de incentivo

			family abuse	e denuncia para violência
20	PubMed	Ahmann (1998)	Examining assumptions underlying nursing practice with children and families	Centra-se em modelos de assistência
21	Cochrane Library	Haesler, Bauer, Nay (2006)	Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting (Structured abstract)	Centra-se no relacionamento entre profissionais e membros da família
22	BVS	Doab, Fowler, Dawson (2015)	Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia	Centra-se nos fatores que influenciam a separação de mães e seus filhos
23	Cochrane Library	Shields, Pratt, Hunter (2006)	Family centred care: a review of qualitative studies (Structured abstract)	Centra-se em cuidados para famílias em ambientes hospitalares
24	Scopus	de Hoog, Portegijs, Stoffers (2013)	Family history tools for primary care are not ready yet to be implemented. A systematic review	Centra-se em instrumentos para histórico familiar
25	Google Scholar	Feldman et al (2018)	Family-Based Interventions Targeting Improvements in Health and Family Outcomes of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: a Systematic Review	Centra-se no cuidado de crianças e adolescentes portadores de Diabetes Tipo 1
26	Scopus	McCalman et al (2017)	Family-centred interventions by primary healthcare services for Indigenous early childhood wellbeing in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review	Centra-se em serviços de saúde primários na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e EUA
27	Campbell Colaboration	Lucas et al (2008)	Financial benefits for child health and well-being in low-income or socially-disadvantaged families in developed world countries	Centra-se em benefícios financeiros, estudo inconclusivo
28	Cochrane Library	Joyce et al (2010)	Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing	Centra-se no tipo de contrato dos trabalhadores de saúde. Resultados inconclusivos.
29	PubMed	Kelly et al (2012)	How children's rights are constructed in family-centred care: a review of the literature	Centra-se nos direitos das crianças, revisão narrativa
30	PubMed	Nora, Junges (2013)	Humanization policy in primary health care: a systematic review	Centra-se na humanização na atenção primária
31	Scopus	Wu, Orlando (2015)	Implementation of health risk assessments with family health history: Barriers and benefits	Centra-se em instrumentos para histórico familiar
32	BVS	O'Campo et al (2011)	Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a	Centra-se em instrumento para mulheres vítimas de violência

			realist-informed systematic review	
33	Campbell Colaboration	Coren et al (2013)	Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles instreet-connected children and young people: a systematic review	Centra-se em redução de danos para crianças e jovens moradores de rua
34	Cochrane Library	Chung et al (2008)	Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force./ Revisão sistemática/Atualização	Centra-se em aleitamento materno
35	Health Systems evidence	Lau et al (2012)	Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: A systematic review and meta-analysis	Centra-se em taxas de vacinação para adultos
36	Google Scholar	Pega et al (2013)	In-work tax credits for families and their impact on health status in adults	Centra-se nos efeitos dos créditos tributários para famílias
37	Campbell Colaboration	Marx et al (2017)	Later school start times for supporting the education, health and well-being of high school students: a systematic review	Centra-se em horários escolares
38	PubMed	Svavarsdottir (2006)	Listening to the family's voice: Nordic nurses' movement toward family centered	Centra-se no trabalho de enfermagem
39	Scopus	Plat et al (2009)	Obtaining the family history for common, multifactorial diseases by family physicians. A descriptive systematic review	Centra-se em ferramentas para avaliar riscos genéticos
40	Google Scholar	Ryan et al (2015)	Parent and family factors associated with service use by young people with mental health problems: a systematic review	Não descreve intervenções
41	PubMed	Health, Farre, Shaw (2019)	Parenting a child with chronic illness as they transition into adulthood: A systematic review and thematic synthesis of parents' experiences	Centra-se na experiência dos pais quanto a transição da fase de criança para adulto
42	Cochrane Library	Bor, Cohen, Galea (2017)	Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015	Centra-se na desigualdade de saúde nos EUA
43	BVS	Thury, Matos (2015)	Prevention of childhood obesity: a review of the current guidelines and supporting evidence	Centra-se em obesidade infantil
44	Scopus	Alexander et al (2017)	Preventive healthcare for young children: A systematic review of interventions in primary care	Centra-se no sobrepeso infantil
45	Google Scholar	Patnode (2016)	Primary Care Interventions to Support Breastfeeding Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force	Centra-se em amamentação

46	Proquest	Batista et al (2018)	Primary Health Care Models Addressing Health Equity for Immigrants: A Systematic Scoping Review	Centra-se no estudo dos modelos: “Atenção Médica Primária e “Atenção Primária à Saúde
47	Proquest	Alvarez (2015)	Primary health care research in Bolivia: systematic review and analysis	Centra-se em apresentar o desenvolvimento da APS na Bolívia
48	Scopus	Pritchett (2010)	Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research. A systematic review	Centra-se em instrumentos para famílias
49	PubMed	Franck, Callery (2004)	Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare	Centra-se em diferentes definições sobre cuidados centrados na família e serviços centrados na família
50	BVS	Nygren, Nelson, Klein (2004)	Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force	Centra-se em instrumentos de triagem
51	Google Scholar	XU J et al (2015)	Systematic review of experiences and effects of integrating post-abortion family planning services into existing health system worldwide	Centra-se na integração de serviços
52	Google Scholar	Produzido pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (2011)	Systematic review of integration of maternal, neonatal and child health and nutrition, family planning and HIV Executive Summary	Centra-se na integração de serviços
53	Google Scholar	Produzido pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (2011)	Systematic review of integration of maternal, neonatal, and child health and nutrition and family planning: Final report	Centra-se em apresentar um relatório final sobre a integração
54	Scopus	Wilson et al (2009)	Systematic review: Family history in risk assessment for common diseases	Centra-se em instrumento para história familiar
55	Google Scholar	Cheng, Chair, Chau (2012)	The effectiveness of caregiver psychosocial interventions on the psychosocial wellbeing, physical health and quality of life of stroke family caregivers and their stroke survivors: A systematic review	Centra-se em cuidados para pacientes com AVC
56	Google Scholar	Hopkinson et al (2012)	The Effectiveness of Patient-Family Carer (Couple) Intervention for the Management of Symptoms and Other Health-Related Problems in People Affected by Cancer: A Systematic Literature Search and	Centra-se em cuidados para pacientes com câncer

			Narrative Review	
57	Health Systems evidence	Guise et al (2003)	The Effectiveness of Primary Care Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force	Versão anterior a duas atualizações, de 2008 e 2016
58	PubMed	DeRigne (2012)	The employment and financial effects on families raising children with special health care needs: an examination of the evidence	Centra-se nos efeitos financeiros para famílias com crianças com necessidades especiais
59	JBÍ	Loureiro et al (2015)	The experience of programs to promote health in retirement: a systematic review of qualitative evidence	Centra-se no impacto de programas de aposentadoria
60	Scopus	Bastos et al (2017)	The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review	Centra-se na Estratégia de Saúde da Família
61	PubMed	McCusker et al (2017)	The Management of Depression in Older Adults and Their Family Caregivers: Findings from a Research Program in Quebec	Estudo em francês
62	Campbell Colaboration	Turner, Macdonald (2008)	Treatment Foster Care for Improving Outcomes in Children and Young People: A Systematic Review	Centra-se em crianças e jovens que vivem em ambientes fora do lar
63	PubMed	Petriwskyj et al (2015)	What Health and Aged Care Culture Change Models Mean for Residents and Their Families: A Systematic Review	Centra-se em residência para idosos

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE C

**REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA OPÇÃO 1:
PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE**

ESTUDO	ELEMENTOS DA OPÇÃO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS	AMSTAR	PROPORÇÃO DE ESTUDOS QUE INCLUÍRAM A POPULAÇÃO-ALVO	PROPORÇÃO DE ESTUDOS REALIZADOS EM <i>LOW MIDDLE INCOME COUNTRIES</i> (LMI) E DEMAIS PAÍSES	PROPORÇÃO DE ESTUDO COM FOCO NO PROBLEMA	ÚLTIMO ANO DE BUSCA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS
Roozen, Waart, Kroft, 2010	Sessões terapêuticas com terapeutas treinados, de 10 semanas há 6 meses. A filosofia é similar à do programa Alcoólicos Anônimos e instrui os membros da família a aceitarem ser impotentes e, consequentemente, ensina as outras pessoas interessadas (CSOs) a se separarem com amor dos usuários e a resistirem a qualquer esforço para não influenciarem o	O objetivo desta revisão sistemática foi comparar o Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (CRAFT) com o modelo dos Alcoólicos Anônimos / Narcóticos Anônimos (AI-Anon / Nar-Anon) e a intervenção do Instituto Johnson, em termos de sua capacidade de envolver os pacientes no tratamento e melhorar o relacionamento com outras pessoas interessadas (CSOs).	Quatro estudos de alta qualidade foram selecionados com uma amostra total de 264 CSOs. Destes, apenas um avaliou as CSOs nos três modelos de tratamento, sendo que o CRAFT conseguiu envolver 64% dos pacientes identificados (IPs) no tratamento, em comparação com 30% do Instituto Johnson e 13% dos AI-Anon. Apesar das fortes evidências de que as intervenções do CRAFT são mais eficazes comparadas aos demais modelos, o número limitado de estudos disponíveis levanta a necessidade	4/11	4/4	Não disponível	4/4	Não disponível

	comportamento do usuário.		de melhor investigação da eficácia das intervenções do CRAFT em relação aos demais modelos. Há uma crescente conscientização de que os membros da família podem ter um papel importante em incentivar os pacientes a procurar ajuda para seus problemas com uso de substâncias e continuar envolvidos com os serviços de tratamento.					
Lindstrom et al, 2013	A Terapia Familiar Estratégica Breve (Sigla em Inglês - BSFT) é uma terapia familiar dirigida a jovens e suas famílias, que reconhece a importância do sistema familiar no desenvolvimento e tratamento de problemas de uso de drogas em jovens. Tem como objetivo promover mudanças nas interações relevantes para os problemas identificados nas famílias, e em membros individuais da família que parecem	Avaliar as evidências atuais sobre os efeitos da BSFT na redução do uso de drogas para jovens em tratamento para uso de drogas não-opioides e, se possível, examinar os moderadores dos efeitos da redução do uso de drogas para determinar se o BSFT funciona melhor para tipos específicos de participantes.	Dos três estudos selecionados, a meta-análise apresentou efeito significativo do BSFT comparado a outros programas na manutenção do tratamento, porém sem efeito para o funcionamento familiar, comportamento de risco e na frequência da utilização de drogas não opioides pelos jovens. Em resumo, essa revisão não trouxe evidências suficientes da eficácia do BSFT para os jovens em tratamento. Os resultados da revisão devem ser interpretados com muita cautela, dada a quantidade extremamente pequena	10/11	3/3	EUA-HI (3)	3/3	2011

	particularmente resistentes à mudança.		de dados disponíveis e, portanto, o baixo poder estatístico para detectar os efeitos do BSFT.					
Lindstrom et al, 2015	A terapia comportamental familiar (FBT) é uma intervenção orientada para comportamento e para habilidades, que pode incluir até 20 sessões de tratamento de 1 a 2 horas. A duração varia de 6 a 12 meses.	Avaliar as evidências atuais sobre os efeitos do FBT na redução da frequência de uso de drogas para jovens em tratamento ambulatorial para uso de drogas não opioides e, se possível, examinar os moderadores dos efeitos da redução do uso de drogas, especificamente analisar se o FBT funciona melhor para tipos específicos de participantes.	Os dois estudos identificados mostraram que a terapia comportamental familiar (FBT) pode melhorar o funcionamento familiar conforme relato dos pais em comparação com os programas de aconselhamento de apoio (SC) e solução cognitiva individual de resolução de problemas (ICPS), não sendo identificado o mesmo na redução da frequência da utilização do uso de drogas e no efeito sobre o comportamento de risco. Apenas um estudo relatou os resultados em 12 meses de pós-consumo e foram relatadas análises separadas para os momentos de acompanhamento. Os dois estudos relataram escores médios ao longo dos seis meses durante o tratamento, que poderiam ser agrupados. Apenas um estudo relatou resultados aos 12 meses após a ingestão, onde foi realizado análises separadas	10/11	2/2	EUA- HI (2)	2/2	Até outubro de 2014

			para esses momentos.					
Filges, Andersen, Jorgensen, 2018	A Terapia Familiar Funcional (FFT) é um programa de terapia familiar orientado para mudança de comportamento em curto prazo, baseado em manuais, para jovens com problemas comportamentais, como abuso de drogas, delinquência juvenil e violência. Tal como acontece com muitas outras formas de terapia familiar, a FFT tem como alvo os jovens e suas famílias como um sistema. Como tal, reconhece o importante papel do sistema familiar no desenvolvimento e tratamento dos problemas de abuso de drogas dos jovens.	Avaliar as evidências atuais sobre os efeitos da Terapia Familiar Funcional (FFT) na redução do abuso de drogas para jovens em tratamento para uso de drogas não opióides.	Essa revisão identificou dois estudos, os quais compararam a Terapia Familiar Funcional (FFT) com outras intervenções. Apenas um dos estudos relatou resultados positivos sobre o efeito da FFT na redução do uso de drogas no seguimento de 4 meses, sem diferença estatisticamente significativa no seguimento de 7 meses. Em resumo, atualmente não há evidências suficientes para tirar conclusões.	9/11	2/2	EUA-HI (2), México- UMI(1)	2/2	Até julho de 2013
Filges et al, 2015	A Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) é um tratamento orientado para a família, projetado para eliminar o abuso de drogas e problemas	Avaliar as evidências atuais sobre os efeitos do MDFT na redução do abuso de drogas para jovens (de 11 a 21 anos) no tratamento do abuso de drogas não opióides e, se	Foram selecionados cinco estudos sobre o efeito da Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) para o tratamento de uso de drogas não-opioides entre jovens de 11 a 21	10/11	5/5	EUA- HI(4), Países Europeus (1)	5/5	Outubro de 2014

	<p>associados na vida dos jovens. A MDFT é uma das várias formas de terapia familiar que atendem às características gerais das terapias familiares, na medida em que lida com os jovens e suas famílias como um sistema durante todo o tratamento. Duração de 12 a 15 sessões, durante um período de 12 a 15 semanas, 6 sessões com os jovens, 3 com os pais e 6 com toda a família.</p>	<p>possível, examinar moderadores da redução do abuso de drogas e seus efeitos, analisando especificamente se o MDFT funciona melhor para tipos específicos de participantes.</p>	<p>anos. Os resultados dos estudos trazem uma diferença pequena na eficácia da Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), em comparação a outros tratamentos na redução do uso de drogas e na retenção do tratamento; no entanto, a evidência foi bastante limitada nos campos da educação, funcionamento familiar e comportamento de risco. Os tratamentos com os quais o MDFT foi comparado nos estudos incluídos foram Terapia Comportamental Cognitiva (TCC), grupo de pares, tratamento usual (TAU), terapia de grupo adolescente (AGT) / terapia educacional multifamiliar (MEI) e Terapia de Aperfeiçoamento Motivacional / Terapia Comportamental Cognitiva (MET / CBT5) / Abordagem de reforço da comunidade de adolescentes (ACRA). Os dados disponíveis apoiam a hipótese de que há um pequeno efeito de redução da frequência</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--	--

			de abuso de drogas ao administrar MDFT a jovens usuários de drogas em comparação com outros tratamentos 6 meses após o consumo de uso de drogas mas o efeito parece desaparecer 12 meses após sua ingestão.					
Yuen, Toumbourou, 2011	Intervenção individual ou em grupo. Os pais participaram de oito sessões semanais, de duas horas de duração, para treinamento de habilidades para enfrentamento do uso de drogas entre adolescentes O programa consistiu em 12 sessões de tratamento familiar, baseadas em reforço, oferecidos aos membros da família com o objetivo de ajudá-los a intervir e envolver o usuário no tratamento.	Identificar se as intervenções familiares individuais e em grupo para o abuso de substâncias melhoram a saúde mental dos pais e outros membros da família. A revisão procurou identificar os efeitos da intervenção direta e indireta sobre sintomas depressivos e angústia geral.	Em nove estudos identificados nessa revisão, as intervenções familiares individuais ou de grupo têm ajudado os pais e famílias a lidar com adolescentes em uso de substâncias, melhorando a saúde mental dos pais, como a depressão. Entre os efeitos positivos sobre o bem-estar familiar, encontrados nos estudos, estão a melhora do funcionamento familiar e suas relações, redução de sintomas de estresse, redução no uso de substâncias pelos adolescentes e aumento do suporte social. Quatro estudos examinaram os efeitos diretos das intervenções na depressão e na saúde mental dos membros da família. Três dos estudos encontraram	3/11	9/9	Não disponível	9/9	2007

			<p>efeitos significativos de intervenção direta de intervenções familiares para problemas de uso / comportamento de adolescentes na melhoria dos níveis de depressão de membros da família ou saúde mental geral. Seis dos nove incluíram estudos de intervenção familiar que analisaram quantitativamente a eficácia do programa. Esses seis estudos produziram um total de 63 avaliações de resultados e encontraram 41 efeitos positivos significativos no bem-estar dos membros da família. Três estudos avaliaram a eficácia de programas de intervenção com base na família usando um desenho de métodos qualitativos ou mistos. Os estudos relataram principalmente efeitos positivos para os membros da família. Os resultados de dois dos estudos qualitativos também demonstraram melhorias no suporte social para os membros da família. Em conclusão, os resultados desta revisão não são</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			definitivos, mas sugerem que a intervenção familiar para abuso de substâncias na adolescência tem o potencial de desempenhar um papel na promoção da saúde mental e bem-estar dos familiares envolvidos. É possível que as melhorias no bem-estar sejam impactadas tanto pelos efeitos diretos da intervenção familiar de reduzir a depressão dos pais quanto pelos efeitos indiretos de melhorar os resultados que afetam o sofrimento dos pais.					
Bower et al, 2001	Terapia comportamental ou terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, aconselhamento não diretivo, terapia dinâmica, avaliação e orientação psiquiátrica, educação e orientação dos pais, trabalho em grupo e educação infantil. Terapias envolviam de 1 a 12 sessões. Também foram incluídos estudos educacionais envolvendo a	Revisar sistematicamente as evidências sobre a eficácia das intervenções para problemas de saúde mental na infância e adolescência na atenção primária, e intervenções destinadas a melhorar as habilidades da equipe de atenção primária.	Dos vinte e cinco estudos selecionados, a maioria avaliou o tratamento especializado na atenção primária ou tratamento ofertado por enfermeiros comunitários, sendo poucos os que avaliaram o trabalho dos médicos. Apesar da inconsistência dos estudos quanto a qualidade, intervenções e resultados, em geral, pode-se dizer que os cursos de curta duração, aplicados aos profissionais na atenção primária,	3/11	25/25	Não disponível	25/25	1999

	equipe de profissionais da atenção primária.		podem promover confiança à equipe e aumento do conhecimento, porém são poucas as evidências quanto à mudança de comportamento profissional e à melhora do tratamento da criança e adolescente. Um programa significativo de pesquisa é necessário para compreendero potencial dos serviços de saúde mental infantil e adolescente na atenção primária. Embora alguns dos estudos discutam o uso de recursos e os custos, nenhum forneceu uma análise econômica.					
Furlong et al, 2011	Intervenções simples como treinamento individual de pais, discussão de grupo não comportamental, treinamento de professores, pais e crianças. Este programa consistia em breves vinhetas em vídeo de interações típicas entre pais e filhos, discussões em grupo, dramatizações e	Avaliar e resumir criticamente as evidências atuais sobre o uso crescente de recursos, custos e custo-efetividade dos programas de parentalidade comportamental e cognitivo-comportamental em grupo, quando comparados ao tratamento usual.	Esta revisão identificou treze artigos sobre intervenções para pais de crianças de 3 a 12 anos com problemas de comportamento. Intervenções comportamentais baseadas em grupo, comportamentais e cognitivo-comportamentais, são de baixo custo e parecem ser eficazes na melhora do comportamento infantil e na saúde mental dos pais e no	10/11	13/13	EUA-HI (5) Reino Unido-HI (3), Irlanda-HI (1), Bélgica-HI (1), Noruega-HI (1), Suécia -HI (1), Austrália-HI (1)	13/13	2011

	lições de casa para promover habilidades parentais positivas.		aprimoramento de suas habilidades, porém a curto prazo. Havia dados limitados sobre o tipo de apoio que os pais receberam, tipos de problemas emocionais da criança e suas habilidades. Os estudos incluídos também apresentaram desfechos insuficientes.					
Piquero et al, 2008	A maioria dos estudos incluídos nesta meta-análise utilizou algum tipo de programa de treinamento de pais, que normalmente envolvia sessões de treinamento de pais individuais ou em grupo que eram conduzidas em uma clínica, escola ou algum outro tipo de site baseado na comunidade.	Sintetizar as evidências empíricas existentes (publicadas e não publicadas) sobre os efeitos de programas de treinamento familiar precoce para pais, implementados na primeira infância na prevenção de problemas de comportamento infantil, incluindo comportamento antissocial e delinquência.	Foi identificado nessa revisão 55 artigos, sendo que os programas de formação para pais estavam presentes em 47 estudos e 8 abordaram programas de visitas domiciliares. Em todos os estudos, o foco da intervenção foram fatores familiares e família. Programas iniciados antes do parto ou no início da infância foram eficazes para a prevenção de comportamento antissocial e delinquência. Os resultados deste estudo corroboram a importância da socialização dos pais no início da vida das crianças, tanto em termos de seu efeito geral quanto na magnitude do efeito em particular, e impulsionam as	5/11	55/55	EUA-HI (38), Austrália –HI (7), Reino Unido- HI (5), Canadá -HI (2), Holanda-HI (1), Nova Zelândia –HI (1), China –UMI (1)	55/55	Não disponível

			<p>políticas que são voltadas para o fortalecimento das famílias, proporcionando treinamento aos pais no início da vida. Os estudos incluídos nesta revisão mostraram que os problemas de comportamento na infância, incluindo o comportamento antissocial e o crime, podem ser evitados, até certo ponto, com programas de treinamento familiar bem concebidos e bem implementados. É importante observar que os programas de cuidado parental também demonstraram ter outros benefícios, como aumentar o nível educacional, reduzir a gravidez na adolescência, melhorar o bem-estar econômico e promover a saúde. Essas descobertas oferecem apoio adicional para uma série de programas de larga escala que foram implementados em nações ocidentais para melhorar as habilidades parentais de mães novas e para ajudar a impedir que seus filhos tenham problemas de</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			criminalidade.					
Littell, Burnee, Forsythe, 2005	<p>A Terapia Multissistêmica (Sigla em Inglês - MST) é uma terapia multifacetada, de curto prazo, de intervenção domiciliar e comunitária para famílias de jovens com graves problemas psicossociais e comportamentais. O MST foi desenvolvido para resolver problemas psicossociais complexos e fornecer alternativas para crianças e jovens que estão fora de suas casas. As características clínicas do MST incluem uma avaliação abrangente do desenvolvimento infantil, interações familiares e interações de membros da família em outros sistemas sociais.</p>	Fornecer estimativas imparciais dos impactos do MST em acordos restritivos de moradia fora de casa, crime e delinquência e outros resultados comportamentais e psicossociais para jovens e famílias.	<p>Os resultados apresentados nos oito estudos selecionados na revisão sistemática demonstraram que a Terapia Multissistêmica (MST) aplicada a jovens de 10 a 17 anos e suas famílias apresenta várias vantagens sobre outros serviços por se tratar de intervenção abrangente, que trata problemas psicossociais complexos. Porém as evidências sugerem que o MST não é consistentemente mais eficaz do que outras alternativas para jovens com problemas sociais, emocionais ou comportamentais. É importante reconhecer que pode haver limites reais para os tipos de resultados que podem ser alcançados com intervenções de curto prazo, individuais e focadas na família, não importa quão bem desenhadas e bem-intencionadas essas intervenções sejam. Talvez intervenções mais robustas e duradouras e / ou apoios econômicos,</p>	7/11	8/8	EUA- HI (6), Canadá –HI (1), Noruega-HI (1)	8/8	2003

			educacionais, médicos e terapêuticos mais consistentes para jovens e famílias sejam necessários para alcançar melhorias duradouras no funcionamento da juventude e da família.					
Cluxton - Keller et al, 2015	Terapia Familiar e Terapia Cognitivo-Comportamental. O tipo de modelo de terapia familiar foi dicotomizado em intervenções cognitivo-comportamentais (n = 2 estudos) e intervenções comportamentais (n = 3 estudos). A modalidade de entrega foi categorizada em sessões individuais de terapia familiar (n = 4 estudos) e sessões de grupo multifamiliares (n = 1 estudo).	Avaliar as evidências existentes sobre a eficácia clínica das intervenções terapêuticas familiares realizadas em contextos gerais de atenção primária pediátrica, a fim de melhorar a saúde mental parental e o funcionamento familiar.	Oito estudos foram selecionados, os quais mostraram que as intervenções terapêuticas familiares (sessões individuais da família e em grupo), e as intervenções preventivas parentais implementadas no contexto de saúde mental, melhoraram significativamente a saúde dos pais e a interação pai-filho após 6 meses de tratamento e o sofrimento dos pais após 12 meses de intervenção. No geral, foram encontradas reduções dos problemas de saúde mental dos pais e interação disfuncional pai-filho, aos 6 meses após a intervenção; e reduções no sofrimento dos pais aos 12 meses após a intervenção. A recomendação principal é que pesquisas futuras ampliem o conhecimento existente	5/11	8/8	Não disponível	8/8	2015

			com uma variedade de populações, diferentes tipos e dosagens de intervenções terapêuticas familiares. O estudo pode servir como um catalisador para futuras pesquisas sobre a eficácia de intervenções terapêuticas focadas na saúde mental dos pais e no funcionamento da família na atenção primária pediátrica.					
Healy, Kaiser, Puffer, 2018	Intervenções de natureza educativa baseadas na família	Examinou intervenções de base familiar implementadas em países de baixa e média renda (LMICs), por provedores não especializados (PTS), destinados a jovens com problemas de saúde mental e suas famílias.	Os resultados apresentados em dez estudos selecionados na revisão sistemática apontaram que as intervenções baseadas na família utilizadas pelos estudos, no geral, incluíram ensino de habilidades os quais demonstraram ser bastante consistentes e tiveram boa aceitação em diversos contextos culturais quando aplicados por provedores não especializados. Para futuros estudos, estabelecer e avaliar modelos sustentáveis de treinamento e supervisão informando seus impactos dos diferentes modelos de formação, será de grande valia.	3/11	10/10	O estudo faz referência aos países, porém não à quantidade de estudos realizados em cada país. Tailândia,-UMI, Libéria-LI, República Democrática do Congo-LI, China,-UMI, Burundi-LI, ,Paquistão-LMI e na Índia-LMI	10/10	Não disponível

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE D

REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA OPÇÃO 2: ESTRATÉGIAS CENTRADAS NO CUIDADO À FAMÍLIA

ESTUDO	ELEMENTOS DA OPÇÃO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS	AMSTAR	PROPORÇÃO DE ESTUDOS QUE INCLUÍRAM A POPULAÇÃO-ALVO	PROPORÇÃO DE ESTUDOS REALIZADOS EM <i>LOW MIDDLE INCOME COUNTRIES</i> (LMI) E DEMAIS PAÍSES	PROPORÇÃO DE ESTUDO COM FOCO NO PROBLEMA	ÚLTIMO ANO DE BUSCA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS
Kuhlthau et al, 2011	Intervenção centrada na família (sigla em Inglês - FCC) com sessões individualizadas por família, quinzenais, em que cada criança tinha um plano de saúde individual; as famílias serviam como assessoras da equipe de assistência. Um boletim de notícias da família foi criado.	Entender como o cuidado centrado na família com crianças com necessidades especiais (sigla em Inglês CSHCN) está associado à melhoria da saúde e bem-estar da família. Os FCC receberam amplo apoio nos EUA. Esta revisão de FCC focalizou especificamente a parceria prestador-família.	Os 24 estudos incluídos tinham como população-alvo CSHCN: 13 eram com crianças com deficiências e/ou múltiplas condições crônicas, 6 artigos envolveram crianças com asma e 5 artigos outras condições crônicas específicas. Houve associações positivas entre FCC e: melhores resultados em saúde para as crianças com CSHCN; utilização eficiente dos serviços de saúde; acesso aos cuidados de saúde; melhor comunicação entre o provedor em saúde e a família e melhora no	6/11	24/24	EUA-HI (24)	24/24	2010

			funcionamento familiar. Com os resultados positivos na maioria dos estudos analisados na revisão e diversos argumentos convincentes, recomenda-se o uso da FCC, por indivíduos e organizações.					
Deek et al, 2016	Sessões educacionais presenciais, telefonemas, folhetos, visitas educacionais pré-agendadas a pacientes e cuidadores familiares. Três categorias de intervenções foram identificadas: estratégias de autocuidado, habilidades de enfrentamento e educação e apoio,	Identificar elementos de intervenções eficazes de autocuidado centradas na família que possam melhorar os resultados de adultos que vivem com condições crônicas.	Nos 10 estudos selecionados, as intervenções centradas na família apresentaram melhores resultados quanto a readmissão hospitalar, qualidade de vida, autocuidado e a adesão medicamentosa, quando comparadas a grupos-controle; no entanto, o número limitado de estudos, a heterogeneidade das populações e os diferentes desfechos clínicos estudados dificultaram identificar quais são os elementos eficazes das intervenções centradas na família. Envolver a família no autocuidado tem mostrado alguns resultados positivos para pacientes com condições crônicas. Os benefícios do cuidado centrado na família podem ser mais prováveis em contextos	6/11	10/10	Suécia-HI (1); EUA-HI (6); Reino Unido- HI (2); Irã- UMI (1)	10/10	2014

			socioculturais específicos. A chave para esse sucesso é o acompanhamento desses pacientes com uma equipe multidisciplinar ou em uma clínica multidisciplinar.					
Szumilas, Kutcher, 2011	<p>No geral as intervenções consistiram de sessões educacionais e grupos de apoio. Intervenções baseados na escola: intervenções de aconselhamento para amigos íntimos do falecido e para funcionários da escola.</p> <p>Intervenções focada nas famílias: intervenções em grupo de apoio.</p> <p>Intervenção baseada na comunidade: campanhas de informação.</p>	Determinar a eficácia dos programas de posvenção em casos de suicídio e tentativas de suicídio, bem como sintomas de sofrimento, sofrimento mental e saúde mental amplamente definidos; e investigar sua relação custo-benefício.	<p>Os 16 artigos selecionados na revisão analisaram programas de prevenção de suicídio em ambiente escolar, centrados na família e na comunidade.</p> <p>Intervenções como grupo de apoio a mães enlutadas pela morte de um filho podem ser mais eficazes no sofrimento mental geral e pós-traumático. A qualidade da evidência para os programas baseados na escola foram em geral baixas, de baixa a moderada para os programas centrados na família e moderada para os programas baseados na comunidade. Em geral a qualidade das evidências do estudo foi baixa, pois o material dos estudos primários foi apresentado de forma descritiva ou teórica, porém uma série de</p>	3/11	16/16	O estudo faz referência aos países, porém não a quantidade de estudos realizados em cada país. EUA-HI, Canadá-HI e Reino Unido-HI	16/16	Não houve restrição na data de publicação

			<p>recomendações foram elaboradas a fim de instrumentalizar tomadores de decisão para implementação das intervenções.</p> <p>Nenhum efeito protetor de qualquer programa posvenção pode ser determinado para as mortes por suicídio ou tentativas de suicídio nos estudos disponíveis. Poucos efeitos positivos dos programas de posvenção nas escolas foram encontrados. Um estudo relatou efeitos negativos de uma posvenção. O treinamento de <i>gatekeeper</i> para posvenção proativa foi eficaz no aumento do conhecimento referente à intervenção em crises entre os funcionários da escola. A ação na cena do suicídio foi considerada útil para incentivar os sobreviventes a comparecerem a um grupo de apoio, em um centro de crise e procurar ajuda para lidar com a perda. O contato com uma posvenção de aconselhamento para sobreviventes familiares (cônjuges,</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>pais, filhos) de suicídio geralmente ajudou a reduzir o sofrimento psicológico a curto prazo. Não houve análise estatística de programas comunitários de posvenção para suicídio; no entanto, divulgação na mídia de relatos de suicídio e tentativas de suicídio foram adotadas por organizações de saúde mental em vários países. Não foram encontradas análises de custo-efetividade dos programas de posvenção para suicídio.</p>					
Meis et al, 2012	<p>Intervenção familiar com terapia de casal comportamental. Intervenção familiar breve para promover cuidados continuados e terapia de casal com foco no problema.</p>	<p>Atualizar as evidências existentes sobre a eficácia das intervenções familiares para famílias que têm membros com problemas de saúde mental, e facilitar as comparações das evidências entre os diferentes tipos de doenças de saúde mental.</p>	<p>Foram identificados 51 artigos que examinaram 21 intervenções familiares diferentes que envolveram parceiros íntimos ou familiares nos cuidados de adultos com sintomas de saúde mental. Tais estudos, compararam as intervenções familiares a uma intervenção psicossocial não familiar onde demonstraram que as intervenções familiares podem melhorar os sintomas da depressão, transtorno bipolar e</p>	4/11	51/51	EUA-HI (51)	51/51	2011

			<p>reduzir o consumo de álcool. No geral, os estudos apresentaram limitações de sua qualidade metodológica e múltiplas intervenções foram avaliadas em um estudo.</p> <p>Essa síntese de intervenções de casal e família para condições de saúde mental realizadas nos EUA indica que a família envolvida em tratamentos psicossociais de saúde mental melhora a saúde mental e os resultados familiares para algumas condições. Como segunda questão de pesquisa (ou seja, eficácia comparativa da terapia familiar com abordagens alternativas), os achados foram mistos e favoreceram amplamente o tratamento familiar ou resultaram em diferenças não significativas entre intervenções familiares e intervenções alternativas.</p> <p>No geral, 21 tratamentos diferentes foram avaliados e a maioria das</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>intervenções foi examinada em um único ensaio. A maioria dos estudos foi de qualidade média (n = 25) a baixa (n = 10), sugerindo necessidade de ECR de alta qualidade de tratamentos familiares para condições de saúde mental.</p>					
<p>Park et al, 2018</p>	<p>Educação e programas de treinamento. O apoio físico foi a intervenção mais usada, e refere-se à prestação de cuidados com base nas preferências, histórias, necessidades, desejos, habilidades e valores de cada paciente. Também foi utilizado educação em saúde, treinamento e consultoria personalizados, em abordagens individuais, em grupo e multidisciplinares. Essas intervenções proporciona conhecimento sobre estratégias de autocuidado, habilidades de enfrentamento e gerenciamento da</p>	<p>Sintetizar e avaliar as evidências provenientes de revisões sistemáticas publicadas sobre os efeitos de intervenções de cuidados centrados no paciente e na família; avaliar a qualidade das revisões sistemáticas, a fim de formular recomendações para melhorar a qualidade das revisões sistemáticas futuras.</p>	<p>Foram selecionados 28 revisões, que forneceram evidências dos efeitos de intervenções centradas no paciente e na família aplicadas a diversos pacientes, familiares e prestadores de serviços de saúde. Os resultados deste estudo indicam que o atendimento centrado no paciente e na família pode ser considerado uma abordagem crítica para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde por meio de resultados positivos para o paciente, e gerar um bom ambiente de trabalho para os profissionais.</p>	<p>6/11</p>	<p>28/28</p>	<p>EUA-HI (9), República da Coreia-LI (1), Austrália-HI (6), Reino Unido-HI (6), Canadá-HI (1), Suécia-HI (1), Holanda-HI (1), Portugal-HI (1), Espanha- HI (1), Noruega-HI (1)</p>	<p>28/28</p>	<p>2017</p>

	saúde, usando modalidades como <i>diálogos</i> , folhetos escritos, fitas de áudio e vídeos.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: elaboração própria

ANEXO A

FERRAMENTA AMSTAR
(A MEASUREMENT TOOL TO ASSESS THE SYSTEMATIC REVIEWS)

<p>1. Foi fornecido um projeto a priori?</p> <p>Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos antes da realização da pesquisa.</p> <p>[Nota: É necessário haver referência a um protocolo, aprovação ética ou objetivos da pesquisa pré-determinados / publicados <i>a priori</i> para marcar um "sim".]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>2. Seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente?</p> <p>A extração de dados deve ser realizada por pelo menos 2 pessoas de forma independente e deve ser definido um procedimento para resolver discordâncias.</p> <p>[Nota: É necessário que pelo menos 2 pessoas tenham feito seleção de estudos, 2 pessoas tenham feito extração de dados, e divergências resolvidas por consenso ou uma pessoa verificou o trabalho da outra.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente?</p> <p>Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O relatório deve incluir os anos e as bases de dados usadas (por exemplo, Central, EMBASE e MEDLINE). As palavras-chave e/ou os termos MeSH devem ser informados e, quando possível, a estratégia de busca deve ser fornecida. Todas as buscas devem ser complementadas por meio de consulta a conteúdos, revisões, livros-texto, cadastros especializados atualizados ou especialistas no campo de estudo específico e por meio de revisão das referências dos estudos encontrados.</p> <p>[Nota: Se foram utilizadas pelo menos 2 fontes + 1 estratégia suplementar, responda "sim" (Cochrane register / Central conta como 2 fontes; pesquisa em literatura cinzenta conta como literatura suplementar).]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>4. A situação da publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão?</p> <p>Os autores devem declarar que procuraram por estudos independentemente de sua situação de publicação. Os autores devem declarar se excluíram ou não quaisquer estudos (da revisão sistemática), com base em sua situação de publicação, idioma etc.</p> <p>[Nota: Se a revisão indica que houve uma busca por literatura cinzenta ou literatura não publicada, responder "sim". Banco de dados único, teses, anais de congressos e registros de estudos são considerados literatura cinzenta. Se a busca foi de uma fonte que contém literatura cinzenta e não cinzenta, deve-se especificar que eles estavam procurando literatura inédita.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>

<p>5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?</p> <p>Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos.</p> <p>[Nota: É aceitável que a lista dos estudos excluídos esteja apenas referenciada. Se houver um link eletrônico para acesso à lista, mas o link não está ativo, responda "não".]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>6. Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?</p> <p>Devem ser fornecidos de forma agregada (como uma tabela), dados sobre os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos originais. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados socioeconômicos relevantes, estágio da doença, duração, gravidade ou comorbidades.</p> <p>[Nota: É aceitável se não foi apresentado no formato de tabela, desde que contemple as informações acima descritas.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?</p> <p>Devem ser fornecidos <i>a priori</i> os métodos de avaliação (por exemplo, para estudos de eficácia, caso os autores optem por incluir apenas ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, controlados por placebo, ou alocação sigilosa como critérios de inclusão). Para outros tipos de estudos, é importante que existam itens alternativos.</p> <p>[Nota: Pode incluir o uso de uma ferramenta de avaliação de qualidade ou checklist (por exemplo, escala de Jadad, risco de viés, análise de sensibilidade, etc.), ou uma descrição de itens de qualidade, com algum tipo de resultado para cada estudo (é adequado informar escore "baixo" ou "alto", desde que claramente descritos os estudos que receberam esses escores. Não é aceitável um escore / intervalo resumo para todos os estudos em conjunto).]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?</p> <p>O rigor metodológico e a qualidade científica dos estudos deverão ser considerados na análise e conclusões da revisão e explicitamente informados na formulação de Recomendações.</p> <p>[Nota: Se foi dito algo como "os resultados devem ser interpretados com cautela, devido à má qualidade dos estudos incluídos", não é possível responder "sim" para esta pergunta, se respondeu "não" para a pergunta 7.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>

<p>9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?</p> <p>Para os resultados agrupados deve ser feito um teste para garantir que os estudos podiam ser agrupados e para avaliar a sua homogeneidade (teste de qui-quadrado para homogeneidade, I^2). Se houver heterogeneidade, deverá ser usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou a adequação clínica da combinação deverá também ser levada em consideração (isto é, combinar os resultados era apropriado?).</p> <p>[Nota: Responda "sim" se houve menção ou descreveu a heterogeneidade, ou seja, se os autores explicaram que os resultados não puderam ser agrupados por causa de heterogeneidade / variabilidade entre as intervenções.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?</p> <p>Uma avaliação de viés de publicação deve incluir uma combinação de ferramentas gráficas (por exemplo, um gráfico de funil e outros testes disponíveis) e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de regressão Egger, Hedges-Olken).</p> <p>[Nota: Se nenhum valor de teste ou gráfico de funil foi incluído, responda "não". Se houve menção que viés de publicação não pôde ser avaliado porque havia menos de 10 estudos, responda "sim".]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>
<p>11. O conflito de interesses foi informado?</p> <p>Possíveis fontes de apoio devem ser claramente informadas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos.</p> <p>[Nota: Para obter um "sim", deve indicar fonte de financiamento ou apoio à revisão sistemática e para cada um dos estudos incluídos.]</p>	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Não é possível responder</p> <p>☐ Não se aplica</p>

Fonte: Taminato et al, 2014, p. 55-6 (Traduzido de Shea et al, 2007; Shea et al, 2009)