UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA PAULA TURIN ROUILLER

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS: INTERVENÇÕES PARA SAÚDE DAS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

São Paulo
2019

ANA PAULA TURIN ROUILLER

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS: INTERVENÇÕES PARA SAÚDE DAS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

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:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rouiller, Ana Paula Turin
Síntese de evidências para políticas: intervenções para saúde das famílias na atenção primária à saúde / Ana Paula Turin Rouiller. São Paulo, 2019.
102 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

1. Família. 2. Política de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde pública. 5. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Ana Paula Turin Rouiller
Título: Síntese de evidências para políticas: intervenções para saúde das famílias 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 Mestra em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof.ª Dr.ª _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Elizabete, que está no céu, mas permanece viva em meu coração como exemplo de força, fé e amor.

À minha filha, Laura, por ter me escolhido, por ser minha melhor parte e minha luz.

Ao meu esposo, Giliardi, por incondicionalmente me amar e me ajudar a realizar sonhos.

Aos meus irmãos, Marina e Cleyton, porque, desde pequenos, seguimos superando desafios, mantendo nossos valores e contrariando as estatísticas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amar tanto, por me abençoar todos os dias e por permitir mais uma realização.

À minha filha, Laura, por ser inspiração para me tornar um ser humano melhor a cada dia e por ter um sorriso lindo, que aquece o meu coração.

Ao meu esposo, Giliardi, pelo amor, apoio, pela cumplicidade e paciência ao longo de todos esses anos.

À minha orientadora, Profª Drª Célia Maria Sivalli Campos, por todo apoio e paciência.

À Profª Dra. Cassia Baldini Soares, à Dra. Tereza Setsuko Toma, à Dra. Maritsa Carla de Bortoli e à Profª Dra. Maria Rita Bertolozzi pelas valiosas contribuições e disponibilidade desde o início dessa jornada.

A todos os docentes e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por contribuírem de alguma forma para a finalização deste projeto.

Às minhas colegas do Mestrado Aline Marion Kolle e Suellen Rios pelas risadas terapêuticas em meio às dificuldades. Vocês foram essenciais.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio ao longo dessa etapa. Em especial, à Dra. Patrícia Santa Rosa, que esteve sempre disposta a me ajudar.

“E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria”.

1 Coríntios 13:2

APRESENTAÇÃO

"[...]conhecimento emerge apenas através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si".
Paulo Freire

A inquietude e impaciência em adquirir saber, regados por uma boa quantidade de esperança fazem com que enfermeiros imersos no cotidiano assistencial, com diferentes características e desafios, voltem a sentar-se em uma sala de aula. Há momentos em que somos desafiados a entender e a mudar aquilo que nos incomoda diariamente. Os "porquês" voltam a transitar em nosso cérebro como acontece aos cinco anos idade. Como aquietá-los? Busco a resposta no Mestrado Profissional (MP). Nesse programa há possibilidade de encontrar algumas respostas através da análise crítica da realidade, e permanecer vivenciando o dia-a-dia nos serviços de saúde. Aquilo que foi apreendido pode facilmente ser transformado em prática no dia seguinte. A troca é constante e enriquecedora.

A instituição designada para iniciar essa missão foi a mesma escolhida para realizar a graduação, a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Esse espaço de grande aprendizado e de muitas histórias é também um dos meus maiores motivos para sentir orgulho. Primeiramente, porque foi o berço acadêmico de grandes representantes da enfermagem, incluindo as docentes que tive o privilégio de conhecer em atividade e que são exemplos para mim. Segundo, porque a EEUSP tem o poder de descortinar a realidade. É impossível não ser transformado nestas salas. Sinto-me presenteada por essa oportunidade.

Além da graduação em Enfermagem pela EEUSP, também conclui nessa instituição o curso de Licenciatura em Enfermagem. Enquanto que a especialização em Gestão em Enfermagem foi realizada na Universidade Federal de São Paulo.

No momento da minha inserção no Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária a saúde (MPAPS) atuava como enfermeira assistencial em um ambulatório de especialidades no munícipio de Osasco e concomitantemente, ministrava aulas para alunos do curso técnico de enfermagem no município de Barueri. Outra função desempenhada, foi a de enfermeira assistencial em unidade de terapia intensiva em um hospital de referência e de grande porte no município de São Paulo. Todas essas vivências e experiências contribuíram grandemente para minha formação e foram o combustível responsável pela intensa vontade de

contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem entregue aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) através do MPAPS.

Quando na prática hospitalar, por diversas vezes me deparei com histórias de pacientes que poderiam ter desfechos mais felizes caso tivessem a oportunidade de usufruir de uma atenção básica que atendesse as necessidades de saúde da população. Sabemos que enfrentamos inúmeras dificuldades em todo o território brasileiro e que há, infelizmente, grande interesse no desmonte do SUS. Neste contexto, a inquietação para entender quais são e de quem são os interesses para sucatear o SUS, me trouxeram até aqui.

O MP é também uma oportunidade de demostrar quão importante e definidor é o profissional enfermeiro no cuidado a população. É, ainda, um modo de deixar registrado o esforço em trazer mais visibilidade e reconhecimento para a profissão que escolhemos abraçar e defender, através da produção de um produto final que permita transformar a prática no SUS e os saberes da enfermagem.

Rouiller APT. Síntese de evidências para políticas: intervenções para saúde das famílias na atenção primária à saúde [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: Para responder necessidades em saúde, o Brasil reconheceu na Constituição Federal, em 1988, o Sistema Único de Saúde, como direito universal e dever do Estado, em serviços de atenção à saúde que operacionalizam diretrizes das políticas estatais. Neste contexto, a atenção a famílias foi incluída nas diretrizes de políticas estatais no país, seguindo tendências mundiais uma vez que, a partir da crise econômica mundial da década de 1970, as nações passaram a delinear políticas voltadas às famílias. **Objetivo:** este trabalho objetivou sintetizar as melhores evidências sobre intervenções, programas e políticas de saúde para famílias e propor opções de políticas nessa área, no âmbito da atenção primária à saúde. **Método:** a rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network* - EVIPNet) utiliza como metodologia as ferramentas Support (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*), que permitem a produção de documentos conhecidos como sínteses de evidências para políticas de saúde. As buscas por revisões sistemáticas foram realizadas nas bases de dados: PubMED, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cochrane Library*, *Health Systems Evidence* – HSE, ASSIA, ERIC e *Sociological Abstracts*, na plataforma ProQuest, Scopus, *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Campbell Collaboration*, Google Acadêmico, utilizando os descritores: "*Primary Health Care"* e "*Family*, entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019. Identificaram-se 2.131 artigos científicos e, após as exclusões dos artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão, 27 revisões sistemáticas foram incluídas. **Resultados:** As análises possibilitaram a formulação das seguintes opções para políticas: Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos; Programas de promoção da saúde e Estratégias comunitárias intersetoriais. As opções apresentam benefícios relacionados à diminuição da mortalidade materna, neonatal e infantil, como estratégias apresentadas estão a visita domiciliar, planejamento familiar, cuidados na fase pré-natal. Outras ações incentivam o autocuidado e a mudança do estilo de vida, que podem favorecer melhorias no controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de intervenções intersetoriais que integram saúde, educação e desenvolvimento social. **Conclusão:** as opções apresentadas neste estudo podem ser utilizadas para apoiar gestores e profissionais no avanço da construção de políticas de saúde. A implementação deve considerar a viabilidade de cada local e a avaliação da equidade, que é fundamental para que as opções propostas não aumentem as desigualdades. As opções encontradas centraram-se em intervenções que, em certa medida, envolveram familiares para apoiar a prevenção, o tratamento e a reabilitação de um dos seus membros. Havia relatos de intervenções consideradas ampliadas já que envolviam, além de famílias, outras pessoas da comunidade e outros setores além do setor saúde, no entanto, restringiam-se a responder problemas de saúde, não atingindo outras dimensões que caracterizam a reprodução social.
Produto técnico: Opções para políticas de saúde para famílias na atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Políticas de Saúde; Políticas Informadas por Evidências; Atenção Primária à Saúde; Saúde Coletiva; Enfermagem.

Rouiller APT. Synthesis of evidence for policies: interventions for families' health in primary health care [Dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: In response to health needs, in 1988 Brazil recognized the Unified Health System in the Federal Constitution as a universal right and duty of the state in health care services that operationalize state guidelines. Thus, family healthcare was included in the state guidelines in the country, following global trends. With the global economic crisis of the 1970s, nations began to outline policies aimed at families. **Aims:** This research aimed to synthesize the best evidence on family healthcare interventions, programs and policies and to propose policy options in this area, in the context of primary health care. **Method:** The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) uses Supporting Policy Relevant Reviews and Trials as its methodology, which enables the production of documents known as evidence syntheses for health policies. The search was conducted in the electronic databases PubMED, Virtual Health Library (VHL), Cochrane Library, Health Systems Evidence – HSE, ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts, na plataforma ProQuest, Scopus, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Campbell Collaboration and Google Scholar, using the descriptors "Primary Health Care" and "Family", between January 2018 and February 2019. The search yield a total of 2.131 articles, of which 90 were selected after the titles and summaries were read, and after reading the complete studies, 27 remained. **Results:** The analyzes made it possible to formulate the following policy options: Programmatic actions to prevent diseases and diseases; Health promotion programs and intersectoral community strategies. The options have benefits related to decreased maternal, neonatal and child mortality, as the strategies presented are home visiting, family planning, prenatal care. Other actions encourage self-care and lifestyle change may favor improvements in the control of risk factors for cardiovascular disease, as well as intersectoral interventions that integrate health, education and social development. **Conclusion:** The options presented in this study can be used to support managers and professionals in advancing health policy making. Implementation should consider the feasibility of each location and the equity assessment that is critical to the proposed options not increasing inequalities. The options found focused on interventions that, to some extent, involved family members to support the prevention, treatment and rehabilitation of one of its members. There were reports of interventions considered expanded since they involved, besides families, other people from the community and other sectors beyond the health sector, however, they were restricted to addressing health problems, not reaching other dimensions that characterize social reproduction.

Technical Product: Health Policy Options for Families in Primary Health Care.

KEYWORDS: Family; Health Policies; Evidence-based Clinical Practice; Primary Healthcare; Collective Health; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas do processo de formulação de políticas informadas por evidências 41
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção das revisões sistemáticas para análise..... 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Bases acessadas com breve característica e links..... 46
Quadro 2 - Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas 54
Quadro 3 - Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas 57
Quadro 4 - Achados relevantes para a opção 5, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas 59
Quadro 5 - Considerações sobre a implementação para a opção 1. 64
Quadro 6 - Considerações sobre a implementação para a opção 2. 65
Quadro 7 - Considerações sobre a implementação para a opção 5 66

LISTA DE SIGLAS

AMSTAR - *A Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*
APS - Atenção Primária à Saúde
BPC – Benefício da Prestação Contínua
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CBPHC – Atenção Primária à saúde baseada na comunidade
(*Community Based Primary Health Care*)
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DeCs - Descritores em Ciências da Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF – Estratégia Saúde da Família
EVIPNet – Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*)
HSE - Health Systems Evidence
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS – Instituto de Saúde
LMIC - Países de baixa e média renda (*Low- and Middle -Income Countries*)
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MPAPS - Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde
MS - Ministério da Saúde
NEv-IS - Núcleo de Evidência do Instituto de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado as famílias e Indivíduos
PAIF - Proteção e atenção Integral a Família
PBF – Programa Bolsa Família
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIE - Políticas Informadas por Evidências
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PSF - Programa Saúde da Família
SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUPPORT - (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*)
SUS - Sistema Único de Saúde
USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 19
1.1 O CONTEXTO SOCIAL 20
1.2 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SETOR SAÚDE VOLTADAS ÀS FAMÍLIAS NO BRASIL 22
1.3 A CENTRALIDADE DAS FAMÍLIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS 25
2. REFERENCIAL TEÓRICO 33
2.1 O CAMPO da SAÚDE COLETIVA, FAMÍLIA e ESTADO 33
3. OBJETIVOS 37
3.1 GERAL 37
3.2 ESPECÍFICOS 37
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 39
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 39
4.2 IDENTIFICAR NECESSIDADES DE EVIDÊNCIAS EM PESQUISA 44
4.3 IDENTIFICAR E AVALIAR EVIDÊNCIAS 45
5. RESULTADOS 53
5.1 QUADROS DE OPÇÕES 53
Opção 1 – Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos 53
Opção 2 – Programas de promoção da saúde 57
Opção 5 – Estratégias comunitárias intersetoriais 59
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM EQUIDADE 61
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES 64
6. CONCLUSÃO 68
7. REFERÊNCIAS 71
APÊNDICE 80
ANEXOS 100

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a saúde das famílias no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Para iniciar, far-se-á uma breve exposição sobre as diferentes definições de família existentes, suas formas de organização e transformação.

Na década de 80, a partir dos interesses do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais, a inserção da família ganhou notoriedade nas políticas públicas, como decorrência da crise econômica e política durante a chamada década perdida no Brasil trazendo como desafio a reorganização das famílias (Goldani, 1994; Chapadeiro, Andrade e Araújo, 2011).

A família se tornou valorizada como um importante espaço de proteção dos indivíduos, adequado para o desenvolvimento humano e social de seus membros. Porém, encontra-se sobrecarregada com um conjunto de atribuições decorrentes de um período de crise econômica e precarização dos serviços públicos que culminou na redução das responsabilidades do Estado, e por consequência a responsabilização das famílias pelos problemas vivenciados (Mesquita, 2011).

Diferentemente do que se manteve definido como família, o tradicional casal com filhos, de 1870 até os anos 1950, no Brasil as famílias vêm se modificando e se reconfigurando. O que impossibilita pensar a família com base naquele modelo único ou ideal, como no período em que o catolicismo e o pensamento positivista defendiam o modelo de família hierárquica com papéis, posições e comportamentos bem definidos: o homem, marido, pai e provedor do lar era considerado o chefe da família; à mulher, esposa e mãe, cabia o cuidado do lar, a procriação e a educação dos filhos, sendo valorizada por sua submissão e fidelidade ao marido; e os filhos deviam ser submissos e obedientes aos pais (Azzi, 1987). A legislação da época confirmava esse modelo de família padrão, higienizada e patriarcal.

O Decreto-Lei nº 3.200, de 19 de abril de 1941, dispunha sobre a organização e proteção da família, normatizando o casamento, filiação, pensões e benefícios às famílias em situação de miséria (Brasil, 1941). Esse padrão de família durou muitos anos e está na base da classificação que perdura até hoje, de que uma família é desestruturada quando é configurada diversamente a esse modelo. Segundo Araújo (2011), são assim classificadas por não atenderem ao padrão imposto pela burguesia conservadora; tal pensamento conservador predominou até a primeira metade do século XX, quando o pensamento liberal ganhou força concomitantemente ao incentivo à participação das mulheres na vida social e à crítica à rigidez

da educação católica. A família brasileira, então, passou a adquirir valores associados ao pensamento e a características progressistas, colocando em crise o conservadorismo.

O forte estímulo à aquisição de bens e serviços convida as famílias a se reorganizarem e o consumo passa a ser sinônimo de *status* e sucesso (Araújo, 2011). A inserção da mulher no mercado de trabalho logo após a Revolução Industrial ganhou estímulo, no contexto de aumento da produção de bens e de processo de acumulação. No Brasil, o trabalho feminino passou a ser mais solicitado em 1932 e vem sendo marcado por lutas em busca de igualdade de direitos e salários (Fonseca, 2015). Segundo Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011), tais lutas foram iniciadas ainda no final do século XIX e claramente influenciaram algumas conformações familiares que se veem hoje, uma delas em que são as mulheres o arrimo da família.

A luta feminista foi motivada pelas reivindicações por direitos democráticos como o direito ao voto, divórcio, educação e trabalho (Brasil, 2017a). A década de 1960 foi também marcada pela liberação sexual e pelo aumento do uso de contraceptivos, o que possibilitou à mulher a escolha de ter ou não filhos e quando tê-los, permitindo a busca por maior qualificação e aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (Birman, 2007).

Há, portanto, uma tendência à mudança da forma da família nuclear burguesa, que possivelmente cederá à realidade das mudanças sociais. Nas transformações atuais, pode-se observar uma diminuição no número de membros que constituem os grupos familiares, uma variedade de organizações e arranjos familiares, vinculados à diminuição da natalidade; ao aumento do número de divórcios; à formação das famílias monoparentais; à elevação das taxas de empobrecimento, que criam famílias a partir dos vínculos de solidariedade; à desterritorialização das famílias, decorrente dos movimentos migratórios; e à busca por novas oportunidades em diferentes regiões devido à incapacidade de o Estado responder com serviços e ações (Goldani, 1994; Brasil, 2004; Scott, 2012).

Famílias monoparentais, em destaque aquelas chefiadas por mulheres, particularmente as de classes sociais mais precárias, estão mais sujeitas ao adoecimento e à morte de seus membros como consequência das condições de vida, que estão relacionadas, por sua vez, ao desemprego ou a condições mais instáveis de trabalho, além de contarem com redes de apoio insuficientes ou inexistentes (Mioto, 2003). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2001, eram 53,3% as famílias brasileiras formadas por casais com filhos. Em 2009, esse número caiu para 47,3%. Ainda em 2001, 9,2% das famílias

brasileiras eram unipessoais, enquanto, em 2009, esse percentual aumentou para 11,5%. Já a porcentagem de casais sem filhos aumentou de 13,8 para 17,4% no mesmo período (IBGE, 2010b).

Quanto ao gênero do chefe das famílias, em 2001, as chefiadas por homens representavam 72,6% das famílias e por mulheres, 27,3%; já em 2009, eram 64,8% as famílias em que homens eram considerados a pessoa de referência e 35,1% o percentual de mulheres chefes de família (IBGE, 2010a). O crescimento populacional do número de idosos também tem sido motivador para as famílias se rearranjarem. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, em 2012, as pessoas com 60 anos ou mais somavam 25,4 milhões; em 2016, essa população superou a marca dos 30,2 milhões (IBGE, 2016). A família tem sido vista como fonte de apoio mais direta aos idosos, seja pela da corresidência seja pela transferência de recursos financeiros, porém, em algumas famílias, a renda proveniente das pensões e aposentadorias tem sustentado as famílias. Há, portanto, diferença entre as famílias em que o indivíduo com mais de 60 anos é o responsável pela residência e as famílias em que este indivíduo reside no domicílio na condição de parente da pessoa de referência para a família (Camarano *et al*., 2004). A corresidência de diferentes gerações tem sido determinada tanto por necessidades de manutenção da base material da vida, geralmente dos filhos por referência aos pais, quanto pela necessidade de cuidados por quadros de adoecimento, de dependência física, ou associados à renda insuficiente dos pais por referência aos filhos. Esta última também tem determinado a necessidade dos filhos – adultos jovens que permanecem residindo com os pais até se estabilizarem economicamente ou filhos adultos que se mantinham independentes retornam à casa dos pais devido a separação do cônjuge ou por desemprego (Camarano *et al*., 2004, p.137; Teixeira, Rodrigues, 2009; IBGE, 2010a). Portanto, as famílias vêm passando por um processo de transformação, num contexto em que o Estado passou a orientar políticas públicas que responsabilizam as famílias pela manutenção e proteção social de seus membros.

1.1 O CONTEXTO SOCIAL

Pode-se afirmar que políticas implementadas para mitigar ou para responder às necessidades da classe trabalhadora tiveram suas origens marcadamente no regime capitalista de produção, em meados do século XIX, a partir das mobilizações operárias e do surgimento dos movimentos populares e das lutas de classe. Foram concretizadas em 1834, com a Lei dos Pobres, que tinha por objetivo principal prestar assistência social para indivíduos comprovadamente sem condições de sustentar a si próprios e sem parentes e amigos a quem pudessem recorrer (Alves, 2015).

No pós-Segunda Guerra, os Estados de capitalismo central propuseram políticas para garantir o acesso ao consumo de bens materiais e imateriais, como saúde, educação, programas habitacionais; ou seja, acesso a sistemas de proteção social. Ficaram conhecidos como Estados de Bem-Estar Social. Embora tenham promovido o aumento no consumo, não houve modificação das bases capitalistas que reproduziam a desigualdade e a precarização nas condições de vida. Houve investimentos sociais, mas também a manutenção da exploração da força de trabalho e do controle sobre a população (Behring e Boschetti, 2006; Boschetti e Stein, 2007; Piana, 2009).

Iamamoto e Carvalho (2005) ressaltam que, embora estas conquistas favoreçam os trabalhadores e atendam suas necessidades de sobrevivência, ao serem instaladas e mediadas pela classe capitalista, "tornam-se um dos instrumentos políticos de reforço do seu poder". As autoras levantam a contradição existente na criação da política social, pois, ao mesmo tempo em que se trata de um meio para assegurar a manutenção da exploração da força de trabalho, ela também se configura na possibilidade de materialização de direitos conquistados diante das lutas emancipatórias.

No período pós-guerra, o *Welfare State* – Estado de Bem-Estar Social – se tornou uma forma de reconciliação entre a economia de mercado e a democracia (Esping-Andersen, 1991). Segundo Leme (2010, p. 120), as bases para o *Welfare State* são:

> "[...] a seguridade social, ou seja, um amparo ao trabalhador caso ocorra algum imprevisto, e ele perca temporária ou definitivamente sua capacidade de gerar renda; a ampliação das oportunidades de emprego e renda - garantia do pleno emprego -, o que geraria a chamada Demanda Efetiva; e, por fim, a ampliação das políticas sociais, enfim, políticas redistributivas e compensatórias, que tem o objetivo de minimizar as desigualdades sociais".

Esses princípios organizadores do *Welfare State*, chamados de "cidadania social", se expressaram nos direitos adquiridos e corresponderam a um padrão social mínimo que o Estado Moderno deveria assegurar aos seus cidadãos (Esping-Andersen, 1991).

Em 1970, esse sistema começou a apresentar falhas devido a uma nova onda de recessão econômica e de desaceleração do crescimento, que se somou à crise fiscal vivenciada pelos Estados. Dessa forma, ressurgiram velhas teorias em novos formatos. O (neo) liberalismo passou a declarar-se como alternativa para superação da crise em todo o mundo, através dos mercados financeiros (Leme, 2010).

Na receita do consenso para estabilização monetária e para pleno restabelecimento das leis de mercado, encontrava-se: a disciplina fiscal – para redução dos impostos sobre os capitais privados; mudanças das prioridades no gasto público – redução dos investimentos estatais em políticas públicas básicas; reforma tributária; taxas de juros positivas; taxas de câmbio de acordo com as lei do mercado; liberalização do comércio; fim das restrições aos investimentos estrangeiros; privatização das empresas estatais – principalmente as de caráter estratégico (tais como telecomunicações e energia) para compor “caixa” para o pagamento das dívidas externa e interna; desregulamentação das atividades econômicas; garantia dos direitos de propriedade; reformas no aparato burocrático do Estado, a fim de reduzir gastos em geral, incluindo aquelas com recursos humanos, culminando na flexibilização dos direitos trabalhistas (Bandeira, 2002; Leme, 2010).

O Estado neoliberal advém do Estado liberal – século XIX, numa construção ideológica em que, no arranjo das relações sociais, predomina a individualidade, a livre concorrência e a competitividade. O que regula as relações sociais e econômicas é a livre concorrência, o livre mercado, com a promessa de que o progresso individual produzirá o bem coletivo. Nessa lógica, o indivíduo deve buscar seus interesses econômicos (Esping-Andersen, 1991; Soares, 2014). No contexto do neoliberalismo, a miséria é naturalizada, entendendo-a como resultado da incapacidade humana e não do acesso desigual à riqueza. Nesse modelo, objetiva-se manter um Estado mínimo para as políticas sociais, em que o mesmo só deve interferir de formas complementares ao mercado, entendendo as políticas sociais como um incentivo ao ócio daqueles que não conseguem se reproduzir socialmente e um desperdício de recursos; devendo a pobreza ser mitigada por ações de instituições de caridade privadas (Behring, 2006; Behring, Boschetti, 2006).

Uma vez que o ideário neoliberal preconiza a reforma do Estado, com ênfase especial

nas privatizações e no ataque aos investimentos na previdência social, é possível perceber, segundo Behring e Boschetti (2006) a falta de compromisso com as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social. Assim, a constituição cidadã foi sendo atacada pela contrarreforma e vivenciou-se um retrocesso nas conquistas sociais.

O crescimento do neoliberalismo e outras ações conservadoras tornaram possível o "redescobrimento" da sociedade civil e suas organizações não governamentais, bem como as famílias, como instâncias de proteção, atuando na reorganização de uma sociedade solidária, ao mesmo tempo, defendendo e propondo a redução das funções do Estado (Cronemberger, Teixeira, 2015).

1.2 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SETOR SAÚDE VOLTADAS ÀS FAMÍLIAS NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, reconheceu a saúde como um direito universal e como dever do Estado (Brasil, 1988), recebendo a alcunha de "Constituição Cidadã", por incorporar a seguridade social como direito, integrando saúde, previdência e assistência, em atendimento às proposições da Reforma Sanitária e das diferentes esferas da sociedade que puderam participar de sua formulação (Paim, 2013). O direito à saúde, nesse contexto histórico, foi fruto de uma intensa insatisfação de diferentes setores da sociedade que se organizaram para se manifestar e lutar por mudanças.

A condição universal e igualitária do direito à saúde foi corroborada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, promulgada na Lei Orgânica n. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, regulamentando em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde (Brasil, 1990a). A Lei complementar n. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, reafirmando o início de uma nova política de saúde com sistema único, universal e descentralizado (Brasil, 1990c).

Na área da saúde, segundo Rosa & Labate (2005), o Programa Saúde da Família (PSF), que teve início em 1991, reestruturado posteriormente como Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criado com o objetivo de reorientar a assistência à saúde a partir da Atenção Básica, tendo a família como centro da atenção e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como principais mecanismos de atuação.

O dever do Estado de formular políticas públicas de modo a promover interrelação nos

campos econômico, social e de saúde está previsto na Lei n. 8.080/90, em seu Art 2°, parágrafo 1°:

> "O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil 1990a).

A Política Nacional de Assistência Social (Pnas), criada em 2004, alcançou conquistas. Para regulamentação do direito à assistência social, foi criada a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993, trazendo em seu Art 1º a necessidade de realizar, por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, a garantia do atendimento às necessidades básicas (Brasil, 1993).

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é resultado de deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, ocorrida em 2003, e trata de aspectos relacionados "às desigualdades e ausências de oportunidades". Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)[1] (2009), trata-se de mecanismo para diminuir a miséria, por meio da organização de serviços, benefícios e redes socioassistenciais do país, unificando serviços e benefícios, como o programa de Proteção e Atenção Integral à Família (Paif), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), Programa Bolsa Família, Benefício da Prestação continuada (BPC) e BPC na escola e as ações de Segurança alimentar e inclusão produtiva.

O Suas foi criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome (MDS) e sua gestão é compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O Paif é, segundo documento oficial (Brasil, 2015c), "um trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida". O atendimento é feito no Centro de Referência de Assistência Social (Cras), estrutura localizada no território.

O Suas divide-se em atenção social básica e atenção social especial, de alta e média complexidade. A Atenção Social Básica ocorre no Cras e tem como objetivo o atendimento às famílias com vínculos afetivos fragilizados, enquanto os Centros de Referência Especializados

[1] Em 2019 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) passou a ser denominado Ministério da Cidadania.

de Assistência Social (Creas) atendem famílias com vínculos rompidos, em situação de risco pessoal ou social, com violação de direitos, como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; trabalho infantil; discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia, entre outras (Brasil 2015b).

O atendimento no Creas ocorre por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (Paefi) (Brasil, 2009, 2015c). O Paif possibilita ainda o acesso ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que realiza atendimentos em grupo, com atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, entre outras, de acordo com a idade dos usuários, e tem o objetivo de

> "[...]fortalecer as relações familiares e comunitárias, promover a integração e a troca de experiências entre os participantes, valorizando o sentido de vida coletiva. O SCFV possui um caráter preventivo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades dos usuários" (Brasil, 2015c).

O Art. 6º da Constituição Federal do Brasil de 1988 inscreve a proposição de políticas de seguridade social como superação do assistencialismo do passado, marcado por ações de caridade, quando afirma que "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]" (Brasil, 1988)

A consolidação do Suas promove a possibilidade de se entender a assistência social como um direito público da população (Brasil, 2015c). No contexto das políticas públicas, a intersetorialidade é uma estratégia para superar a fragmentação e a fragilidade das políticas sociais e de saúde, para superar iniquidades sociais por meio do compartilhamento dos saberes técnicos dos diferentes setores (Nascimento, 2010). Para Inojosa (2001), a estrutura governamental é segmentada por saberes e conhecimentos, o que dificulta a prestação de serviços públicos de forma integral aos usuários. A intersetorialidade, que tem potencial para congregar diversos saberes e práticas, possibilita compreender as necessidades a partir da realidade concreta, e as peculiaridades das condições de vida da população são consideradas no seu todo (Junqueira 2004; Mioto e Schütz 2011; Carmo e Guizardi 2017).

Nas políticas de saúde e de assistência social, a intersetorialidade está presente na Pnas (2004, p.44), que traz em seu texto que "a concepção da assistência social como política pública tem como principais pressupostos a territorialização, a descentralização e a

intersetorialidade". Enquanto que na saúde está presente nas diretrizes e princípios da política nos itens II e X do art. 7º da Lei n. 8.080/90, que trata dos princípios em que ações nos serviços de saúde devem estar pautadas.

> "[...] II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...].
> X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico" (Brasil 1990a).

Para Nascimento (2010), as políticas de assistência e saúde se complementam, ainda que a política de saúde não faça menção à política de assistência na forma dessa lei.

1.3 A CENTRALIDADE DAS FAMÍLIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 226, define família como a base da sociedade e entende que unidade familiar pode ser formada por qualquer um dos pais e seus descendentes (Brasil, 1988). O Instituto Brasileiro de Geografia e Bioestatística (IBGE) define família como "conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residentes na mesma unidade domiciliar ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar" (Brasil, 1996).

A Política Nacional de Assistência Social (Pnas) define família como um grupo de pessoas que se encontram unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade. Não exclui, portanto, aspectos relacionados aos laços emocionais, que podem definir um grupo de pessoas como família, ainda que não dividam o mesmo imóvel ou tenham laços consanguíneos (Brasil, 2004).

A Constituição Federal do Brasil declara que a família tem especial proteção do Estado, proteção também reforçada no artigo 16 da Declaração de Direitos Humanos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948), que entende família como núcleo natural e fundamental da sociedade, com direito à proteção da sociedade e do Estado. Desde 1990, a constituição cidadã vem sendo atacada pela contrarreforma do Estado, de cunho neoliberal, com a justificativa de "ingovernabilidade", o que tem produzido retrocesso das conquistas sociais e constante retirada do Estado do seu papel de defensor da Constituição (Fagnani *et al*., 2008; Lourenço *et al*., 2017).

Para servir ao modelo econômico hegemônico contemporâneo, o capitalismo, as famílias têm estado cada vez mais desprotegidas, diante de um Estado mínimo para as

questões sociais e fortificado para responder a interesses do acúmulo de capital. Nesse contexto, a família entrou na pauta da agenda governamental das políticas públicas (Mioto, 2003).

A compreensão de família como instrumento de proteção social tem sido utilizada de forma a justificar o protagonismo das famílias nas políticas públicas. Segundo Mesquita (2011), para alcançar os objetivos do neoliberalismo, tem-se assumido uma tendência "familista" em que o Estado intervém de forma temporária, apenas quando ocorre falha na capacidade da família de satisfazer suas necessidades por meio da aquisição de bens e serviços no mercado.

Para Mioto (2003), as famílias são classificadas como "famílias capazes" e "famílias incapazes" de proteger seus membros, devendo as políticas públicas compensar essas falhas que estão, basicamente, relacionadas a prover sobrevivência, afeto e sociabilização dos membros não atendidos, das famílias incapazes, o que já promove a estigmatização daquelas famílias que recorrem ao Estado para ajudar de alguma forma na proteção de seus membros.

Nas políticas públicas, a família foi se tornando agente central de proteção social. No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), inscreveu-se que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar os direitos da criança e do adolescente (Brasil, 1990b). O mesmo texto pode ser observado no Estatuto do Idoso (2003) e no Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), demostrando a centralidade da família nestas políticas.

Mioto e Prá (2013), analisam a responsabilização das famílias e sua contradição em relação aos princípios da proteção social a partir dos Programas Brasil Carinhoso e Melhor em Casa, destacando a naturalização da incorporação da centralidade das famílias nas políticas públicas, com formato de humanização e bem-estar das mesmas, contrariando a lógica dos direitos sociais.

O Programa Brasil Carinhoso é parte do Plano Brasil Sem Miséria, criado em 2012, para "atendimento às necessidades no desenvolvimento infantil relacionadas a renda, educação e saúde". Em 2013, o programa foi expandido, quando também foi reajustada a renda dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), que passou de R$ 77 por pessoa a até R$ 147 para cada membro da família, o que permitiu, segundo dados do governo federal (2015a), a retirada dos beneficiários do PBF da condição de extrema pobreza.

Com relação à educação, o incentivo ocorre através do aumento no repasse de verbas para municípios que expandam o número de vagas em creches e melhorem sua qualidade. Segundo o Ministério do Desenvolvimento (2015a), em 2014, mais de 330 mil crianças foram beneficiadas. A saúde é trabalhada nessa ação por meio da oferta de vitamina A e sulfato ferroso, medicamentos fundamentais no desenvolvimento da primeira infância, além da expansão do Programa Saúde na Escola, em creches e pré-escolas, com o objetivo de melhorar a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Brasil, 2015a).

É inegável a presença do atendimento a algumas das necessidades demandadas pela população, porém a crítica está direcionada aos rumos da política social brasileira. O Programa Brasil Carinhoso, além de focalizado em famílias pobres, ainda reafirma uma prática de acesso aos serviços públicos apenas para população que atenda a critérios socioeconômicos. É o que acontece quando incentiva, por meio de repasses monetários, o fortalecimento da educação apenas para os municípios que atendem famílias que recebem benefícios governamentais, ferindo a garantia do direito universal a cidadania e o princípio da universalidade de direitos (Mioto, Prá, 2013). Trata-se da focalização na oferta de serviços públicos. Nesse sentido, direcionar um programa às famílias contraria o direito universal do acesso por todos os tipos de família.

Escolhe-se, portanto, a partir de critérios de aplicação, classificação e mensuração, demostrando o caráter seletivo das políticas públicas. A adoção de critérios para sua operacionalização pode beneficiar uns em detrimento de outros, com a justificativa de escassez de recursos, ou mesmo, descaso com o social, devido à prevalência da política econômica sobre a política social (Faquin, Paulilo, 2009). Há portanto, uma desarticulação entre o econômico e o social, fazendo com que, segundo Kliksberg (2002, p.36), as políticas sociais fiquem dedicadas a “recolher os mortos e feridos que a política econômica vem deixando”.

Um ano antes da criação do programa Brasil Carinhoso, o Ministério da Saúde (MS) definiu diretrizes para assistência domiciliar em saúde, com o Programa Melhor em Casa, voltado a pessoas em reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos ou pós-cirúrgicos, enfocando benefícios associados aos cuidados no lar, à diminuição dos riscos de infecção hospitalar e também à desocupação de leitos hospitalares e ao melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais (Brasil, 2017b).

O Programa define cuidador como “a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família” e determina que a equipe de atenção básica, ao detectar que o usuário reside sem a família, tente resgatá-la. Diante da impossibilidade de acesso à família, a equipe deverá localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, segundo o Caderno de Atenção Domiciliar (2012). De acordo com MS, o cuidador não precisa ser um profissional da saúde, uma vez que este será orientado pela equipe de saúde sobre os cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio (Brasil, 2012).

Para o MS (2012), a atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida, devendo as responsabilidades ser pactuadas entre todos os envolvidos para alcançar os objetivos terapêuticos. Mioto e Prá (2013) destacam que as atribuições da equipe multiprofissional envolvem, basicamente, preparar e capacitar o cuidador.

Dessa forma, o Programa Melhor em Casa explicita oficialmente a transferência do cuidado em saúde dos serviços de saúde para o âmbito familiar. Há uma inversão dos papéis preconizados pela seguridade social estabelecidos na constituição, pois, em vez de proteger a família, coloca-se sobre ela a responsabilidade num processo de autoproteção. Deixa-se de regular os serviços para atendê-la e passa-se a regular a própria família.

Os textos normativos produzidos para as políticas públicas, que, em diferentes graus, responsabilizam as famílias, são claramente marcados pela idealização das famílias patriarcais e burguesas, embora citem o reconhecimento das diferentes composições familiares, mantendo a contradição (Carloto, Mariano, 2008). Até mesmo a logomarca desses programas demonstra o conceito arraigado de família nuclear, reforçando o modelo “ideal” de família. A família representada na logomarca do Programa Melhor em Casa, por exemplo, é composta por três membros: a mãe, simbolizada pelo boneco vermelho; o pai, simbolizado pelo boneco azul; e um boneco menor, representando aquele que deverá ser cuidado em casa. Já a representação da família na logomarca do Programa Brasil Carinhoso tem a figura feminina representada por um boneco vermelho, juntamente com uma figura menor, representando uma criança, um filho. Há, nesse contexto, o reforço à idealização da mulher como a figura cuidadora, maternal.

Como discutido anteriormente, caminha-se para uma sociedade com diferentes arranjos familiares, que pode ser um espaço de formação e proteção para seus membros, mas que

também pode ser um espaço marcado por conflitos e, até mesmo, por violência (Carloto, Mariano 2008; Chapadeiro *et al*., 2011). Porém, há por parte das políticas públicas uma generalização e idealização quanto aos arranjos e relacionamentos internos nas famílias, desconsiderando suas características únicas (Cardoso, Féres-Carneiro, 2008).

As diversas configurações da família, desde as relacionadas às condições de classe social quanto as relacionadas à sua composição, configuram diversos potenciais de fortalecimentos/desgastes e, consequentemente, diversas possibilidades de enfrentamento dos desgastes. No entanto, as políticas públicas, indiscriminadamente, lhes direcionam as mesmas responsabilidades.

A partir dessa ideia, o Programa Melhor em Casa pode ser citado como exemplo, pois as famílias têm diversas e desiguais habilidades e recursos financeiros para o cuidado; portanto, não enfrentam os desgastes com iguais condições, com o mesmo acesso a recursos.

Uma pesquisa realizada por Alvez, Bolognini e Ploner (2017) demonstrou que, no ato de cuidar, é possível haver uma variedade de sentimentos positivos como retribuição, gratidão e paciência, mas pode estar relacionado a sentimentos negativos como tristeza, seguido de outros aspectos como percepção negativa do futuro, reflexos negativos no emocional e sensação de desamparo. Os sentimentos estão relacionados à capacidade de reorganização das famílias, que nem sempre ocorre de forma esperada e idealizada.

As políticas públicas, além de focadas nas famílias, estão direcionadas às mulheres que as compõem. Essa também tem sido uma tendência em países europeus que seguem o documento Toward Gender Equality, de 1997. Tal documento foi escrito por diferentes organizações internacionais e sugere a focalização das políticas de combate à pobreza nas mulheres, por entenderem como principal meio de enfrentamento desse problema (Gomes, 2015). Porém o papel instrumental das mulheres nas Políticas Públicas compensatórias de combate à pobreza vem sendo criticado por diversos autores, por reforçar a desigualdade de gênero e por sobrecarregar as mulheres (Carloto, Mariano 2008; Santos, 2008; Mesquita, 2011; Gomes, 2015). Trata-se portanto, de oficializar em documentos normativos o papel da mulher/mãe como sendo o de responsável por garantir a continuidade de uma “boa família”, uma vez que se considera como seu lugar de atuação a casa, enquanto que o homem atuaria no trabalho, ainda que, na prática, haja inserção de ambos nos dois cenários (Carloto, Mariano, 2008).

Mesmo diante de um aumento na entrada das mulheres no mercado de trabalho, observa-se que os afazeres domésticos continuam sendo majoritariamente mais realizados pelas mulheres, o que caracteriza mais uma jornada de trabalho e também tem dificultado sua inserção no mercado de trabalho quando comparado às estatísticas masculinas. Segundo o IBGE (2017c), mulheres que trabalham fora e executam atividades domésticas trabalham, em média, 4,8 horas a menos no mercado e 7,8 horas a mais em casa, quando comparadas aos homens. Em 2017, 91,7% das mulheres da população brasileira realizavam trabalhos domésticos em casa ou na casa de parentes. Além disso, cerca de 92,6% das mulheres brasileiras realizam afazeres domésticos e cuidam de pessoas, muitas vezes ao mesmo tempo.

Tais dados comprovam a dupla, até tripla, jornada de trabalho das mulheres, comumente invisível. Essa sobrecarga pode contribuir para o estresse, adoecimento físico e mental (Santos, 2008). Há uma lista de atividades incumbidas à figura feminina e aumento da demanda de tarefas atribuídas às mulheres, pela naturalização do papel de administradoras das famílias que as políticas públicas têm lhes imposto.

Ao receber a titularidade no programa de transferência de renda, a mulher se responsabiliza por cumprir as condicionalidades determinadas, que incluem: manter os filhos na escola, estar atenta ao comportamento de seus filhos na sociedade, participar de reuniões que ocorrem, comumente, durante o dia, o que reitera a ideia de cuidadora da casa e da família (Carloto, Mariano, 2008).

Para Silva e Dal Prá (2014), o cuidado prestado pelas famílias aos idosos também é realizado pelas mulheres de forma naturalizada e invisível, culminando na não contribuição previdenciária por parte dessas mulheres que se tornarão beneficiárias do BPC-Loas, benefício destinado às pessoas com 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência, cuja renda familiar per capita seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente, ou dependentes de pensões por falecimento de cônjuges.

A família, representada geralmente pela figura da mulher, pode ser criminalizada caso não realize o cuidado de familiares com mais de 60 anos de idade, dever este presente no Capítulo III, artigo 244, do Código Penal.

> "Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos [...]" (Brasil, 1940).

Além da discussão envolvendo gênero e a responsabilização da família, também é possível analisar essa questão a partir da ótica de idealização da família nuclear e burguesa.

Nesse modelo, haverá sempre uma “dona de casa” destinada a cuidar de um idoso, desconsiderando a inserção da mulher no mercado de trabalho; as famílias unipessoais formadas por idosos ou pessoas que tenham algum agravo; as diferentes condições financeiras e de moradias das famílias.

A contraindicação de centralizar e responsabilizar as famílias como agentes de proteção social, atribuída por diretrizes das políticas públicas, encontra apoio em indicadores sociais, a começar pelo desemprego, que atingiu a marca de 13,7 milhões de brasileiros (IBGE, 2018), ao mesmo tempo em que a concentração de renda e a desigualdade social vêm aumentando. Em 2017, os 10% da população com os maiores rendimentos detinham 43,3% da massa de rendimentos do país, enquanto a parcela dos 10% com os menores rendimentos detinha 0,7% desses recursos. Ou seja, 10% da população brasileira detinha quase metade de toda a riqueza produzida no país (IBGE, 2017).

Sendo assim, como transferir às famílias preocupações relacionadas à sua sobrevivência básica, os ônus de um Estado que se esquiva, nos vieses da lei, para não cumprir seu papel na seguridade social? Os indicadores sociais, econômicos, demográficos e o processo de transformação pelo qual as famílias vêm passando devem ser observados pelos formuladores de políticas públicas para que as decisões sejam tomadas atendendo à Constituição Federal.

Diante do exposto, esta pesquisa busca responder a seguinte pergunta: Os Sistemas de Saúde têm colocado as famílias na centralidade do cuidado? As intervenções voltadas as famílias no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido eficazes? As políticas públicas respondem as necessidades de saúde? Tais dúvidas justificam a realização deste estudo, uma vez que as respostas podem colaborar para a diminuição da sobrecarga depositada sobre as famílias na tentativa de desresponsabilizar o Estado, que já é mínimo no atendimento à sua função de proteção social.

Dessa forma, a finalidade desta pesquisa é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada às famílias, no âmbito da APs, por meio da elaboração de uma síntese de evidências para informar políticas públicas voltadas às famílias, a partir dos conhecimentos teórico-práticos do campo da saúde coletiva.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CAMPO da SAÚDE COLETIVA, FAMÍLIA e ESTADO

Para fundar o campo da Saúde Coletiva, campo de conhecimento teórico e de práticas, estudiosos da área da saúde retomaram conceitos das ciências sociais da escola marxista, e propuseram uma teoria que superasse a teoria da multicusalidade para explicar o processo que caracteriza os gradientes de saúde, que são diversos numa dada população. Assim, esse campo constituiu-se tomando como ponto de partida, como determinante, a desigualdade social característica das sociedades organizadas segundo o modo de produção capitalista, que tem como premissa a divisão da sociedade em classes sociais distintas. Este é princípio fundante da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que explica a determinação e distribuição dos distintos processos de saúde, adoecimento e morte na população, pela inserção dos indivíduos e famílias nas distintas classes socias. A teoria da determinação social do processo saúde-doença é a superação de explicações de adoecimento restritas ao mau funcionamento biológico do corpo, compreendido como um conjunto de órgãos e sistemas (Soares, Campos, 2013).

A inserção dos indivíduos nas diversas classes sociais determinam as desiguais condições de trabalho a que estão submetidos e, consequentemente, as diversas e também desiguais condições de vida, com característicos potenciais de fortalecimento/desgaste, cujo embate concretiza diversos gradientes de saúde dos sujeitos. Assim, as manifestações biopsíquicas no corpo dos indivíduos e famílias são resultantes do, e guardam coerência com, embate entre os potenciais fortalecimentos/desgastes característicos da classe social à qual pertencem as famílias (Soares, Campos, Yonekura, 2013).

Da mesma forma que a concepção de saúde, o conceito de família não é único e é coerente com o marco teórico a que se filiam os autores que o definem.

Nesta pesquisa, coerentemente ao campo da saúde coletiva, família é um conceito histórico social. Ou seja, como define Mioto (2010), é resultado de determinações dos diferentes processos históricos e das diversas conformações sociais, o que determina inclusive as diferentes conformações do núcleo familiar.

> "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" (Mioto, 2010, p. 167).

Neste estudo tomou-se a compreensão definida por Gillespie (2014), aquela que afirma que no modo de produção capitalista família é uma instituição necessária para a reprodução social; ou seja, é necessária para a manutenção dessa forma da sociedade reproduzir-se como sociedade de classes que prioriza a reprodução do capital.

A família responde à essa necessidade por meio da provisão de unidade estável para a reprodução da força de trabalho, da socialização inicial de seus membros e garantindo o consumo necessário ao mercado (Gillespie, 2014).

Após a II Grande Guerra Mundial, a configuração hegemônica das famílias foi mudando de um modelo centrado na figura partriarcal como garantidora da manutenção material da família com o salário e benefícios advindos do trabalho e na figura da mãe como mediadora da manutenção da vida privada e educação dos filhos (Birman, 2007), para um modelo em que Estados de capitalismo central, conhecidos como Estados de Bem Estar, miravam nos papéis sociais e econômicos da família para darem suporte à acumulação do capital, consumindo mercadorias e serviços, apesar do contexto social de declínio de salários, desemprego e débitos de consumidores. Para a manutenção de consumo, esses países incentivaram a obtenção de crédito, inclusive por meio dos cartões de crédito. A família passou a ser responsabilizada pela manutenção, pela reprodução social de seus membros (Gillespie, 2014).

O Estado é parte integrante das relações capitalistas de produção, foi constituído como importante motor para a manutenção das relações de reprodução social. "A relação Estado/Capital é orgânica. Isso significa compreender que não existe separação entre o Estado e capital e que suas relações não são somente de exterioridade" (Mendes, Carnut, 2018, p. 1109).

A partir dessa eleição conceitual é que compreende-se que por meio das políticas estatais com centralidade nas famílias, como afirma Guimarães (2017), o Estado brasileiro atribui às famílias e ao espaço comunitário a responsabilização pela reprodução social, e aos trabalhadores de saúde, especialmente os da Atenção Primária organizada pela Estratégia Saúde da Família, diretrizes que direcionam ações pautadas na compreensão de família como conjunto de relações isoladas da dinâmica social; portanto, que requer procedimentos que busquem levar esse conjunto familiar a um padrão pré estabelecido de ajustamento. Assim,

> “Os conflitos que fogem da noção de funcionalidade são enfrentados através da resiliência, que reforça, mais uma vez, a iniciativa e a responsabilidade individual para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social na vida cotidiana” (Guimarães, 2017, p. 575).

Essa é a compreensão conceitual que ancora a interpretação das políticas centradas nafamília, apresentada na introdução deste estudo.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Sintetizar as melhores evidências sobre intervenções, programas e políticas de saúde para famílias e propor opções de políticas nessa área, no âmbito da atenção primária a Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- Promover a discussão das evidências encontradas no formato de opções e estratégias para as políticas públicas;
- Discutir aspectos relacionados às barreiras e facilitadores para implementação das opções;
- Promover reflexões sobre os aspectos relacionados à equidade das opções.
- Elaborar uma síntese de evidências que possa subsidiar políticas de saúde voltadas às famílias.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo é uma revisão da literatura, que tem como produto uma síntese de evidências científicas para políticas de saúde sobre estratégias e opções para melhorar a saúde das famílias no âmbito da atenção primária à saúde. Vincula-se ao projeto "Tecnologias para a Sistematização da Assistência de Enfermagem a Famílias na Atenção Básica", do Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária do SUS, contemplado com recursos do Edital n. 27 - Acordo Capes/Cofen.

Parte-se do pressuposto de que as necessidades em saúde da população devem ser tomadas como objeto das políticas e respondidas pelos serviços de saúde, que devem estar em um sistema de saúde que gatanta acesso universal da população a ele. Desta forma, sugere-se que os formuladores de políticas tenham acesso às evidências produzidas nos resultados de pesquisas, para nortear a implementação de serviços, os arranjos financeiros e de gestão.

Na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2005, foi discutida a distância entre a produção do conhecimento científico e a utilização desse conhecimento na prática e na formulação de políticas, sendo necessário, portanto, estabelecer uma ponte entre as evidências e as práticas (Toma *et al*., 2017). Assim, foi criada em 2007, por uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, a Rede para Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network) – EVIPNet – que tem como objetivo promover o uso de evidências científicas na construção e implementação de políticas, serviços e programas de saúde, através de intercâmbio entre representantes da sociedade civil, gestores e pesquisadores (Wichmann, Carlan, Barreto, 2016).

A coordenação da EVIPNet no Brasil é realizada por sua Secretaria Executiva, sediada na Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (CGGC/Decit/SCTIE/MS)[2]. A EVIPNet Brasil foi reconhecida no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.363/ GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que instituiu e definiu as atribuições do seu conselho consultivo, como uma resposta concreta à convocatória mundial da OMS.

[2] Em 2019 a coordenação da EVIPNet Brasil - Rede para Políticas Informadas por Evidências passou a ser realizada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), Ministério da Saúde.

Em 12 de setembro de 2013, a composição do conselho consultivo da EVIPNet Brasil foi atualizada pela Portaria nº 2.001/GM/MS, para incluir todas as secretarias do Ministério da Saúde (MS), juntamente às demais entidades integrantes da rede, a saber: Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil (Opas/OMS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/Opas/OMS), Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (Conasems), Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia/ Conselho Nacional de Saúde (CICT/CNS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A EVIPNet Brasil, desde sua criação em 2007, vem contribuindo no âmbito regional com a EVIPNet Américas, bem como com a EVIPNet Global, mediante diferentes ações, especialmente para disseminação e intercâmbio das lições aprendidas e estratégias desenvolvidas no Brasil. Registram-se, para este fim, atividades tais como participações em congressos, reuniões e eventos internacionais, organização de oficinas de capacitação nos métodos para apoiar as políticas informadas por evidências e de diálogos deliberativos de políticas, promoção do uso da evidência científica nos processos de formulação e implementação de políticas de saúde, produção de sínteses de evidências e de diálogos de políticas e articulação nacional das instituições-membros que compõem a rede e instituições parceiras (Wichmann, Carlan, Barreto, 2016).

Criado em 1969 e reestruturado pelo Decreto n. 55.004, de 9 de novembro de 2009, o Instituto de Saúde (IS) é um órgão vinculado à Secretaria de Estado de São Paulo e contribui para o avanço científico e tecnológico, bem como para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no campo da saúde coletiva, por meio 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), capacitando vários profissionais a utilizar a ferramenta de Support (Supporting Policy Relevant Reviews and Trials) (Gaiotto, Venancio, 2016). O NEv-IS foi criado formalmente por meio da Portaria IS - 3, de 9 de junho de 2015, após capacitação de vários profissionais da instituição, em uma Oficina da EVIPNet realizada em agosto de 2014 (Secretaria da Saúde, 2015).

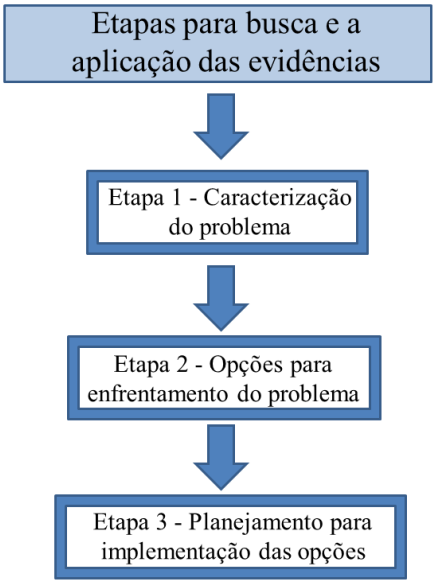
As ferramentas Support foram elaboradas no âmbito de projeto internacional com a participação de pesquisadores para uso de evidências em políticas de saúde a serem

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 (ou Evidence Brief for Health Policy, em inglês) (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 baseadas em evidências pode ser utilizada em diferentes cenários (Lavis *et al*., 2009). 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).

A construção e as estratégias para alcançar os objetivos deste trabalho foram fundamentadas nas ferramentas *Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (Support), que constituem o principal referencial metodológico da EVIPNet (Lavis *et al*. 2008). De acordo com a metodologia Support, utilizada pela Rede Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), a busca e a aplicação das evidências são abordadas em três etapas do processo de formulação de política: Etapa 1 - Caracterização do problema, Etapa 2 - Opções para enfrentamento do problema, Etapa 3 - Planejamento para implementação das opções, conforme a Figura 1.

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 Políticas Informadas por Evidências (PIE) referem-se ao uso sistemático e transparente da evidência de pesquisa, juntamente com outros elementos importantes, – contexto, aceitabilidade das partes interessadas, viabilidade da implementação e equidade. Nesse sentido, as revisões sistemáticas apresentam-se como alternativas factíveis para encontrar evidências de intervenções complexas, uma vez que essas revisões são estudos que avaliam a qualidade e sintetizam outros estudos de modo sistemático. Desta forma, em vez de analisar vários estudos, por meio de um só documento pode ser encontrada a resposta que se procura (Oxman *et al*., 2009).

De acordo com o Chapman (2016), o conhecimento produzido por pesquisa científica passa por um processo de tradução do conhecimento, possibilitando a aplicação de evidências nas práticas clínicas, no desenvolvimento de políticas e nas decisões relacionadas com o sistema de saúde. Portanto, 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 (tradução do conhecimento para a ação) com o objetivo de obtenção de políticas públicas de saúde mais efetivas. O termo “tradução do conhecimento” tem sido usado para descrever a gama de estratégias para abordar as barreiras para as tomadas de decisões baseadas em evidências.

Entretanto, apesar de as revisões sistemáticas serem a melhor fonte de evidência na elaboração de estratégias de saúde pública e tomada de decisão, é imprescindível avaliar a qualidade metodológica de cada estudo antes de seus resultados serem utilizados. E, para tal, foram desenvolvidos alguns instrumentos, como *Tool to assess risk of bias in systematic reviews* (Robis) e *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews* (Amstar) (Aguiar, Lima, 2017). Nesta dissertação a ferramenta utilizada foi o Amstar.

Durante a aplicação do Amstar, faz-se uma avaliação crítica de revisões sistemáticas. Uma vez identificada uma revisão sistemática de interesse, é necessário averiguar se os procedimentos usados na produção de seu conteúdo foram os mais adequados. O intuito é verificar se houve algum desvio de conduta, intencional ou não, que possa ter afetado as suas

recomendações. Como qualquer processo de avaliação, muitas interpretações são subjetivas e dependem do conhecimento prévio do avaliador sobre revisões sistemáticas e das estratégias em análise. Tal fato aponta que um roteiro com as informações essenciais para essa apreciação reduz a necessidade de retornar à leitura do artigo, diminui os erros mais comuns de interpretação, aumenta a qualidade da análise, detecta potenciais desvios ou carências de interpretação e evita negligenciar itens importantes.

A adoção de roteiros para analisar estudos tem algumas vantagens que ultrapassam sua função inicial: o uso produz uma visão geral da qualidade da evidência por meio de análises focalizadas em diversos aspectos relevantes de um delineamento. Os pesquisadores também são beneficiados, pois o roteiro pode servir de orientação para o planejamento, a execução e o relato apropriado dos resultados da pesquisa, conferindo maior transparência e reprodutibilidade da evidência gerada.

Nesse contexto, outra vantagem emerge, aumenta-se a confiança daqueles que utilizam a informação (Silva, Galvão, 2016). O Anexo 1 apresenta uma relação de itens a serem procurados na apreciação crítica de uma revisão sistemática. Em resumo, espera-se que a revisão sistemática trabalhe com uma questão clínica bem fundamentada, realize uma ampla busca na literatura sensível e reprodutível, selecione e extraia informações sem tendenciosidade, avalie criticamente os artigos incluídos, faça uma síntese apropriada das evidências disponíveis e explore a ocorrência de vieses e da qualidade geral do trabalho (Silva e Galvão, 2016). É composta por 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 resumidas entre 0-11, de forma que: escores de 1 a 4 correspondem à baixa qualidade, escores de 5 a 8 correspondem a estudos de qualidade moderada, e escores de 9 a 11 correspondem à alta qualidade (Shea *et al*., 2007, 2009; Taminato *et al*., 2014).

4.2 IDENTIFICAR NECESSIDADES DE EVIDÊNCIAS EM PESQUISA

Nesta dissertação, identificamos como problema a centralização das famílias nas políticas públicas, que estão embasadas nas demandas do modelo econômico hegemônico atual, o capitalismo, que têm sobrecarregado as famílias para a manutenção de suas formas de reprodução, ao meso tempo em que busca de diminuir custos para o Estado com políticas sociais. A definição do problema de pesquisa foi feita em conjunto, em reuniões que se iniciaram em agosto de 2017, com a docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) Drª Célia Maria Sivalli Campos, orientadora desta dissertação, e as docentes Drª. Cássia Baldini Soares e Drª. Maria Rita Bertolozzi, bem como com as pesquisadoras do Instituto de Saúde, Drª. Tereza Setsuko Toma e Drª. Maritsa Carla de Bortoli, membros do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, participante da rede EVIPNet-Brasil. As autoras Aline Marion Moreira Kolle e Suellen Mariane Rios Valente também participaram das reuniões e contribuíram nas etapas desta dissertação. As fases subsequentes do trabalho, definição de critérios de inclusão e exclusão, a seleção das bases de dados, dos descritores, a construção da estratégia de busca e de resultados do processo de seleção dos artigos, também foram definidas neste grupo de trabalho.

4.3 IDENTIFICAR E AVALIAR EVIDÊNCIAS

Para identificar e avaliar evidências científicas sobre opções de intervenções voltadas à família na APS, para subsidiarem políticas públicas, seguiram-se os seguintes passos: busca de evidências por meio de revisões sistemáticas, extração de dados e avaliação da confiabilidade da evidência.

4.3.1 Busca das Evidências e Seleção dos Estudos

Essa etapa consiste na busca por revisões sistemáticas relacionadas com o problema levantado e definido anteriormente. Para esclarecer as necessidades das evidências, torna-se necessário identificar as revisões sistemáticas para a formulação das opções e enfrentamento do problema. Para tal, é importante descrever todos os benefícios, prejuízos, custo-benefício de cada opção, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações, percepções e experiências das partes interessadas (Lavis *et al*., 2009b). As revisões sistemáticas almejadas são as que trataram de programas, intervenções ou políticas públicas de saúde voltadas as famílias, no âmbito da APS.

A partir da definição do problema, foi possível elaborar estratégias de buscas em diferentes bases de dados científicos para que pudéssemos, então, localizar revisões sistemáticas.

Existem várias fontes de informação e plataformas de acesso ao conhecimento científico na área da saúde, sendo as mais conhecidas na área da saúde: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que conta com diversas bases de dados; o PubMed, que contém uma das bases mais importantes na área da saúde, e a Biblioteca Cochrane, relevante base de dados de revisões sistemáticas de efetividade (Abdala, Fiqueiró, 2017). Outras importantes fontes de informação e bases de dados encontram-se disponíveis no Sistema Integrado de Bibliotecas / USP (SIBI – USP), algumas diretamente ligadas à plataforma da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), de periódicos. O SIBI-USP permite livre acesso a diversas plataformas, revistas e bases de dados que mantêm seu conteúdo restrito à liberação aos usuários comuns mediante pagamentos. O uso do SIBI-USP possibilitou a ampliação da abrangência das buscas desta dissertação.

As buscas foram realizadas em nove bases de dados, como mostra o Quadro .

Quadro 1 - Bases acessadas com breve característica e links.

Bases	Características	Link
PUBMED	É um 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 ao texto completo e diferentes tipos de filtros (Abdala, Fiqueiró, 2017).	www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/
Biblioteca Virtual (BVS)	É um sistema de acesso livre com mais de 35 bases de dados de literatura em ciências da saúde, sendo a mais importante a LILACS, a qual 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 ao texto completo pelas revistas ou editoras dos documentos (Abdala, Fiqueiró, 2017).	www.bvsalud.org
Cochrane Librany	A biblioteca reúne base de dados com estudos de evidências produzidas pelos grupos Cochrane, sendo possível a consulta de resumos das revisões e algumas até se consegue acessar os textos com restrição a assinantes (Abdala, Fiqueiró, 2017).	www.cochranelibrary.com
Health Systems Evidence – HSE	É um 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. Também inclui revisões sistemáticas e outros estudos secundários relacionados a serviços de saúde (Abdala, Fiqueiró, 2017).	https://www.healthsystemsevidence.org
ProQuest (ASSIA, ERIC e Sociological)	ASSIA- Indexa mais de 500 títulos de periódicos publicados em 16 países desde 1987. Indexa a literatura internacional nas áreas de humanas e biológicas. ERIC- Indexa artigos periódicos, anais de congresso, teses, dissertações, documentos governamentais, bibliografias, livros, monografias, relatórios, audiovisuais, na área de humanas, desde 1966. SOCIOLOGICAL- Indexa da literatura internacional sobre sociologia e áreas afins em mais de 1.700 títulos de periódicos. (Universidade de São Paulo, 2016).	http://www.periodicos.capes.gov.br/
Scopus	A base permite uma visão ampla de tudo que está sendo publicado cientificamente sobre o tema em artigos, revistas, citações, referências, de todas a 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
JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports	É uma revista on-line, que publica Revisões Sistemáticas e Relatórios de Implementação incluindo protocolos de revisão sistemática publicados antes da realização de uma revisão sistemática. As revisões sistemáticas de pesquisas podem ser quantitativas e qualitativas em saúde, seguindo a metodologia JBI em que seus colaboradores são internacionais. Também são publicados resultados de projetos que buscam implementar as melhores práticas de evidências (Apóstolo, 2017).	https://journals.lww.com/jbisrir/Pages/default.aspx
Campbell Collaboration	A Campbell Collaboration é uma rede de pesquisa internacional voluntária, sem fins lucrativos. Produz e divulga revisões sistemáticas das intervenções de efeito relacionados às ciências sociais e comportamentais. O acesso é livre.	https://campbellcollaboration.org/
Google Scholar	O Google Scholar é um subconjunto do maior índice de pesquisa do Google, que contém artigos de periódicos em texto completo, relatórios técnicos, pré-impressões, teses, livros e outros documentos, incluindo páginas da Web selecionadas que são consideradas acadêmicas (Vine, 2006).	https://scholar.google.com.br/

As bases de dados PubMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane Librany, Health Systems Evidence (HSE); ASSIA, ERIC e Sociological Abstracts na plataforma ProQuest); Scopus, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Campbell Collaboration, Google acadêmico foram consultadas de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019 e todos os títulos dos artigos foram compiladas em uma planilha em Excel.

Os descritores utilizados para selecionar os estudos foram escolhidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e *Medical Subjetc Headings* (termos Mesh) e outros termos relevantes sobre o assunto, destacados em itálico: "*Primary Health Care*" AND *Family*" nas bases; Health Systems Evidence, JBI DataBase, Cochrane Library e PubMed. Na Base Scopus, os termos utilizados foram "*Primary Health Care*" AND *Family* AND "*Systematic Review*" e na base ProQuest (ASSIA, ERIC e Sociological) *Family* AND (19 termos de Family no tesauro da ASSIA que tinham ligação com a pesquisa) "*Primary Health Care*" AND "*Systematic review*". O filtro utilizado para os 19 termos foi na base ASSIA (*Applied Social Sciences Index and Abstracts Thesaurus*), com o termo Family e selecionados os 19 termos relacionados com o assunto da pesquisa. No Apêndice A, estão descritas as bases consultadas, palavras-chaves, filtros, data das buscas, estratégias de busca e resultados encontrados.

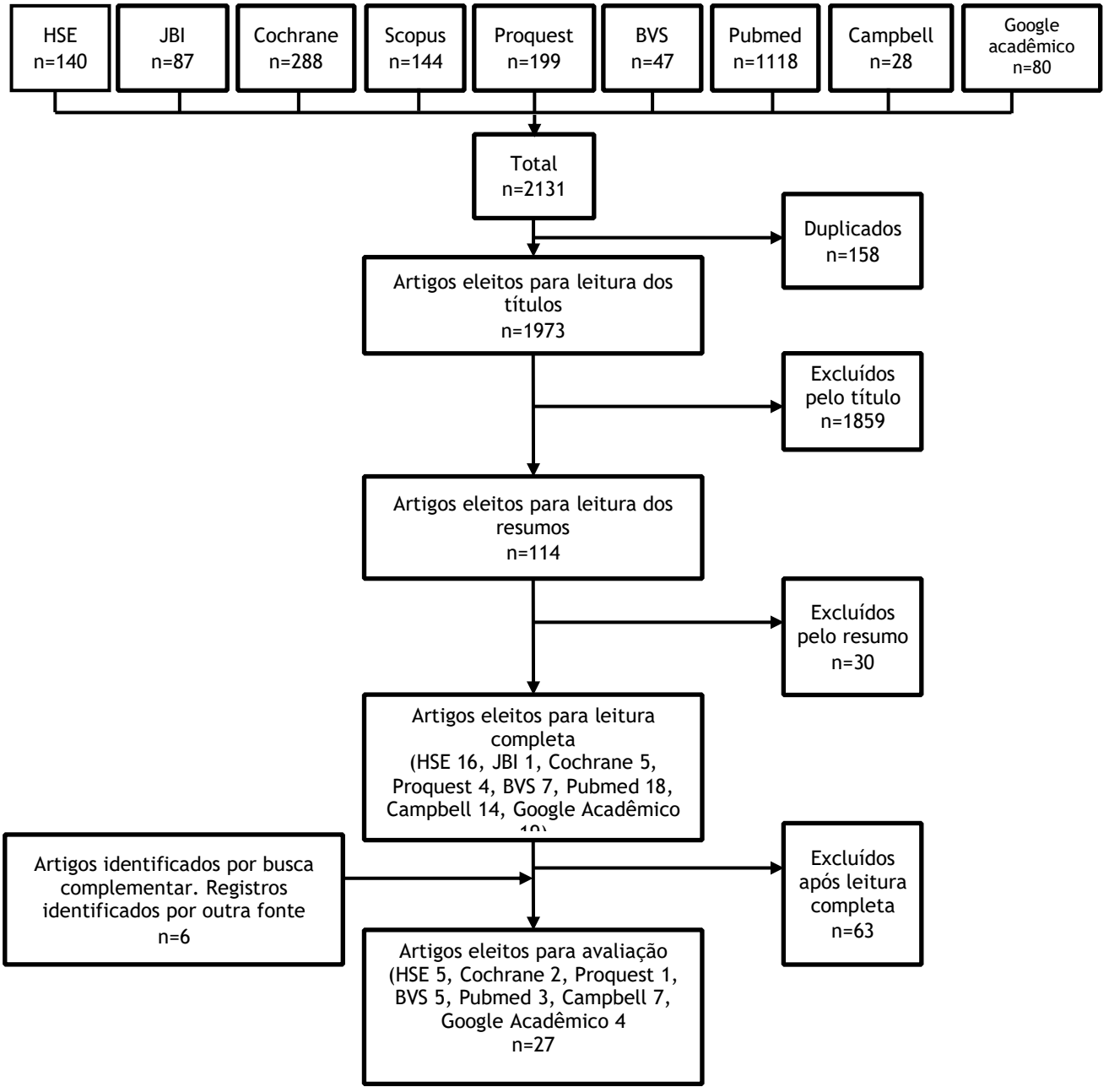
A seleção dos artigos contou com leitura dos títulos por dois revisores independentes e utilizou como critérios de inclusão: revisão sistemática, fortalecimento da família, práticas voltadas para o ambiente familiar, políticas de fortalecimento da família, *overview*, metanálise, nos idiomas inglês, português e espanhol; e como critérios de exclusão: trabalhos sobre práticas clínicas ou agravos específicos (Câncer, HIV e Diabetes, por exemplo), programas para ambiente hospitalares ou residência para idosos, protocolos.

Após a seleção por títulos, dois revisores independentes fizeram a leitura dos resumos, utilizando os mesmos critérios de inclusão e de exclusão. Quando ocorreu dúvida, um terceiro pesquisador foi consultado para estabelecer o critério de desempate.

Dos 2131 aritgos localizados, excluíram-se 158 artigos repetidos, 1.884 após leitura dos títulos e 30 após leitura dos resumos. Foram identificados 6 artigos por busca complementar e dos 84 artigos selecionados para leitura completa, 63 foram excluídos, por não serem revisão sistemática, por não estarem relacionados à Atenção Primária à Saúde, por tomarem como objeto aspectos relacionados a vacinação, intervenções para reabilitação (acidente vascular encefálico), agravos específicos (diabetes e câncer), intervenções hospitalares e estudo de levantamento de instrumentos para a funcionalidade da família. Os

estudos excluídos após a leitura completa estão listados no Apêndice E. Assim, 27 revisões sistemáticas foram incluídas para identificar possíveis opções para políticas de saúde conforme fluxograma da Fígura 2.

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



Fonte: Adaptado de Moher *et al*., (2009)

4.3.2 Extração dos Dados

Nesta etapa, foram avaliadas as revisões sistemáticas, a fim de extrair informações que possibitassem a elaboração das opções. Além disso, avaliou-se a qualidade metodológica das revisões sistemáticas, pois avaliar a qualidade das evidências é fundamental e requer julgamentos rigorosos sobre até que ponto se pode ter certeza de que uma estimativa de efeito é correta (Oxman *et al*., 2009). A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada por dois pesquisadores de modo independente utilizando o instrumento Amstar descrito anteriormente e não será utilizado pontuação limite para exclusão dos estudos.

A extração dos dados foi realizada por dois revisores independentes que consideraram os seguintes aspectos do estudo: elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, Amstar, proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca. As planilhas de extração de dados encontram-se nos apêndices B, C e D, correspondendo a cada uma das opções descritas a seguir.

4.4 ETAPAS PARA CONSTRUÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

As ferramentas Support incluem etapas que envolvem: definição do problema, busca de evidências para elaborar opções, busca e seleção das evidências, extração de dados, seleção das opções, considerações sobre equidade, considerações para a implementação, elaboração da síntese, diálogo deliberativo com gestores, especialistas na área e outros envolvidos e interessados e, finalmente, monitoramento e avaliação do processo de implementação (Barreto e Toma, 2016).

Dessa forma, demos continuação à metodologia com a seleção das opções, considerações sobre equidade e considerações para a implementação no capítulo "Resultados" desta dissertação. 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 deve ser utilizada, considerando as barreiras e facilitadores que podem 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 (Lavis *et al*., 2009b).

Para formatação dessa síntese, foi utilizado um template próprio disponibilizado pela equipe da EVIPNet Brasil. A partir da síntese de evidência elaborada, serão convidadas para um diálogo de política pessoas, grupos e organizações que têm interesse no tema em questão, momento em que ocorre a troca de experiências, conhecimentos, perspectivas sobre o problema apresentado, assim como considerações sobre as opções para o enfrentamento e sua implementação.

O diálogo deliberativo objetiva contribuir para decisão de política de saúde bem informada a partir de um espaço para discussão e consideração da síntese de evidências. Os principais resultados do diálogo deliberativo serão documentados e, previamente, será realizado um planejamento dos objetivos, dos participantes e do moderador. A etapa de monitoramento e avaliação constitui parte importante após a implementação, pois possibilita diagnosticar o alcance dos objetivos e os pontos a desenvolver (Oxman *et al*., 2009). Nesta dissertação, não estão incluídas estas duas últimas etapas.

4.5 ELABORANDO OPÇÕES

A partir da análise do problema e da identificação de evidências científicas disponíveis nas revisões sistemáticas, foi possível a formulação de cinco opções para políticas: Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos; Programas de promoção da saúde; Programas e estratégias para a juventude; Estratégias centradas no cuidado à família; Estratégias comunitárias intersetoriais.

Note-se que, neste trabalho, foram utilizadas diferentes expressões para denominar as intervenções que compõem as opções. Assim, programas estão designando intervenções que envolvem múltiplas e integradas ações, com padrões de oferecimento semelhantes, independentemente do contexto; ações programáticas se referem a intervenções que podem ser integradas em programas; e estratégias estão designando intervenções adotadas para seguir uma dada abordagem de cuidado, podendo variar em diferentes contextos.

Esta dissertação abordou as opções: Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos; Programas de promoção da saúde; Estratégias comunitárias intersetoriais, e, uma vez que foi desenvolvida em parceria com a autora Aline Marion Moreira Kolle do Programa de Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, os dados referentes às demais opções podem ser encontrados na dissertação da referida autora.

A descrição dos benefícios, danos potenciais, custo-efetividade, incertezas, principais elementos da opção (se ela já foi implementada em algum lugar) e as percepções das partes interessadas serão demonstradas a seguir.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 QUADROS DE OPÇÕES

Opção 1 – Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos

Benefícios relacionados à diminuição da mortalidade materna, neonatal e infantil podem ser obtidos a partir das intervenções apresentadas nessa opção. Entre as estratégias apresentadas estão a visita domiciliar, planejamento familiar, cuidados na fase pré-natal, cuidados especializados para o parto e apoio à amamentação; além de imunizações e prevenção e tratamento de doenças não imunizáveis. Foram incluídas nessa opção cinco revisões sistemáticas, sendo três de moderada qualidade metodológica e duas de baixa.

O Quadro 2 apresenta resumo das evidências para a opção 1 quanto a benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações, percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 2 - Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

continua

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	Bhutta *et al*. (2008) realizaram uma revisão de moderada qualidade metodológica com o objetivo de identificar intervenções baseadas em evidências e as melhores estratégias de prestação de cuidados de saúde primários voltados a saúde materna, neonatal e infantil em países em desenvolvimento. Esta revisão evidenciou que a inclusão de intervenções baseadas em evidências em programas de saúde materna, neonatal e infantil na atenção primária à saúde em dois países (Uganda e Paquistão) poderia prevenir de 20-30% de todas as mortes maternas, de 20–21% de mortes de recém-nascidos e 29-40% de todas as mortes pós-neonatais em crianças menores de 5 anos. Jennings *et al*. (2017), em uma revisão de moderada qualidade metodológica sobre a eficácia das intervenções na atenção primária baseada na comunidade na melhoria dos principais indicadores de morbidade e mortalidade materna, identificaram que seis das sete avaliações mostraram uma diminuição de até 75,7% nas áreas de intervenção. As três avaliações das intervenções em cuidados à saúde na atenção primária baseados na comunidade (CBPHC) sobre a incidência de hemorragia pós-parto mostraram reduções significativas. Uma das três mostrou uma diminuição significativa na incidência de hemorragia grave pós-parto. Três avaliações das intervenções do CBPHC sobre malária materna e anemia relacionada à malária mostraram efeitos positivos significativos, e uma avaliação das intervenções do CBPHC sobre a eclampsia também mostrou um efeito significativamente positivo. Sacks *et al*. (2017), em uma revisão de baixa qualidade das evidências sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade, mostraram que os cuidados de saúde na atenção primária baseada na comunidade podem ser efetivamente empregados para melhorar a saúde neonatal em ambientes de alta mortalidade, com recursos limitados. Estes cuidados são especialmente importantes para a educação e o apoio a mães grávidas e no pós-parto e para estabelecer ligações entre a comunidade e as instituições de saúde, objetivando facilitar o encaminhamento das emergências obstétricas. No entanto, este último somente produzirá melhores resultados de saúde se as instalações oferecerem atendimento oportuno e de alta qualidade. A maior parte dos estudos de alta qualidade levantados por Sacks *et al*. (2017) relataram resultados benéficos à saúde neonatal. Muitos dos projetos neonatais avaliados neste estudo tiveram a participação dos agentes comunitários de saúde (ACSs), visitas domiciliares e grupos de mulheres. Em um estudo de baixa qualidade metodológica, Freeman *et al*. (2017) obtiveram resultados que fornecem fortes evidências de que as principais causas da mortalidade infantil em contextos com recursos limitados podem ser abordadas no nível da comunidade, em grande parte pelo engajamento das comunidades e pelo apoio aos trabalhadores em nível comunitário. As principais categorias de intervenções (intervenções nutricionais, controle de pneumonia, doenças diarreicas e malária, prevenção e tratamento do HIV, imunizações e manejo integrado de doenças da infância) produziram resultados consistentes e estatisticamente significativos, em muitos casos, os resultados observados foram mudanças nos indicadores de mortalidade. Um estudo de média qualidade metodológica de Oliveira, Camacho e Tedstone (2001) forneceu uma visão geral da eficácia das estratégias e procedimentos utilizados para prolongar a duração da amamentação. Este estudo mostrou que as intervenções que foram mais eficazes geralmente combinaram informações, orientação, apoio, foram de longo prazo e intensivas. Além disso, as visitas domiciliares permitiram identificar as preocupações das mães com a amamentação, auxiliar na resolução de problemas e envolver os membros da família no apoio à amamentação no período pós-natal ou em ambos os períodos (pré e pós-natal).

Quadro 2 - Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

continuação

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Danos potenciais	Apenas um estudo relatou risco potencial dentro dessa opção. Em seu estudo, Freeman *et al*. (2017) esclarecem que o fornecimento de ferro para crianças em áreas endêmicas de malária, seja por meio de abordagens baseadas na comunidade ou de outra forma, pode ter efeitos prejudiciais, por isso não é recomendado até o momento. No entanto, esta é a única evidência identificada pelos autores de que a implementação das intervenções baseadas na comunidade poderia levar a um efeito menos favorável. É importante notar que essa descoberta diz respeito à interação biomédica do ferro em crianças expostas a malária, e não à eficácia dos cuidados de saúde baseados na comunidade na atenção primária como estratégia para melhorar a saúde infantil.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram descritos nesta opção.
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada.	Para Bhutta *et al.* (2008), a escassez de estudos relatando resultados através do acompanhamento da saúde materna, neonatal e infantil em longo prazo foi marcante. Embora várias intervenções maternas tenham efeitos potenciais sobre a saúde da mãe e da criança, apenas uma pequena parte dos estudos relatou ambas. Apenas um terço (36%) dos estudos relatou resultados contínuos da gravidez, no parto e no período neonatal. No estudo de Sacks *et al*. (2017), a evidência é derivada de projetos principalmente na zona rural do sul da Ásia. A maioria dos projetos tem um cronograma relativamente curto e, portanto, não podemos verificar se eles foram bem-sucedidos em longo prazo. Além disso, muitos (mas não todos) dos projetos foram implementados em populações relativamente pequenas em circunstâncias relativamente ideais em que o treinamento, a supervisão e o apoio logístico de alta qualidade foram assegurados. Então, não se sabe se resultados semelhantes podem ser alcançados sob condições mais rotineiras em populações maiores por longos períodos de tempo. Além disso, a capacidade e a competência dos agentes comunitários de saúde (ACSs) variam muito. Dessa forma, uma análise mais aprofundada dos detalhes sobre como os ACSs foram treinados e implantados nos projetos incluídos na revisão foi limitada. Na revisão de Freeman *et al.* (2017), alguns dos estudos incluídos careciam de informações suficientes sobre a metodologia de avaliação, sobre o papel dos membros da comunidade e outras estratégias de implementação, bem como sobre os resultados em si. Isso pode ter dificultado avaliar a força da evidência e tirar conclusões fortes. Falhas de projeto e sérios desafios encontrados na implementação do programa raramente são descritos em documentos de acesso aberto ou na literatura científica. Isso significa que um sério viés de publicação pode estar presente e deve ser reconhecido. No entanto, o viés de publicação não nega o valor das inúmeras avaliações que foram incluídas na revisão que demonstram a eficácia do cuidado à saúde baseado na comunidade na melhoria da saúde infantil. Para Oliveira, Camacho e Tedstone (2001), embora haja evidências que apoiem a eficácia das estratégias de atenção primária na extensão da duração da amamentação, existe a necessidade de uma base ampla e estudos que testem o efeito da combinação dos procedimentos, de preferência abrangendo os períodos pré-natal e pós-natal, para encorajar o desenvolvimento de protocolos baseados em evidências sobre a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária.

Quadro 2 - Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas.

continuação

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Principais elementos da opção (como e por que funciona)	Os principais elementos dessa opção estão relacionados às seguintes intervenções: • promoção da saúde reprodutiva e planejamento familiar, incluindo: Provisão / disponibilidade de contraceptivos para o espaçamento dos nascimentos e sexo seguro (Bhutta *et al*., 2008); • promoção da busca adequada de cuidados pré-natais, incluindo folato de ferro ou suplementação com múltiplos micronutrientes durante a gravidez; suplementos energéticos-proteicos balanceados durante a gravidez em populações com insegurança alimentar, suplementação de cálcio, antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV (Bhutta *et al*., 2008; Jennings *et al*., 2017); • triagem e o tratamento de condições médicas, como gravidez de alto risco, diabetes gestacional, distúrbios hipertensivos e infecções (Jennings *et al*., 2017); • cuidados especializados para o parto, incluindo antibióticos para ruptura prematura de membranas e esteroides pré-natais em trabalho de parto prematuro; intervenções para prevenção da hemorragia pós-parto e uso de agentes ocitócicos; reanimação básica de recém-nascidos (Bhutta *et al*., 2008); • aconselhamento e apoio à amamentação (Bhutta *et al*., 2008); • imunização (Bhutta *et al*., 2008; Sacks *et al*., 2017); • suplementação de vitamina A em crianças (Bhutta *et al*., 2008); • suplementação preventiva de zinco / fortificação para crianças (Bhutta *et al*., 2008); • mosquiteiros para a família para prevenção da malária na gravidez e na infância (Bhutta *et al*., 2008; Sacks *et al*., 2017); • melhoria do tratamento da diarreia (Sacks *et al*., 2017); • detecção e gestão comunitária de pneumonia com amoxicilina (Freeman *et al*., 2017); • reconhecimento, triagem e tratamento de doenças graves como desnutrição aguda em crianças (Bhutta *et al*., 2008; Sacks *et al*., 2017); • prevenção e tratamento para tétano (Bhutta *et al*., 2008); • intervenções voltadas às condições socioeconômicas da mãe, incluindo a participação em microcrédito e grupos de poupança, transferências monetárias condicionais, programas de empoderamento das mulheres e grupos de mulheres participativas (Jennings *et al*., 2017; Freeman *et al*., 2017); • visita domiciliar pelos ACSs para educar as mães sobre práticas domésticas saudáveis, sinais de perigo na gestação e a importância do encaminhamento e tratamento precoce de neonatos com sinais de perigo aos serviços de saúde (Sacks *et al*., 2017; Freeman *et al*., 2017); • visitas domiciliares, consultas individuais, sessões de grupo, telefonemas, uma combinação de duas ou mais estratégias e material impresso durante o período pré e pós-natal para prolongar a duração da amamentação (Oliveira, Camacho e Tedstone, 2001). Podem ser direcionadas para: Mulheres, gestantes e suas famílias, neonatos e crianças. Podem ser entregues por: • Enfermeiras, parteiras, médicos (Bhutta *et al*., 2008; Oliveira, Camacho e Tedstone, 2001); • Agentes comunitários de saúde e membros da comunidade (Jennings *et al*., 2017; Sacks *et al*., 2017; Freeman *et al*., 2017).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria

conclusão

Opção 2 – Programas de promoção da saúde

Oferecer modalidades de serviços que incentivem o autocuidado e a mudança do estilo de vida pode favorecer melhorias no controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, redução na solidão dos idosos e impacto positivo sobre parâmetros clínicos em pacientes diabéticos. Para a descrição dessa opção, foram utilizadas duas revisões sistemáticas, sendo as duas de moderada qualidade metodológica.

O Quadro 3 apresenta resumo das evidências para a opção 2 quanto aos benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações e percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 3 - Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

continua

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	Um estudo de moderada qualidade metodológica, conduzido por March *et al.* (2015), evidenciou a efetividade das intervenções de educação em saúde, realizadas por profissionais que usam metodologias participativas, na melhoria do autocuidado em pessoas com doenças crônicas e no incentivo à atividade física para melhorar o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Exercício físico em grupo (caminhadas, oficinas em centros esportivos) é muito eficaz para os idosos e tem um bom custo-benefício para a população em geral. Além disso, este estudo evidenciou que a participação ativa do paciente pode aumentar a eficácia de algumas intervenções, incluindo aquelas destinadas a reduzir a solidão dos idosos e impactar positivamente os parâmetros clínicos em pacientes diabéticos. Dessa forma, a abordagem comunitária pode ser mais eficaz do que a individual em procedimentos e intervenções preventivas na atenção primária. Taggart *et al.* (2012), numa revisão de moderada qualidade metodológica, relataram mudanças positivas significativas, em 38 estudos (73%), após as intervenções utilizadas na atenção primária para melhorar os resultados de educação em saúde. Metade dos estudos relataram resultados significativos tanto para a educação em saúde como para as mudanças relacionadas ao tabagismo, nutrição, etilismo, prática de atividade física e controle de peso por meio de entrevista motivacional e aconselhamento individual, educação em grupo, materiais escritos, telefonemas para aconselhamento e intervenções utilizando internet e computadores.
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados com a opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Em sua revisão, March *et al.* (2015) referiram o custo-efetividade de atividades físicas para o idoso. As atividades físicas de caminhada e aconselhamento sem supervisão de um profissional foram de melhor custo- efetividade; as intervenções feitas por enfermeiros têm melhor custo-efetividade que as conduzidas por médicos. Esses resultados foram referidos por dois estudos incluídos nesta revisão.

Quadro 3 - Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

continuação

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada	March *et al*. (2015) consideraram que há falta de evidências sobre muitas intervenções comunitárias, embora a maioria das intervenções identificadas neste estudo tenha alcançado resultados em suas avaliações. Há, no entanto, dificuldades de avaliação e publicação dos resultados relacionados à promoção da saúde e mais pesquisas nesta área são necessárias. Taggart *et al*. (2012) relataram que o foco dos estudos foram muitas vezes os fatores de risco comportamentais em vez da educação em saúde e que estudos usaram medidas diferentes para mensurar a educação em saúde. Nesse sentido, a extrapolação das conclusões dos benefícios da opção deve ser cautelosa. Os autores consideram que as evidências ainda são insuficientes para determinar completamente o potencial das intervenções para melhorar a redução dos fatores de risco e para a educação em saúde. E que esses resultados não podem ser generalizados para países que não compõem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).
Principais elementos da opção (como e por que funciona)	Os principais elementos dessa opção estão relacionados às seguintes intervenções: • sessões de atividade física; • campanha para a promoção da saúde; • educação em grupo com metodologias participativas (por exemplo, grupos de discussão sobre autocuidado em pacientes crônicos); • educação de pares (por exemplo, pacientes especialistas que oferecem sessões de autocuidado a outros diabéticos) (March *et al*., 2015). Além de outras atividades como: • entrevista motivacional individual e aconselhamento; • materiais escritos; • orientações ou aconselhamento por telefone e computador (Taggart *et al*., 2012). Podem ser direcionadas para: • População adulta em geral Podem ser oferecidas por: • Profissionais da atenção primária (Enfermeiros e médicos, juntamente com um educador físico e equipe multidisciplinar)
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação dos elementos dessa opção.

Fonte: Elaboração própria

conclusão

Opção 5 – Estratégias comunitárias intersetoriais

Quando intervenções no nível da comunidade são implementadas por profissionais bem treinados, em sistemas de saúde organizados e estruturados, a cobertura e o impacto são favoravelmente afetados. Esta opção está focada nas intervenções intersetoriais que integram saúde, educação e desenvolvimento social. Foram incluídas três revisões sistemáticas, sendo uma de moderada qualidade metodológica e duas de baixa.

O Quadro 4 apresenta resumo das evidências para a opção 5 quanto aos benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção, necessidades de adaptações e percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 4 - Achados relevantes para a opção 5, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

continua

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	Uma revisão de moderada qualidade metodológica, conduzida por Black *et al.* (2017), identificou que os programas baseados na família que fornecem conselhos dietéticos positivos simples aos pais por meio de acompanhamento regular reduziram significativamente a ingestão de gordura. Estudos escolares e baseados na família, se bem concebidos e implementados, contribuem para o aumento da ingestão de frutas e legumes, principalmente frutas. Programas eficazes baseados na escola incorporaram modelos de papéis, incluindo colegas, professores e figuras heroicas, recompensas e maior acesso a alimentos saudáveis. Programas de nutrição escolar em comunidades carentes foram tão eficazes quanto programas em outras comunidades. Em uma revisão de baixa qualidade metodológica sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade na melhoria da saúde materna, neonatal e infantil, Perry *et al.* (2017) trouxeram as características compartilhadas de quatro projetos que operam há mais de 30 anos. Todos demonstraram reduções na mortalidade infantil. Os resultados devem-se à estrutura e à organização dos serviços de saúde em que os projetos estão inseridos. Perry *et al.* (2009), em uma revisão de baixa qualidade metodológica, concluíram que há fortes evidências científicas de que várias intervenções individuais podem levar a melhorias substanciais na saúde das crianças. A aplicação de muitas dessas intervenções específicas em escala nos países em desenvolvimento tem sido responsável por grande parte do progresso na redução do número de mortes de crianças em todo o mundo.
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados com a opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	O custo para as intervenções específicas de sobrevivência infantil baseadas na comunidade torna-as altamente custo-efetivas quando comparadas aos custos estimados por morte, custo por ano de vida ganha ou custo por ano de vida ajustado por incapacidade (Perry *et al.*, 2009).

Quadro 4 - Achados relevantes para a opção 5, segundo revisões sistemáticas/ avaliações econômicas

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada	Para Black *et al*. (2017), programas de nutrição familiar e escolar podem melhorar a ingestão alimentar. No entanto, evidências da sustentabilidade em longo prazo desses impactos são limitadas. O modesto impacto global até mesmo desses programas bem-sucedidos sugere que intervenções nutricionais complementares são necessárias para construir um ambiente de apoio para uma alimentação saudável em geral. Perry *et al*. (2017) identificou que a maioria das evidências sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade (CBPHC) na melhoria dos resultados de saúde materna, neonatal e infantil (MNCH) vem de avaliações do efeito de intervenções únicas implementadas em cenários de campo altamente controlados e atípicos durante um período relativamente curto. Poucas experiências malsucedidas foram adequadamente documentadas e relatadas segundo o estudo de Perry *et al*. (2009). A falta de documentação limita a capacidade de aprender onde estão os problemas para encontrar soluções. Mas o inverso também é verdadeiro: há muitos programas comunitários de sucesso que não são documentados ou devidamente avaliados, levando também à perda de oportunidades de aprendizagem. Além disso, grande parte da documentação existente de programas de sucesso fornece poucas informações sobre o contexto ou os meios de implementação do programa, limitando assim a oportunidade de aprendizagem prática.
Principais elementos da opção (como e por que funciona)	Os principais elementos dessa opção estão vinculados às seguintes intervenções: Relacionadas a ações voltadas à saúde na escola: • modificações no serviço de alimentação escolar e programas de refeições escolares saudáveis, incluindo incentivo ao consumo de frutas na escola e avaliação das cantinas escolares; • atividades para casa voltadas à nutrição; • estratégias para engajar pais / famílias na alimentação dos filhos; • jardinagem; • atividade física (Black *et al*., 2017). Relacionadas a ações voltadas à organização dos serviços de saúde: • integração vertical dos serviços (dos serviços domiciliares e baseados na comunidade até os serviços de referência hospitalar); • forte sistema de saúde voltado para a comunidade, no qual a comunidade é parceira, incluindo promoção do empoderamento desta e capacitação das mulheres; • fornecimento de serviços hospitalares e garantia de que o atendimento cirúrgico básico esteja disponível para as populações atendidas; • forte liderança profissional, bem como sistemas dinâmicos de gerenciamento e supervisão; • garantia de que suprimentos e medicamentos essenciais estejam disponíveis; • tratamento com um alto nível de respeito aos pacientes; • criação de papéis fortes para os trabalhadores de nível comunitário, oferecendo treinamento de alta qualidade e supervisão (Perry *et al*., 2009; Perry *et al*., 2017). Podem ser direcionadas para: • Mães, neonatos, crianças e famílias (Perry *et al*., 2009; Perry *et al*., 2017); • Crianças maiores de 12 anos (Black *et al*., 2017). Podem ser oferecidas por: • agentes comunitários de saúde, médicos, paramédicos, supervisores e gerentes de projeto e pesquisadores (Perry *et al*., 2017); • profissionais de saúde (Perry *et al*., 2009); • professores, funcionários da escola e alunos mais velhos atuando como educadores nutricionais (Black *et al*., 2017).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum dos estudos reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria

conclusão

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS OPÇÕES RELACIONADAS COM EQUIDADE

Nesta etapa foram consideradas as possíveis desigualdades que podem ocorrer em cada opção levantada, ou seja, considerar se, além dos benefícios e da eficácia das políticas, dos programas e das intervenções encontrados, há impactos em diferentes territórios e em suas populações. É importante ressaltar que, ao levantar um problema e possibilidades de solução para o mesmo, não se pode deixar de pensar se ele terá eficácia variada nos diferentes grupos sociais ou lugares. Avaliam-se os possíveis prejuízos para grupos e lugares e o possível aumento das desigualdades (Oxman *et al*., 2009).

A implementação das opções políticas deve levar em consideração as diferentes características da população, mapeando e estratificando as famílias a partir de critérios de risco e vulnerabilidades. O uso do acrônimo PROGRESS facilita a identificação de grupos que merecem especial atenção, a fim de que as opções não aumentem as desigualdades populacionais. O PROGRESS é formado pelas primeiras letras (em inglês) de palavras 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 (socioeconomic status) e S (social capital) (O'Neill *et al*., 2014). Partindo desta classificação, é possível identificar e priorizar diferentes opções de políticas levando-se em consideração a população a que se destinam. Os elementos levantados nessa etapa advém da realização de novas buscas por artigos primários que fundamentem os resultados do PROGRESS. Além disso, nesta etapa foi utilizada como recurso a realização de *brainstorming* (tempestade de ideias) atividade desenvolvida para explorar a potencialidade criativa de um indivíduo ou de um grupo, e foi desenvolvida com os membros do grupo de trabalho descritos anteriormente. A seguir, são apontados aspectos sobre equidade relacionados às opções apresentadas.

Opção 1 – Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos

Esta opção visa diminuir agravos à saúde materna, neonatal e infantil e, consequentemente, melhorar índices de mortalidade desse público, por meio de estratégias voltadas aos cuidados no período pré-natal, durante o parto e no período pós-parto. No Brasil, em locais os quais a Estratégia Saúde da Família não está bem estruturada, pode ser prejudicado o alcance desses cuidados à essa população, principalmente aquelas que vivenciam dificuldades relacionadas à descoberta da gravidez, que precisam de apoio e

estímulo para a realização do cuidado pré-natal, e residem em locais em que há impossibilidade de realização de visitas domiciliares programadas (Esposti *et al*., 2015).

Deve-se também levar em consideração que a distância entre a residência do usuário e os serviços de saúde pode gerar desigualdade em relação ao acesso às intervenções. Ainda que realizadas por ACSs em visitas domiciliares, as ações de cuidado podem ser prejudicadas pela distância e dificuldade de acesso às residências, uma vez que a distância pode ocasionar aumento de tempo entre uma visita e outra.

Além disso, as intervenções que podem ser rotineiramente agendadas e realizadas, como imunização e cuidados no período pré-natal, têm uma cobertura muito maior do que aquelas que dependem 24 horas da disponibilidade de serviços clínicos, tais como cuidados especializados ou de emergência, no momento do nascimento e de cuidados a recém-nascidos e crianças doentes, uma vez que são desiguais as condições de acesso e de disponibilidade de equipamentos de saúde para populações de diferentes condições sociais, residentes em regiões diversas (Bhutta *et al*,. 2008).

Opção 2 – Programas de promoção da saúde

Esta opção tem como foco oferecer modalidades de serviços que incentivem o auto cuidado e a mudança do estilo de vida, por meio da educação em saúde e de formação de grupos. Dessa forma, deve-se levar em consideração o nível de escolaridade da população, visto que um público com pouca escolaridade pode ter dificuldade de absorção das informações, escritas ou verbais, podendo assim aumentar a desigualdade de acesso à intervenção, se comparado a um grupo de maior nível de escolaridade (Ribeiro *et al*., 2018). Em outras palavras, outras formas de educação devem ser utilizadas para além das tradicionais orientações passivas. Além disso, a população de difícil acesso aos serviços de saúde onde serão realizados os grupos, podem ser prejudicados e devem, portanto, receber atenção.

Opção 5. Estratégias comunitárias intersetoriais

Esta opção identificou que os programas baseados na família, voltados a conselhos dietéticos aos pais, por meio de acompanhamento regular, melhoraram a qualidade da alimentação das crianças e de sua família. No entanto, ao pensar intervenções que envolvam escolas e serviços de saúde, merecem destaque as famílias que tenham situação socioeconômica precária, uma

vez que podem ter maior dificuldade em adquirir alimentos considerados saudáveis e, como consequência, manterem o consumo de nutrientes variados (Souza *et al*., 2012).

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

A partir das estratégias e elementos das opções, buscou-se identificar as potenciais barreiras à implementação bem-sucedida de uma nova política; as estratégias a serem consideradas ao se planejar a implementação de uma nova política, para permitir que ocorram mudanças necessárias entre os usuários do serviço de saúde, nos profissionais de saúde, nas organizações e nos sistemas de saúde (Toma *et al*., 2017). Os dados sobre as barreiras para implementação foram levantados na busca da literatura científica, a partir de artigos incluídos ou não nesta dissertação, e estão descritos nos quadros a seguir, de acordo com cada opção.

Quadro 5 - Considerações sobre a implementação para a opção 1.

continua

Níveis	Opção 1: Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos
Usuários do sistema de saúde	Na prática da visita domiciliar, ao chegarem às residências, os ACSs enfrentam a problemática de não serem recebidos pelas famílias, dificuldades de encontrar o usuário em sua residência, portões fechados, sobretudo moradores que relatam, por desconhecerem a função do ACS, não quererem ser incomodados por esse profissional (Nascimento *et al*., 2017). Uma barreira social que se mostra relevante é o baixo nível de escolaridade das comunidades assistidas, fator que dificulta a transmissão de conhecimento (Matos *et al*., 2016).
Trabalhadores de saúde	Profissionais de saúde femininos fornecendo serviços promocionais e preventivos por meio de grupos de mulheres baseados na comunidade e visitas domiciliares podem trazer resultados como melhoria da busca de atendimento junto com a redução da mortalidade perinatal. Esses mecanismos levam ao empoderamento das mulheres e o aumento da conscientização que afeta as práticas domésticas e familiares e a busca por cuidados (Bhutta *et al*., 2008). A escassez de profissionais de saúde treinados para promover bons cuidados familiares e práticas de cuidado em ambientes de atenção primária com população em risco é um fator que deve ser considerado (Bhutta *et al*., 2008). Os agentes comunitários de saúde (ACSs) visitam os agregados familiares para educar os cuidadores das crianças sobre a prevenção e controle de doenças comuns. Por meio do acompanhamento de protocolos bem desenvolvidos, os ACSs podem conectar os membros da comunidade aos serviços de saúde mais próximos para o gerenciamento de doenças graves ou acompanhamento, facilitando a implementação dessa opção (Freeman *et al*., 2017).
Organização de serviços de saúde	Ganhos razoáveis podem ser obtidos para a saúde materna e a sobrevivência na atenção primária através da introdução de uma variedade de intervenções preventivas. Entre elas, o planejamento familiar ou fornecimento de contraceptivos, prevenção de pré-eclâmpsia e atendimento pré-natal para abordar os fatores de risco maternos, como anemia e hipertensão induzida pela gravidez . O benefício do espaçamento dos nascimentos na redução da mortalidade materna por todas as causas é evidente e realça a necessidade de integrar os serviços de saúde reprodutiva e o planejamento familiar (Bhutta *et al*., 2008). Uma grande proporção das populações de baixa renda em todo o mundo vive a mais de uma hora de distância de um serviço de saúde, o que faz com que a utilização dos serviços de saúde e serviços de emergência seja um desafio para a implementação de algumas intervenções. Portanto, é importante fortalecer as intervenções baseadas na comunidade para promover a assistência pré-natal, o parto assistido e o acesso aos serviços (Jennings *et al*., 2017).

Quadro 5 - Considerações sobre a implementação da opção 1.

continuação

Níveis	Opção 1: Ações programáticas de prevenção de doenças e agravos
Sistemas de saúde	A falta de um conjunto mínimo de intervenções universalmente acordado que deve ser entregue a todas as mulheres, recém-nascidos e crianças que precisam delas e a falta de alocação dos recursos necessários para garantir a funcionalidade dos serviços de saúde da atenção primária podem ser os principais fatores que contribuem para o fracasso em fornecer intervenções efetivas para a saúde materna, neonatal e infantil (Bhutta *et al*., 2008). Há inadequação na infraestrutura da rede básica no país e baixos percentuais da adequação da estrutura física das unidades de saúde dirigidas ao pré-natal. Ou seja, num cenário de cobertura nacional do pré-natal de cerca de 100%, quase metade (43%) das unidades de saúde pesquisadas por Guimarães *et al*., (2018) não dispõe de infraestrutura adequada, revelando uma expressiva barreira de acesso a um pré-natal de qualidade.

Fonte: Elaboração própria

conclusão

Quadro 6 - Considerações sobre a implementação da opção 2.

Níveis	Opção 2: Programas de promoção da saúde
Usuários do sistema de saúde	Problemas comunitários como resistência ou relutância entre a população para participar de certas intervenções, experiências anteriores de fracasso, barreiras culturais ou linguísticas podem ser fatores que dificultem a implementação dessa opção (March *et al*., 2014).
Trabalhadores de saúde	Existem barreiras entre os profissionais como dúvidas sobre a efetividade, autoeficácia para realizar as intervenções, baixa motivação, falta de formação que podem dificultar a execução desta opção (March *et al*., 2014).
Organização de serviços de saúde	Problemas institucionais (hegemonia do modelo biomédico, incentivos dirigidos) podem ser fatores dificultadores para a implementação dessa opção (March *et al*., 2014).
Sistemas de saúde	Aspectos relacionados ao contexto político e econômico, prioridades da Secretaria de Saúde, por exemplo, podem ser um dificultador para atingir o objetivo dessa opção (March *et al*., 2014). Direcionar a alfabetização em saúde não precisa necessariamente envolver a implementação de intervenções extensas e potencialmente caras, que também podem exigir maior comprometimento (treinamento, capacidade) dos profissionais que as implementam. Essa é uma descoberta importante para políticas e práticas e influenciará o cálculo de benefícios *versus* custos de intervenções a serem adotadas e apoiadas mais amplamente nos sistemas de saúde (Taggart *et al*., 2012).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 - Considerações sobre a implementação da opção 5

Níveis	Opção 5: Estratégias comunitárias intersetoriais.
Usuários do sistema de saúde	Por sua própria natureza, a atenção primária à saúde baseada na comunidade exige envolvimento da comunidade para praticamente todos os aspectos da programação. Cada um desses aspectos do envolvimento da comunidade faz parte do processo de capacitação desta em benefício do programa de saúde e de sua capacidade de melhorar a saúde das mães, neonatos e crianças (Perry *et al*., 2017b). As comunidades estavam envolvidas na implementação de 58% dos programas bem-sucedidos na melhoria da saúde das crianças na revisão de Perry *et al*. (2009). Entre os programas de sucesso que implementaram três ou mais intervenções durante um período de pelo menos quatro anos, todos estabeleceram fortes parcerias com a comunidade.
Trabalhadores de saúde	Quando intervenções são implementadas no nível da comunidade por trabalhadores de saúde bem treinados e supervisionados, a cobertura, o impacto e a equidade podem ser favoravelmente afetados (Perry *et al*., 2009).
Organização de serviços de saúde	A promoção de parcerias entre comunidades e programas de saúde, o aproveitamento de recursos locais para apoio a programas e a promoção do empoderamento da comunidade e das mulheres foram características comuns dos programas de sucesso da atenção primária baseada na comunidade (Perry *et al*. 2017b). Programas que obtiveram sucesso na diminuição da mortalidade maternal, neonatal e infantil compartilham várias características, as mais notáveis são: fornecer serviços abrangentes de saúde materna, infantil e de planejamento familiar; oferecer efetivos programas baseados na comunidade, que utilizam agentes comunitários de saúde que mantêm contato regular com todas as famílias; desenvolver consistente colaboração com as comunidades que servem. Além disso, todos eles têm forte capacidade de referência para atenção secundária e terciária (Perry *et al*., 2017a).
Sistemas de saúde	A revisão de Perry *et al*. (2009) confirma a necessidade de expansão do compromisso dos governos, ONGs e organizações internacionais para dar prioridade ao CBPHC para melhorar a saúde das crianças e reduzir a mortalidade. Os programas de saúde podem melhorar de forma mais eficaz e sustentável a saúde das crianças se mobilizarem a energia da população local para seu próprio benefício.

Fonte: Elaboração própria

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Diante da relevância da abordagem voltada à saúde familiar na atenção primária à saúde, as opções apresentadas neste estudo podem ser utilizadas para apoiar gestores e profissionais no avanço da construção de políticas de saúde. A implementação deve considerar a viabilidade de cada local e a avaliação da equidade que é fundamental para que as opções propostas não aumentem as desigualdades.

Foram elaboradas 5 opções para subsidiar políticas de saúde voltadas às famílias a partir da análise 27 revisões sistemáticas. Esta dissertação apresenta 3 opções fundamentadas em 10 revisões sitemáticas.

A opção Intervenções clínicas programáticas: prevenção de doenças e agravos demostrou que muitas intervenções eram focadas em estratégias específicas e limitadas, como, por exemplo, a administração de um medicamento ou imunização, e são interpretadas como intervenções voltadas à família, quando eram destinadas a apenas um único membro da família.

Na opção Programas de promoção da Saúde podemos concluir que as ações relacionadas aos programas de promoção da saúde, autocuidado e mudanças do estilo de vida foram realizadas em países desenvolvidos, em que as intervenções de saúde são direcionadas à prevenção de doenças crônicas ou à melhora da qualidade de vida. Notam-se atividades mais participativas, porém voltadas aos resultados individuais.

Na opção Estratégias Comunitárias Intersetoriais, pode-se compreender que há um crescente reconhecimento de que os programas que ultrapassam as barreiras das unidades de saúde, articulando-se e envolvendo a comunidade têm um grande potencial para reduzir ainda mais a mortalidade das crianças menores de 5 anos a um custo mínimo. Além disso, pode-se melhorar a qualidade da alimentação das crianças maiores de 12 anos a partir de programas que integrem a saúde e a educação, atuando junto com a escola, com a participação das famílias. Um sistema de saúde integrado e bem organizado é fundamental para alcançar esse objetivo.

As opções encontradas centraram-se em intervenções que, em certa medida, envolveram familiares para apoiar a prevenção, o tratamento e a reabilitação de um dos membros. Ainda que as intervenções englobassem a comunidade e outros setores, o que pode ser considerado ampliação continua restrito a problemas de saúde. Portanto, o conjunto ofertado com essa ampliação não atingiu outras dimensões que caracterizam a reprodução

social; ou seja, são intervenções que respondem apenas parcialmente a necessidades em saúde, centrando-se em necessidades relacionadas à doenças e agravos.

No Brasil, a saúde é um dos setores sociais que fazem parte do sistema de proteção social do Estado. Portanto o SUS foi proposto para operacionalizar o direito à saúde, como parte dessa proteção. Na medida em que as opções respondem restritamente às necessidades em saúde, deixam de operacionalizar o direito à saúde e consequentemente não convocam o Estado para o cumprimento da proteção social.

As limitações desta revisão decorreram da escolha do descritor "Atenção primária à saúde", que impediu a captação de estudos de outras áreas que analisam a família no conjunto das relações sociais. A opção por esse descritor levou em consideração as características de inserção no trabalho das mestrandas que desenvolveram esta pesquisa, porém restringiu os resultados. Além disso, embora as buscas tenham sido realizadas em diversas bases de dados, para as opções elaboradas nesta dissertação, apenas 10 revisões sistemáticas atenderam aos critérios de inclusão. Estes estudos apresentaram baixa ou média qualidade metodológica. Evidencia-se, portanto, uma lacuna de conhecimento a ser explorada e a necessidade de produção de revisões sistemáticas de alta qualidade relacionadas ao objeto deste estudo.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

Abdala CVM, Fiqueiró 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.

Abdala CVM. Onde encontrar as evidências para informar as políticas de saúde?. Instituto de Saúde. Política de Saúde Informada por Evidências. Bol do Inst Saúde – BIS. 2016;17(1): 50-56.

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. 263-284.

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

Alves IG. Da caridade ao welfare state: um breve ensaio sobre os aspectos históricos dos sistemas de proteção social ocidentais. Cienc Cult [Internet]. março de 2015;67(1):52–5. Available at: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252015000100017&lng=pt&tlng=pt

Alvez PF, Bolognini T, Ploner KS. Significados do Ato de Cuidar a partir das Perspectivas de Familiares de Pessoas com a Doença de Alzheimer. Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento. 2017;13(Vol13):5–36.

Araújo MF. Família, modernização capitalista e democracia: retomando alguns marcos do antigo debate sobre as transformações da família no Brasil. Tempo e Argumento. 2011;3(1):180–98.

Azzi R. Família e valores no pensamento brasileiro (1870-1950). In: Ribeiro, I, organizador. São Paulo: Loyola: Família e Valores.; 1987.

Bandeira LAM. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. Rev Bras Política Int. 2002;45(2):135–46.

Barreto JOM, Toma TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. Bol do Inst Saúde – BIS. 2016;17(1):43–9.

Behring ER. Fundamentos de Política Social. Rev Serviço Soc e Saúde Formação e Trab Prof. 2006;Rio de Jan:1–27.

Behring RE, Boschetti I. Política Social: Fundamentos e História. Cortez, organizadora. São Paulo; 2006.

Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, *et al*. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? Lancet [Internet]. setembro de 2008;372(9642):972–89. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608614075

Birman J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. 2007;40(72):47–62.

Black AP, D'Onise K, McDermott R, Vally H, O'Dea K. How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? A systematic

review. BMC Public Health [Internet]. 17 de dezembro de 2017;17(1):818. Available at: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4795-5

Boschetti I, Stein RH. A inserção do conjunto CFESS / CRESS nos conselhos de políticas e de direitos. 20º ed. Ser Social. Brasília; 2007.

Brasil. Código Penal - Decreto-lei no 2.848/1940 [Internet]. 1º ed. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, 2017; 1940. Available at: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf

Brasil. Decreto-Lei 3.200 de 19 de Abril de 1941 - Dispõe sobre a organização e proteção da família [Internet]. 1941. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3200.htm

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Atualizada. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 1988 p. 518 p. Available at: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf

Brasil. Lei 8.080 [Internet]. 1990a. Available at: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

Brasil. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. Brasil; 1990b. Available at: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm

Brasil. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. [Internet]. Brasil; 1990c. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Brasil. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília : Câmara dos Deputados 1993.

Brasil. Definições IBGE [Internet]. 1996 [citado 10 de abril de 2018]. Available at: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm

Brasil. Lei No 10.741, de 1º de Outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. 2003. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Brasil. Política Nacional de Assistência Social [Internet]. Brasília; 2004. Available at: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf

Brasil. Consolidação do SUAS [Internet]. Brasília; 2009. Available at: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Consolidacao_Suas.pdf

Brasil. Caderno de atenção domiciliar. Vol. 1, Ministério da Saúde. 2012.

Brasil. Brasil Carinhoso [Internet]. Ministério do Desenvolvimento. 2015a [citado 6 de maio de 2018]. Available at: http://mds.gov.br/brasil-sem-miseria/acesso-a-servicos/brasil-carinhoso

Brasil. Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Creas [Internet]. 22.06.2015. 2015b. Available at: http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas

Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa

com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. 2015c. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

Brasil. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF [Internet]. Ministério do Desenvolvimento. 2015d [citado 3 de maio de 2018]. Available at: http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-social-basica/projetos-psb/servico-de-protecao-e-atendimento-integral-a-familia-2013-paif

Brasil. Conheça as principais lutas e conquistas das mulheres [Internet]. 2017a [citado 10 de abril de 2018]. Available at: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/03/conheca-as-principais-lutas-e-conquistas-das-mulheres

Brasil. Melhor em casa [Internet]. Ministério da Saúde. 2017b [citado 6 de maio de 2018]. Available at: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa

Brasil. PNAD Contínua 2017: realização de afazeres domésticos e cuidados de pessoas cresce entre os homens, mas mulheres ainda dedicam quase o dobro do tempo [Internet]. 18/04/2018. 2017c [citado 12 de maio de 2018]. Available at: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20911-pnad-continua-2017-realizacao-de-afazeres-domesticos-e-cuidados-de-pessoas-cresce-entre-os-homens-mas-mulheres-ainda-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo.html

Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? [Internet]. 1º ed. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. Available at: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf

Cardoso CL, Féres-Carneiro T. Sobre a família: com a palavra, a comunidade. Estudo e Pesquisa em Psicologia, UERJ. 2008;523–39.

Carloto CM, Mariano S. A Família e o Foco nas Mulheres na Política de Assistência Social. Soc em Debate [Internet]. 2008;14(2):153–68. Available at: http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/377

Carmo ME do, Guizardi FL. Políticas Públicas De Saúde E Assistência Social : Uma Revisão Do Estado Da Arte. 2017;1265–86.

Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN de. A família como foco da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Nescon/UFMG. Belo Horizonte; 2011. Available at: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf

Chapman E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas. Bol do Inst Saúde – BIS. 2016;17(1):7–17.

Cronemberger IHGM, Teixeira SM. A centralidade da família nas políticas sociais de Atenção Básica: qual projeto e direção do trabalho social com famílias? (2011).

Cronemberger IHGM, Teixeira SM. Pluralismo De Bem-Estar Social : O “ Novo ” Lugar Do Terce Iro Setor Na Política Social. Soc em Debate. 2015;21(2):37–62.

Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State [Internet]. Vol. 24, Lua Nova. 1991 [citado 15 de maio de 2018]. p. 85–116. Available at: http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf

Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET dos, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Saúde e Soc [Internet]. setembro de 2015;24(3):765–79. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300765&lng=pt&tlng=pt

Fagnani E, Henrique W, Lúcio CG. Previdência Social: Como Incluir os Excluidos. In: Debates Contemporâneos Economia Social e do Trabalho. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.Instituto de Economia. Centro de Estudos de Economia e Trabalho Editora São Paulo; 2008. p. 31–43.

Faquin ES, Paulilo MAS. Política social e controle social : estratégias de ampliação de direitos humanos. Serv Soc Rev [Internet]. 2009;12(1):27–42. Available at: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10036/8772

Fonseca MFS. A inserção das mulheres no mercado de trabalho como uma exigência do capital e a divisão sexual do trabalho. Rev Extraprensa [Internet]. 29 de dezembro de 2015;9(1):90. Available at: http://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/107635

Freeman PA, Schleiff M, Sacks E, Rassekh BM, Gupta S, Perry HB. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 4. child health findings. J Glob Health [Internet]. junho de 2017;7(1). Available at: http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010904.pdf

Gaiotto EMG, Venancio SI. Relato de experiência da implantação de um Grupo de Evidência em um município de médio porte do estado de São Paulo. Bol do Inst Saúde – BIS [Internet]. 2016;17(1):132–41. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf

Gillespie M D. The Family as na economic institution: historical contingencies and the great recession. International Journal of Sociology of the Family [Internet]. 12 de dezembro de 2019; 2014;40(1). Available at: http://www.jstor.org/stable/43488413

Goldani AM. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas [Internet]. Vol. 0, Cadernos de Pesquisa. 1994. p. 7–22. Available at: http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/872%5Cnhttp://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/download/872/879

Gomes FMT. O debate em torno das mulheres na política pública de assistência social. Seminário Internacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social [Internet]. 2015; Available at: http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/377

Guimarães EM de S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. Serviço Soc Soc [Internet]. dezembro de 2017;(130):564–82. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300564&lng=pt&tlng=pt

Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad Saude Publica [Internet]. 10 de maio de 2018;34(5). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505001&lng=pt&tlng=pt

Iamamoto M, Carvalho R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2005. 18º ed. São Paulo: Cortez; 2005.

IBGE. IBGE detecta mudanças na família brasileira [Internet]. 20 de dezembro de 2006. 2010a [citado 15 de junho de 2018]. Available at: https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=774&t=ibge-detecta-mudancas-familia-brasileira&view=noticia

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001 - 2009. 2010b;. Available at: https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=6&op=0&vcodigo=FED307&t=pessoas-referencia-familia-sexo

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001-2009 [Internet]. 2010c [citado 8 de maio de 2018]. Available at: https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=6&op=0&vcodigo=FED304&t=tipos-familia

IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões [Internet]. 24.11.2017. 2016 [citado 8 de maio de 2018]. Available at: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html

IBGE. PNAD Contínua: 10% da população concentravam quase metade da massa de rendimentos do país em 2017 [Internet]. 11.04.2018. 2017 [citado 8 de maio de 2018]. Available at: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20843-pnad-continua-10-da-populacao-concentravam-quase-metade-da-massa-de-rendimentos-do-pais-em-2017.html

IBGE. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 13,1% no trimestre encerrado em março [Internet]. 22.04.2018. 2018 [citado 8 de maio de 2018]. Available at: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa.html?editoria=sociais

Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. Cad FUNDAP [Internet]. 2001;22:102–10. Available at: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf

Jennings MC, Pradhan S, Schleiff M, Sacks E, Freeman PA, Gupta S, *et al*. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 2. maternal health findings. J Glob Health [Internet]. junho de 2017;7(1). Available at: http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010902.pdf

Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde e Soc [Internet]. abril de 2004;13(1):25–36. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=pt&tlng=pt

Kliksberg B. Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social: superando dogmas e convencionalismos. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, *et al*. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 7: Finding systematic reviews. Heal Res Policy Syst [Internet]. 16 de dezembro de 2009a;7(S1):S7. Available at: https://health-policy-

systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S7

Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 1 – Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. Implement Sci [Internet]. 17 de dezembro de 2008;3(1):53. Available at: http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-3-53

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 9: Assessing the applicability of the findings of a systematic review. Heal Res Policy Syst [Internet]. 16 de dezembro de 2009b;7(S1):S9. Available at: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S9

Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. Heal Res Policy Syst [Internet]. 16 de dezembro de 2009c;7(S1):S4. Available at: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S4

Leme AA. Neoliberalismo, globalização e reformas do Estado: reflexões acerca da temática. Barbarói. 2010;32:114–38.

Lourenço EÂ de S, Lacaz FA de C, Goulart PM. Crise do capital e o desmonte da Previdência Social no Brasil. Serv Soc Soc [Internet]. 2017;130:467–86. Available at: http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0467.pdf

March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete O, *et al*. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. Prev Med (Baltim) [Internet]. julho de 2015;76:S94–104. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515000183

Matos DS, Santos AT dos, Silva JM, Del'Sarto RBO, Vieira SNS. Visita domiciliar: dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Lect Educ Física y Deport [Internet]. 2016;20(214):1–5. Available at: https://www.efdeportes.com/efd214/visita-domiciliar-dificuldades-pelos-acs.htm

Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Saúde e Soc [Internet]. outubro de 2018;27(4):1105–19. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401105&tlng=pt

Mesquita AP de. A família como centralidade nas políticas públicas: a constituição da agenda política da Assistência Social no Brasil e rotas de reprodução das desigualdades de gênero. CODE 2011 - An do I Circuito Debates Acadêmicos. 2011;12.

Mioto CRT, Schütz F. Intersetorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. Diprosul. 2011;(48):1–27.

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. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. 2003;1–11.

Mioto RCT, Prá KRD. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da

política social brasileira. XIII ENPESS Encontro Nac Pesqui em serviços Sociais. 2013;

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 21 de julho de 2009;6(7):e1000097. Available at: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Nascimento S Do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serviço Soc Soc. 2010;(101):95–120.

Nascimento VF do, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC da, Cabral JF, Gleriano JS, *et al*. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 23 de maio de 2017;43(1):60. Available at: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23119

O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, *et al*. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. J Clin Epidemiol [Internet]. janeiro de 2014;67(1):56–64. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S089543561300334X

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions. J Hum Lact [Internet]. novembro de 2001;17(4):326–43. Available at: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033440101700407

OMS. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. 1948. Available at: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm

Oxman A, Lavis J, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? Heal Res Policy Syst [Internet]. 2009;7(Suppl 1):S1. Available at: http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S1

Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saude Publica [Internet]. outubro de 2013;29(10):1927–36. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=pt&tlng=pt

Perry H, Freeman P, Gupta S, Rassekh BM. How effective is community-based primary health care in improving the health of children? Summary findings. Report to the Expert Review Panel. A review of the evidence. Public Heal Consult World Bank [Internet]. 2009; Available at: http://www.amoshealth.org/wp-content/uploads/2011/12/Review-of-Evidence-on-Effectiveness-of-CBPHC-July-2009.pdf

Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long–term mortality impact. J Glob Health [Internet]. junho de 2017a;7(1). Available at: http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010907.pdf

Perry HB, Sacks E, Schleiff M, Kumapley R, Gupta S, Rassekh BM, *et al*. 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. J Glob Health [Internet]. junho de 2017b;7(1). Available at: http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010906.pdf

Piana MC. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. 2009.

Rosa W de AG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. dezembro de 2005;13(6):1027–34. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=pt&tlng=pt

Ribeiro KG, Andrade LOM de, Aguiar JB de, Moreira AEMM, Frota AC. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2018;22(suppl 1):1387–98. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501387&tlng=pt

Sacks E, Freeman PA, Sakyi K, Jennings MC, Rassekh BM, Gupta S, *et al*. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 3. neonatal health findings. J Glob Health [Internet]. junho de 2017;7(1). Available at: http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010903.pdf

Santos TS. Gênero e políticas sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar / Gender and social policies: new characteristics on family structure. SER Soc [Internet]. 2008;10(22):97–128. Available at: http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/Santos_genero_politicas sociais.pdf

Scott ASV. População e família no Brasil contemporâneo: muitas mudanças e algumas reflexões. Rev Bras Estud Popul [Internet]. junho de 2012;29(1):3–5. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982012000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Secretaria de Saúde. Portaria IS - 3, de 9-6-201 - Cria o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS). [Internet]. São Paulo: Diário Oficial; 2015. p. 34. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/portaria_is-3_9jun2015.pdf

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

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 at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435608003259

Silva A, Dal Prá KR. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. Argumentum. 2014;6(1):99–115.

Silva MT, Galvão TF. Revisões sistemáticas de intervenções complexas em saúde pública: o exemplo da cultura de segurança do paciente. Bol do Inst Saúde – BIS. 2016;17(1):57–64.

Soares CB, Campos CMS. Reprodução Social e Processo Saúde-Doença. In: Fundamentos da Saúde Coletiva e o cuidado de Enfermagem. 1º ed Barueri: Manole; 2013. p. 107–42.

Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teorico-metodologico em saude coletiva: implicacoes para a revisao sistematica e sintese de evidencias. Rev da Esc

Enferm da USP [Internet]. 1 de dezembro de 2013;47(6):1403–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601403&lng=pt&tlng=pt

Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na America Latina. Forum Perm para a Integr da América Lat e o Caribe do IMEA [Internet]. 2014; Available at: http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285687

Souza NN de, Dias M de M e, Sperandio N, Franceschini S do CC, Priore SE. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. dezembro de 2012;21(4):655–62. Available at: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, *et al*. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Fam Pract [Internet]. 1 de dezembro de 2012;13(1):49. Available at: https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-49

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

Teixeira SM, Rodrigues V da S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2009;8(1):239–53. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000200239&lang=pt

The World Bank Group. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. 2019 [citado 5 de setembro de 2019]. Available at: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519

Toma TS, Tesser TR, Setti C, Bortoli MC de. Síntese de evidências para políticas de saúde. In: Avaliação de Tecnologias de Saúde & Políticas Informadas por Evidências [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 183–207. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/avaliacao_tecnologia_saudepolticas_inf_evidencias.pdf

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

Vine R. Google Acadêmico. J Med Libr Assoc . Jan 2006; 94 (1): 97–99. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1324783/

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 [Internet]. Boletim do Instituto de Saúde – BIS. 2016. Available at: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf

APÊNDICE A - Descritores utilizados, filtros, datas das buscas, estratégias de busca e resultados nas bases consultadas.

continua

Base de Dados	Descritores	Filtros	Data da busca	Estratégias de busca	Resultados
Health Systems Evidence HSE	"Primary Health Care" AND Family	Nenhum	02.02.2018	"Primary Health Care" AND Family	140
JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports	"Primary Health Care" AND Family	Keywords All Fields	08.02.18	"Primary Health Care" AND Family	87
Cochrane Library	Primary Health Care AND Family	Nenhum	02.03.18	"Primary Health care" AND Family	288
Scopus	"Primary Health Care" AND Family AND "Systematic Review	Nenhum	30.01.2018	KEY (family OR families OR "Family Life Cycles" OR "Life Cycle" 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 KEY ("systematic review")	144

APÊNDICE A - Descritores utilizados, filtros, datas das buscas, estratégias de busca e resultados nas bases consultadas.

continuação

Base de Dados	Descritores	Filtros	Data da busca	Estratégias de busca	Resultados
PubMed	Primary Health Care AND Family	Idioma: Ingles, Português e Espanhol; Pesquisas com humanos e Systematic Reviews	20.03.2018	(("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"[All Fields])) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("reconstituted"[All Fields] AND "families"[All Fields]) OR "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 "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 ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "extended"[All Fields]) OR "family, extended"[All Fields]))) AND "humans"[MeSH Terms]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND systematic[sb]	1118

APÊNDICE A - Descritores utilizados, filtros, datas das buscas, estratégias de busca e resultados nas bases consultadas.

continuação

Base de Dados	Descritores	Filtros	Data da busca	Estratégias de busca	Resultados
Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	Family AND primary health care	Síntese de evidencia, Revisão sistemática e Overview	22.02.2018	(tw:(family AND "primary health care") AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional") AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "overview" OR "evidence_synthesis"))	47
Campbell Collaboration	Family	Reviews	02.12.2018	Family	28
Google Acadêmico	Family Health AND Systematic Review	Excluir patentes	06.02.2019	Family Health AND Systematic Review	80
ProQuest (ASSIA, ERIC e Sociological)	Family AND (19 itens de Family que existiam no tesauro da ASSIA que tinham ligação com a pesquisa) AND “primary health care” AND “Systematic review”	Artigos revisados por especialistas	22.02.2018	(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"	199
Total					2131

conclusão

APÊNDICE B – Opção 1 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continua

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Bhutta *et al.*, 2008	Promoção da saúde reprodutiva e planejamento familiar, promoção da busca adequada de cuidados pré-natais, durante a gravidez; cuidados especializados para o parto e aconselhamento para apoio a amamentação.	Identificar uma mistura de intervenções baseadas em evidências e melhores estratégias de prestação de cuidados de saúde primários em países em desenvolvimento para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil.	Incluídos 448 estudos (223 ensaios controlados randomizados, 173 estudos observacionais e 52 revisões sistemáticas). Identificou 42 revisões de intervenções efetivas e recentemente desenvolvidas, com potencial para melhorar os resultados da mortalidade materna, neonatal e infantil na atenção primária à saúde. Estudos de casos de indicadores de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) no Paquistão e em Uganda mostraram como intervenções de saúde podem ser utilizadas eficazmente. A inclusão de intervenções baseadas em evidências em programas de SMNI em atenção primária à saúde com cobertura pragmática nesses dois países poderia prevenir 20-30% de todas as mortes maternas, 20–21% de mortes de recém-nascidos e 29-40% de todas as mortes pós-neonatais em crianças menores de 5 anos.	6/11	Não descrito	Não descrito	Não descrito	Não descrito

APÊNDICE B – Opção 1 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Jennings *et al.*, 2017	Intervenções como visitas pré-natais e pós-parto, imunizações, atendimento de um profissional capacitado no parto ou encaminhamento para níveis mais altos de atendimento para diminuição do mortalidade materna.	Revisar as evidências disponíveis sobre a eficácia do Cuidados primários à saúde baseados na comunidade (CBPHC) na melhoria da saúde materna.	Um total de 1.298 intervenções foi avaliado e agrupado em cinco categorias principais: mortalidade materna (19%); morbidade materna (21%); atendimento pré-natal (50%); o parto assistido (66%) e o facilidade de acesso às instalações para parto (69%). Muitas avaliações relatam resultados em vários indicadores. Sete avaliações mediram mudanças na morbidade materna: hemorragia pós-parto, malária ou eclâmpsia. Destes, seis relataram decréscimos signifcativos e um não teve efeito signifcativo. Avaliações de intervenções baseadas na comunidade sobre atendimento pré-natal, partos assistidos e acesso facilitado aos serviços de partos mostraram um impacto positivo.	5/11	Não descrito	LI - Nepal (11); LMI - Bangladesh (16), Índia (15), Paquistão (14) foram os locais com o maior número de avaliações. Dados extraídos de um total de 169 países, porém os autores especificaram apenas os países acima.	Não descrito	2015

APÊNDICE B – Opção 1 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Sacks *et al.*, 2017	Intervenções para promoção da saúde neonatal	Revisa as evidências disponíveis sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade (CBPHC) e componentes comuns em programas destinados a melhorar a saúde durante os primeiros 28 dias de vida.	Foram incluidos 93 estudos sendo que quase metade (46%) foram ensaios controlados randomizados (ECRs) e outros 15% foram quase experimentais (não randomizados, controlados). Um quinto dos projetos (21%) usou um desenho de estudo não controlado antes e depois, e um décimo (9%) usou um estudo descritivo. Outros desenhos de estudos menos comumente utilizados foram estudos de caso-controle e transversais. O CBPHC pode ser efetivamente empregado para melhorar a saúde neonatal e diminuir a mortalidade, em regiões com recursos limitados. CBPHC é especialmente importante para a educação e apoio às gestantes, às mães no pós-parto e ao estabelecimento de vínculo com a comunidade - para falicitar o encaminhamento para instalações adequadas nos casos de emergências obstétricas; no entanto, o último só produzirá melhores resultados de saúde se as instalações oferecerem atendimento oportuno e de alta qualidade.	2/11	Não descrito	LI - Nepal (12), Tanzânia (3) e Uganda (3).LMI - Índia (16), Bangladesh (12), Paquistão - (6); Gana - (3); Quênia (3); UMI - Brasil - (4).	93/93	2015

APÊNDICE B – Opção 1 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Freeman *et al.*, 2017	Intervenções para promoção da saúde infantil	Resumir as evidências sobre a eficácia do CBPHC para melhorar a saúde infantil após o período neonatal	Dos 489 estudos incluídos metade (52%) são estudos controlados e um quarto (26%) é não controlado antes e depois. Os resultados fornecem fortes evidências de que as principais causas da mortalidade infantil em contextos com recursos limitados podem ser abordadas em nível comunitário, em grande parte, envolvendo as comunidades e apoiando trabalhadores de nível comunitário. Para todas as principais categorias de intervenções (intervenções nutricionais; controle de pneumonia, doença diarreica e malária; prevenção e tratamento do HIV; imunizações; gestão integrada de doenças da infância; e abrangentes cuidados de saúde primários) foram apresentados ensaios controlados aleatorizados que consistentemente produziram resultados estatisticamente significativos e efeitos importantes.	3/11	Não descrito	Não descrito	Não descrito	2015

APÊNDICE B – Opção 1 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Oliveira, Camacho e Tedstone, 2001	Intervenções para prolongar o período de amamentação	Revisar intervenções de cuidado realizadas durante as fases pré-natal e pós-natal (excluindo cuidados de parto) para melhorar a duração da amamentação, para que um programa de promoção, proteção e apoio efetivos à amamentação para cuidados primários possa ser definido	Foram incluídos 33 estudos experimentais e 31 quase-experimentais selecionados através da identificação das intervenções realizadas no pré-natal e no pós-natal com objetivo de prolongar a duração da amamentação (n < 10.000). As intervenções que foram mais eficazes em prolongar a duração da amamentação geralmente combinaram informações, orientação, apoio e eram de longo prazo e intensivas. Durante o pré-natal, a educação em grupo foi a única estratégia efetiva relatada. Visitas domiciliares usadas para identificar as preocupações das mães com a amamentação, ajudar na resolução de problemas e envolver os membros da família na amamentação e apoio foram eficazes durante o período pós-natal ou em ambos os períodos. As sessões de educação individual também foram eficazes nestes períodos, assim como a combinação de duas ou três estratégias de intervenções envolvendo ambos os períodos.	5/11	Não descrito	LI - Guinea Bissau (01); Nepal - LI (01); LMI -Bangladesh (02), Paquistan - (01), Nigéria (01); UMI - Brasil (01), Ira (01); México (02); HI - EUA (10); Canada (04); Austrália- (03); Chile (01); Taiwan (01); Itália (01); Israel (01); Inglaterra (01); Escócia (01); Pais de gales (01). Demais países não disponíveis.	Não descrito	1999

Conclusão

Fonte: Elaboração própria; Classificação segundo The World Bank Group (2019): Países de baixa renda (Low Income Countries - LI), países de média baixa renda (Low Middle Income - LMI), países de média alta renda (Upper Middle Income - UMI), países de alta renda (High Income – HI).

Apêndice C – Opção 2 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continua

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
March *et al.*, 2015	Intervenções de educação em saúde na melhoria do autocuidado em pessoas com doenças crônicas e no incentivo à atividade física para melhorar o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares	Examinar evidências sobre a eficácia das intervenções comunitárias promotoras de saúde realizadas na atenção primária à saúde	Dos 51 artigos incluídos 16 eram ensaios clínicos randomizados e 7 foram não randomizados. Dos outros artigos, 12 foram estudos quase experimentais, pré-pós sem grupo controle, 1 foi pré-pós com dez anos de acompanhamento e análise ecológica, e apenas três coletaram dados descritivos dos resultados do processo ou intervenção. Evidenciaram a efetividade das intervenções de educação em saúde, realizadas por profissionais que usam metodologias participativas, na melhoria do autocuidado em pessoas com doenças crônicas e no incentivo à atividade física para melhorar o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Exercício físico em grupo (caminhadas, oficinas de centros esportivos) é muito eficaz para os idosos e possui um bom custo-benefício para população em geral. Além disso, este estudo evidenciou que a participação ativa do paciente pode aumentar a eficácia de algumas intervenções, incluindo aquelas destinadas a reduzir a solidão dos idosos e impactar positivamente sobre parâmetros clínicos em pacientes diabéticos. A abordagem comunitária pode ser mais eficaz do que a individual em intervenções preventivas na atenção primária.	5/11	32/51	HI - Estados Unidos (15); Reino Unido (06); Suécia (4); Espanha (4). Demais estudos foram realizados, vários europeus, norte e sul-americanos, e países asiáticos e oceânicos, porém as quantidades não foram disponibilizadas.	Não descrito	2013

Apêndice C – Opção 2 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Taggart *et al.*, 2012	Entrevista motivacional individual e aconselhamento pessoalmente, pela web ou por telefone; educação em grupo e materiais escrito para melhorar a educação em saúde relacionado ao tabagismo, nutrição, álcool, atividade física e controle de peso.	Avaliar a eficácia das intervenções usadas na atenção primária para melhorar a educação em saúde em relação a tabagismo, nutrição, álcool, atividade física e peso (SNAPW)	Incluídos 52 estudos de intervenção. 29 ensaios clínicos randomizados, 14 ensaios randomizados, 6 estudos antes e depois, 2 quase experimentais e um ensaio não randomizado controlado. Relataram mudanças positivas nos resultados de educação em saúde 38 estudos (73%). A educação em grupo foi a intervenção mais comum. Intervenções implementadas em cuidados de saúde primários foram mais bem-sucedidas em demonstrar mudança no tabagismo em comparação com intervenções que envolviam a comunidade (50% de sucesso em comparação com 20%). Aconselhamento individual e materiais escritos foram mais efetivos na interrupção do tabagismo quando comparados a educação em grupo. Já as intervenções em ambientes comunitários foram mais propensas a relatar mudanças positivas relacionadas à atividade física (62% com 47%) e à nutrição (65% comparado com 56%). Ambas as configurações mostraram resultados semelhantes para o peso (50%) e alfabetização em saúde (78% *versus* 75% para configurações da comunidade).	7/10	Não disponível	HI - EUA (30), Austrália / Nova Zelândia (4) e outros países da OCDE (n = 18). Autores não descrevem origem dos demais artigos incluídos.	52/52	2009

conclusão

Fonte: Elaboração própria; Classificação segundo World Bank (2019): Países de baixa renda (Low Income Countries - LI), países de média baixa renda (Low Middle Income - LMI), países de média alta renda (Upper Middle Income - UMI), países de alta renda (High Income – HI).

Apêndice D – Opção 5 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continua

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Perry *et al*., 2017b	Projetos com evidência de impacto na mortalidade em longo prazo.	Descrever as características de projetos com mais de uma intervenção que têm evidências de impacto de longo prazo na saúde materna, neonatal ou infantil	Nos 700 artigos analisados, foi identificado que quatro projetos são semelhantes na ampla gama de serviços que oferecem ao longo do atendimento contínuo para indivíduos em vários pontos do ciclo de vida - da gravidez e do parto aos períodos neonatal e infantil, até a adolescência e a idade adulta. Eles também são semelhantes na amplitude de tipos de serviços - de preventivo para curativo até serviços de reabilitação. Finalmente, eles são semelhantes na integração vertical de seus serviços - de serviços domiciliares e baseados na comunidade até os serviços de referência hospitalar. Outra característica que esses projetos têm em comum é que todos eles têm um forte sistema de saúde voltado para a comunidade, no qual a comunidade é parceira. Todos esses trabalhadores recebem treinamento de alta qualidade e apoio de supervisão. Eles mantêm contato rotineiro com todas as famílias nas áreas de serviço e fornecem cuidados de saúde essenciais em suas casas e em locais de fácil acesso na comunidade e nas proximidades.	2/11	Não descrito	LI -Haiti (1) LMI – Índia (2); Bangladesh (1).	Não descrito	2015

Apêndice D – Opção 5 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população-alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Perry *et al.*, 2009	Treinar agentes comunitários de saúde, promover parcerias entre comunidades e programas de saúde, aproveitando os recursos locais para apoio ao programa, e promoção da comunidade e capacitação das mulheres	Descrever o que foi alcançado por meio da abordagem comunitária para melhorar a saúde infantil, avaliar o potencial do CBPHC para melhorar a saúde e identificar lacunas em nosso conhecimento.	Foram inluidos 469 artigos nessa revisão com objetivo de evidenciar intervenções capazes de melhorar efetivamente a saúde da criança e fornecer outros benefícios importantes para além da saúde infantil. Programas integrados (definidos como aqueles com pelo menos três intervenções de sobrevivência infantil), a revisão confirma que eles podem ser eficazes na melhoria da saúde infantil, pois são fortes componentes de alcance comunitário. Em situações nas quais os serviços de atenção primária são sobrecarregados com mais pacientes do que podem ser adequadamente manejados, atividades fortes do CBPHC podem reduzir a carga do paciente, economizando dinheiro para o sistema de saúde como um todo, bem como para os pacientes e suas famílias. Em outros contextos em que há subutilização dos serviços de saúde disponíveis nos serviços de atenção primária à saúde, há fortes razões para acreditar que um efetivo programa de atividades do CBPHC pode aumentar a utilização de serviços, tornando o sistema de saúde mais eficiente e eficaz.	2/11	Não descrito	Não descrito	Não descrito	2008

Apêndice D – Opção 5 - Dados extraídos da revisão sistemática relacionados a elementos da opção, objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR, proporção dos estudos que incluíram a população alvo, proporção de estudos realizados em LMIC e demais países, proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca.

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram a população- alvo	Proporção dos estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano da busca
Black *et al.*, 2017	Aconselhamento dietético positivo e simples aos pais	Avaliar o impacto de programas de nutrição baseados na família e na escola / pré-escola sobre a saúde de crianças com 12 anos ou menos, a sustentabilidade desses impactos e a relevância para as desigualdades socioeconômicas	Foram incluidos 39 ensaios clínicos randomizados. Houve melhorias estatisticamente significativas na ingestão alimentar em 31% dos desfechos avaliados - todos relacionados ao aumento no consumo de frutas e verduras ou diminuição da ingestão de gordura. Houve um pequeno número de programas eficazes baseados na família, que proporcionavam informações dietéticas para capacitar os pais e / ou envolvimento dos pais e seus filhos diretamente para acompanhamento pessoalmente ou usando a internet. No geral, no entanto, há evidências insuficientes para determinar o impacto do envolvimento dos pais nos programas de nutrição na escolar / pré-escolar. Estudos que relataram uma grande redução no consumo de gordura (direcionados aos pais) indicam que a informação simples sobre dietas é bem compreendida, eficaz e permite um grande impacto na ingestão alimentar de crianças. Programas de nutrição escolar podem melhorar a ingestão de alimentos saudáveis, particularmente frutas. As ações mais efetivas incluíram o uso de estratégias inovadoras para envolver e motivar as crianças, englobando recompensas, desenhos animados, personagens que promovem alimentos saudáveis, professores e o uso de pares educadores mais velhos.	6/11	8/39	HI - Estados Unidos (18); Reino Unido (5); Austrália (3); Nova Zelândia -(2). Origem dos demais artigos não descrita pelos autores.	Não descrito	2014

Fonte: Elaboração própria; Classificação segundo World Bank (2019): Países de baixa renda (Low Income Countries - LI), países de média baixa renda (Low Middle Income - LMI), países de média alta renda (Upper Middle Income - UMI), países de alta renda (High Income – HI).

Conclusão

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

continua

	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 (*do inglês community oriented primary care- COPC*) 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 (*do inglês Family-centred care –FCC*)
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 Collaboratio n	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

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

continuação

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
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 (*em inglês community-based primary health care-CBPHC*) 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 Collaboration	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	JBI	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 Collaboration	Davis *et al*., (2008)	Effects of second responder programs on repeat incidents of family abuse	Centra-se em programas de incentivo e denuncia para violência
20	PubMed	Ahmann (1998)	Examining assumptions underlying nursing practice with children and families	Centra-se em modelos de assistência

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

continuação

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
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 Collaboration	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 trabalhares 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

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
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 realist-informed systematic review	Centra-se em instrumento para mulheres vítimas de violência
33	Campbell Collaboration	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 Collaboration	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

continuação

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
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

Continuação

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

continuação

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
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 Narrative Review	Centra-se em cuidados para pacientes com cancêr
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

APÊNDICE E – Título e autor dos artigos excluídos após leitura completa e justificativa para exclusão.

continuação

	Base de dados	Autor e ano	Estudo	Motivo da Exclusão
59	JBI	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 Collaboration	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

conclusão

Fonte: Elaboração própria.

ANEXOS

Anexo 1 - AMSTAR - A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

Continua

1. Foi fornecido um projeto a priori? Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos antes da realização da pesquisa. [Nota: É necessário haver referência a um protocolo, aprovação ética ou objetivos da pesquisa pré-determinados / publicados a priori para marcar um "sim".]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
2. Seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente? A extração de dados deve ser realizada por pelo menos 2 pessoas de forma independente e deve ser definido um procedimento para resolver discordâncias. [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.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente? 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. [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).]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
4. A situação da publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão? 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. 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.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica

Anexo 1 - AMSTAR - A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

Continuação

5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)? Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos. [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".]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
6. Foram fornecidas as características dos estudos incluídos? 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, estádio da doença, duração, gravidade ou comorbidades. [Nota: É aceitável se não foi apresentado no formato de tabela, desde que contemple as informações acima descritas.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada? Devem ser fornecidos a priori 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. [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).]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões? 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. [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.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica

Anexo 1 - AMSTAR - A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

Conclusão

9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados? 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?). [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.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada? 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). [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”.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
11. O conflito de interesses foi informado? Possíveis fontes de apoio devem ser claramente informadas, tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos. [Nota: Para obter um "sim", deve indicar fonte de financiamento ou apoio à revisão sistemática e para cada um dos estudos incluídos.]	Sim Não Não é possível responder Não se aplica
Total	

Fonte: Adaptado de Shea *et al*., (2009)