



CAPÍTULO 6

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A FAMÍLIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE: ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA; FAMÍLIA;
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE;
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ALINE MARION MOREIRA KOLLE

ENFERMEIRA, BIÓLOGA. MESTRA EM CIÊNCIAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

ANA PAULA TURIN ROULLER

ENFERMEIRA. MESTRA EM CIÊNCIAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CASSIA BALDINI SOARES

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE E VICE COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARITSA CARLA DE BORTOLI

NUTRICIONISTA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

TEREZA SETSUKO TOMA

MÉDICA. PESQUISADORA DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS DO INSTITUTO DE SAÚDE, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

Garantir o direito à saúde é um dos principais objetivos da saúde coletiva, pois o considera essencial para aperfeiçoar os perfis epidemiológicos diante das desigualdades de reprodução social dos diferentes grupos que compõem a sociedade. O reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado está previsto na Constituição Brasileira de 1988 e vem se consolidando por meio da política estatal brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O SUS é considerado uma das políticas públicas mais importantes da realidade brasileira² e, apesar dos diversos avanços obtidos desde sua implantação, enfrenta grandes desafios. O obstáculo de fundo é intrínseco à configuração do Estado atual, que opta, cada vez mais radicalmente, por políticas de cunho neoliberal³.

A grande inovação da política de saúde brasileira foi a inclusão da família como objeto da atenção básica pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de modelo que propõe desenvolver estratégias de integração e organização de atividades envolvendo toda a população de um território definido, tendo como núcleo de atendimento a família⁴.

Colocar a família no centro das políticas estatais é tendência em diversos países que, com o advento da crise econômica mundial da década de 1970, passaram a delinear políticas com a finalidade de arrecadação de recursos ou criação de fundos públicos para suprir benefícios específicos destinados a famílias. As intervenções sociais voltadas às famílias têm, desde então, variado entre os países e estão relacionadas ao padrão de política social assumido pelos Estados, guardadas também algumas particularidades culturais⁵.

Apesar da ESF ser vista como a maior políti-

ca pública de inclusão social brasileira⁶, é preciso ressaltar que se estabelece em meio a políticas de corte neoliberal, que responsabilizam a família pela proteção social de seus membros⁷.

Além da preocupação com o direito à saúde, a saúde coletiva tem compromisso com a adequada resposta às necessidades em saúde. Dessa forma, para a saúde coletiva, não podem ser delineadas as políticas estatais sem que se priorizem as respostas às necessidades em saúde das famílias, que por sua vez representam as necessidades em saúde dos grupos sociais a que elas pertencem. Essas necessidades não se restringem ao acesso a serviços de saúde; ao contrário, dizem respeito a todos os ângulos da reprodução social⁸ e se concretizam na sociedade atual em ações de proteção que derivam dos direitos sociais.

Este artigo visa sintetizar as melhores evidências relacionadas a intervenções, programas e políticas de saúde para a família e propor opções para a adoção de políticas nessa área.

A BUSCA DAS EVIDÊNCIAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se à metodologia da rede para políticas informadas por evidências (*Evidence-informed Policy Network* – EVIPNet), que se vale de um conjunto de ferramentas desenvolvido pelo projeto Support (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*), capaz de apoiar a produção de conhecimentos para a ação política direcionada às necessidades em saúde. A metodologia permite a produção de documentos conhecidos como sínteses de evidências para políticas de saúde⁹.

As ferramentas Support incluem as seguintes funções: definição do problema; busca de evidências para elaborar opções para políticas; seleção das evidências; extração de dados; formulação das opções; considerações sobre equida-

de; considerações para implementação, elaboração da síntese, diálogo deliberativo com gestores e especialistas na área e outros envolvidos e interessados e, finalmente, monitoramento e avaliação do processo de implementação⁹.

As ferramentas Support partem do princípio de que revisões sistemáticas geram evidências bem avaliadas em virtude da forma – sistemática e transparente – como são elaboradas, assim como da ampla reunião do conjunto de estudos sobre o tema, o que aumenta a confiança quanto aos resultados e possibilita que a melhor evidência seja disponibilizada aos tomadores de decisão¹⁰.

Para esta pesquisa, as buscas por revisões sistemáticas foram realizadas entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019, nas seguintes 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; *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*; *Campbell Collaboration*; e Google acadêmico. As palavras-chave utilizadas para fazer a busca foram *primary health care e family*, além de diversas variantes adequadas às diferentes bases de dados pesquisadas.

Os critérios de inclusão foram: intervenções, programas e políticas envolvendo a família, nas línguas inglês, português e espanhol. Usaram-se filtros ou expressões com foco em recuperar principalmente revisões sistemáticas, *overviews* e meta-análises.

Já os critérios de exclusão foram: intervenções clínicas para agravos, como Acidente Vascular Cerebral, diabetes e câncer, que contam com evidências bem estabelecidas; e estudos fundamentados no contexto hospitalar e de residência para idosos.

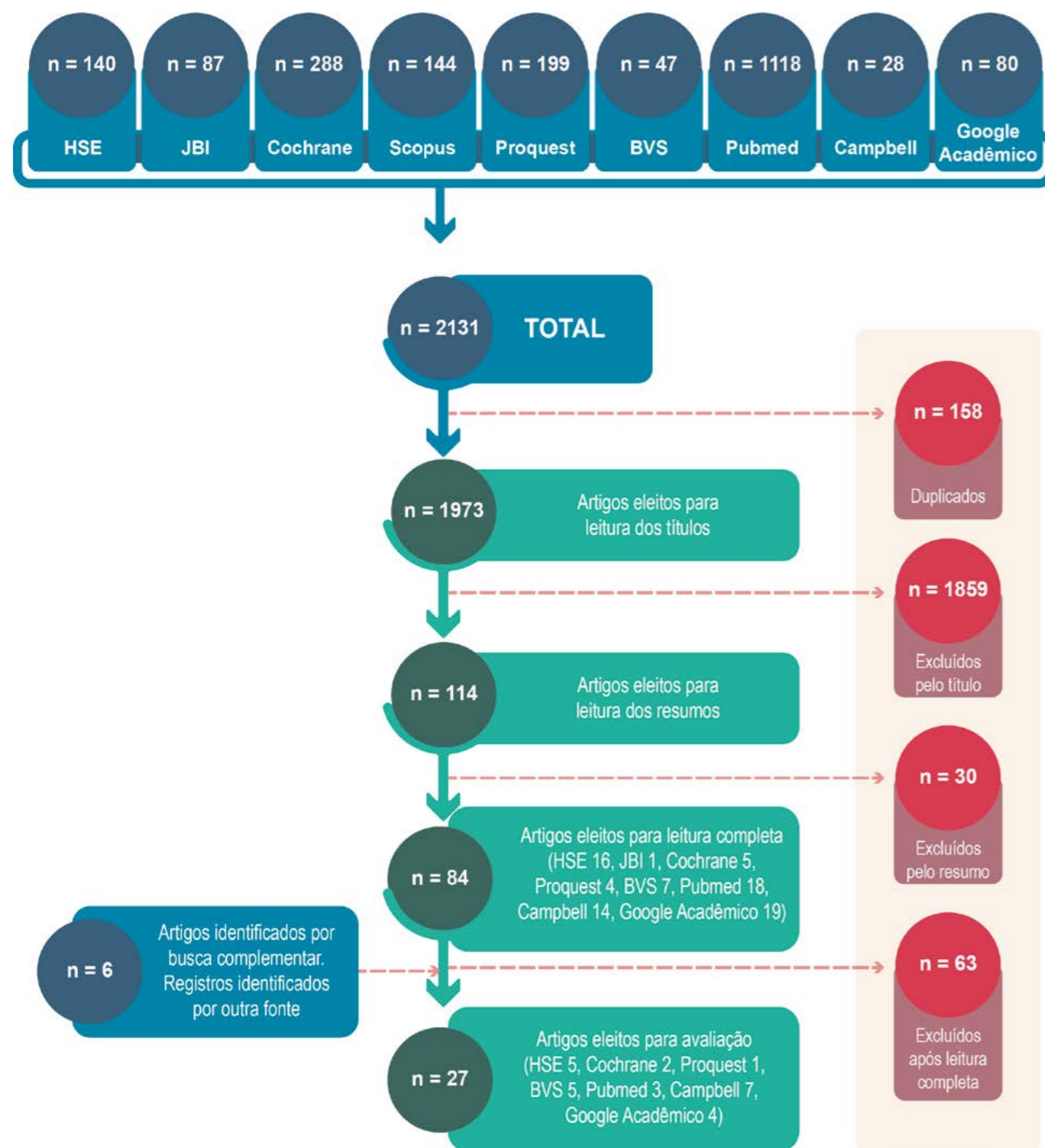
Antes de utilizar os resultados das revisões sistemáticas para elaborar opções possíveis de serem adotadas por formuladores de políticas, a metodologia indica que se proceda à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Nesse estudo, utilizou-se o instrumento Amstar (*A Measurement tool to Assess Systematic Reviews*, sigla em inglês) para fazer a avaliação da qualidade metodológica das publicações incluídas. As revisões foram classificadas em *baixa* (Amstar, entre 0 e 3), *moderada* (Amstar, entre 4 e 7) e *alta* (Amstar, entre 8 e 11) qualidade¹¹.

Os processos de seleção, extração de dados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos analisados foram realizados por duas pesquisadoras, de forma independente, e as discordâncias, decididas em discussão com outros membros da equipe.

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS E AS OPÇÕES PARA POLÍTICAS

Identificaram-se 2.131 artigos científicos nas bases de dados pesquisadas. Excluíram-se 158 por repetição, 1.884 após leitura dos títulos e 30 após leitura dos resumos, por não corresponderem aos critérios de inclusão. Seis revisões foram identificadas por mecanismos de busca complementar. Dos 84 artigos selecionados para leitura completa, 63 foram excluídos por não corresponderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, 27 revisões sistemáticas foram analisadas, conforme mostra a Figura 1.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS PARA ANÁLISE



Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009)¹².

A síntese de evidências para políticas foi elaborada mediante análise de 27 publicações, o que acarretou a formulação de cinco opções:

OPÇÃO 1: AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS.

OPÇÃO 2: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

OPÇÃO 3: PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE.

OPÇÃO 4: ESTRATÉGIAS CENTRADAS NO CUIDADO À FAMÍLIA.

OPÇÃO 5: ESTRATÉGIAS COMUNITÁRIAS INTERSETORIAIS.

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

A seguir, apresentam-se os principais componentes de cada uma das opções citadas.

OPÇÃO 1. AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS

Nessa primeira opção, foram incluídas cinco revisões sistemáticas, sendo três classificadas, com relação à qualidade metodológica, em moderada e duas em baixa.

Também se reuniram benefícios provenientes de intervenções de natureza clínica para a diminuição das mortalidades materna, neonatal e infantil e de deficiências. Entre as intervenções, destacam-se: visita domiciliar; planejamento familiar; cuidados pré-natais; cuidados especializados para o parto e apoio à amamentação; além de imunizações e prevenção e tratamento de doenças não imunizáveis.

Os benefícios dessas intervenções podem ser sintetizados da seguinte forma:

- » A inclusão de ações clínicas em programas de saúde materna, neonatal e infantil na atenção primária à saúde em dois países, Uganda e Paquistão, mostrou-se potente para prevenir de 20% a 30% das mortes maternas, de 20% a 21% de mortes de recém-nascidos e de 29% a 40% de mortes pós-neonatais em crianças menores de 5 anos¹³.
- » A maior parte dos estudos de alta qualidade¹⁴ relatou resultados benéficos à saúde neona-

tal. Muitos dos projetos neonatais avaliados tiveram a participação de agentes comunitários de saúde (ACSs), sendo realizados por meio de instrumentos como visitas domiciliares e grupos de mulheres.

- » No estudo de Freeman¹⁵, todas as principais categorias de intervenção (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 de melhoria nos indicadores de mortalidade infantil.

Essas intervenções foram oferecidas a mulheres, gestantes e suas famílias, neonatos e crianças, prestadas por enfermeiras, parteiras, médicos¹³, ACSs e membros da comunidade^{14,16,17}.

OPÇÃO 2. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Essa segunda opção baseou-se em duas revisões sistemáticas, ambas de moderada qualidade metodológica. Trata-se de uma opção formada pelo pressuposto de que disponibilizar 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 ter impacto positivo sobre parâmetros clínicos em pacientes diabéticos.

Um estudo conduzido por March¹⁸ evidenciou a efetividade das intervenções de educação em saúde realizadas por profissionais que se apropriam de metodologias participativas para melhoria do autocuidado em pessoas com doenças crônicas e incentivam a prática de atividades físicas, objetivando controlar os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Exercícios físicos em grupo (caminhadas e oficinas de centros esportivos) mostraram-se eficazes, tanto para os

idosos quanto para a população em geral. Além disso, evidenciou-se que a participação ativa do paciente pode aumentar a eficácia de algumas intervenções, incluindo as destinadas a reduzir a solidão dos idosos, e impactar positivamente sobre 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 e outros autores¹⁹ 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 relatou resultados significativos tanto para a educação em saúde quanto para as mudanças relacionadas a tabagismo, nutrição, etilismo, prática de atividades físicas 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.

As intervenções podem ser aplicadas para a população adulta em geral e efetuadas por profissionais da atenção primária (enfermeiros e médicos especializados em Educação Física e engajados na equipe multidisciplinar)^{18,19}.

OPÇÃO 3. PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA A JUVENTUDE

Doze revisões sistemáticas compuseram essa terceira opção, sendo três classificadas em *baixa*, quatro em *moderada* e cinco em *alta* qualidade. Esta opção é fundamentada em diferentes intervenções voltadas às famílias que têm jovens usuários de drogas ou com crianças e adolescentes com outros problemas de sociabilidade que comprometam as dimensões emocional e comportamental. Essas intervenções podem proporcionar benefícios imediatos e, principalmente, no decorrer da vida, se administradas por certo período

– obviamente, adequadas a cada situação.

Seis revisões sistemáticas revelaram a eficácia de diversas terapias de base familiar voltadas a jovens usuários de drogas quanto à redução dessa prática, com melhora das relações familiares: a intervenção comportamental aplicada pelo programa de reforço comunitário e treinamento familiar (*community reinforcement and family training* (Craft), sigla em inglês)²⁰; a terapia familiar estratégica breve (*brief strategic family therapy* (BSFT), sigla em inglês)²¹; a terapia familiar comportamental, que tem também um componente estrutural (do inglês, *family behavior therapy* (FBT))²²; a terapia familiar funcional, uma terapia de curto prazo (do inglês, *functional family therapy* (FFT))²³; a terapia familiar multidimensional (do inglês, *multidimensional family therapy* (MDFT))²⁴; e a terapia individual e de grupo familiar²⁵.

A intervenção comportamental (capacitação de familiares e parceiros íntimos sobre o problema, bem como treinamento de habilidades para mudança de hábitos, autocuidado e independência e promoção da autoconfiança) aplicada pelo programa Craft demonstrou maior adesão de indivíduos que eram resistentes a tratamento para abuso de substâncias em comparação aos modelos dos alcoólicos anônimos/narcóticos anônimos (AA/NA) e do Instituto Johnson²⁰.

A BSFT foca no problema e promove a interação familiar, quando comparada a programas de tratamento realizados na comunidade (terapia individual e em grupo, grupos de treinamento para pais, terapia familiar e gestão de casos). Os tratamentos em grupo (incluindo o chamado grupo mínimo, que exclui influências externas) mostraram-se eficazes na parte de manutenção do tratamento de jovens usuários de drogas. Houve evidências de que a terapia comportamental familiar (FBT), a FFT e a MDFT também reduzem a utilização do uso de drogas não opióides, quando comparadas à terapia cognitiva

comportamental (do inglês, *cognitive-behavioral therapy* (CBT))^{22,23,24}. A intervenção individual e de grupo familiar com adolescentes em uso de substâncias pode trazer benefícios secundários na promoção da saúde mental dos pais e de outros membros da família²⁵.

Outras seis revisões sistemáticas mostraram melhora no comportamento e na saúde mental de crianças e adolescentes e de seus respectivos pais, por meio de: terapia comportamental ou terapia cognitivo-comportamental²⁶, princípios de aprendizagens operante e clássica²⁷, terapia de curto prazo, como a multissistêmica (em inglês, *multisystemic therapy* (MST))²⁸, terapia familiar voltada à pediatria²⁹, programas de promoção e prevenção específicos para países de baixa e média rendas³⁰ e programas de treinamento para pais na formação inicial da família³¹.

Vale ressaltar que se destacam as intervenções parentais em grupo, de orientação comportamental e cognitivo-comportamental (com formato interativo e o colaborativo de aprendizagem, cujos facilitadores ensinam os princípios comportamentais-chave e as competências parentais, por exemplo, com jogos, elogios, recompensas e promovendo a disciplina). Essas intervenções podem melhorar os problemas de conduta das crianças e a saúde mental dos pais²⁷. Será maior a efetividade das intervenções se elas forem realizadas por profissionais especializados²⁶. Ainda no que diz respeito a intervenções parentais, são maiores os benefícios ao longo da vida, sobretudo quando aplicam o aprendizado por longo período de tempo, se os treinamentos, individuais ou em grupo, são realizados antes do parto ou no início da infância³¹. Intervenções terapêuticas familiares breves e parentais preventivas, quando executadas no contexto de saúde mental, tornam-se eficazes na saúde mental dos pais e na interação pais-filhos²⁹.

A terapia multissistêmica (MST) apresenta várias vantagens sobre outras, por se caracte-

terizar como uma intervenção abrangente que envolve instituições sociais, como a escola e a comunidade, podendo trazer resultados para os problemas e perspectivas dos jovens e suas famílias²⁸. Foram demonstradas a viabilidade, a eficácia e a boa aceitação dos participantes, para intervenções de base familiar, para famílias com crianças que apresentam fatores de risco (saúde mental e HIV), realizadas por trabalhadores sem formação específica³⁰.

Os autores não relataram danos potenciais associados às intervenções analisadas em nenhuma das revisões incluídas nesta opção, porém se aponta a necessidade de alto grau de treinamento dos terapeutas e a necessidade de conhecimento sobre os métodos mais eficazes²⁰.

Alguns autores afirmam serem necessários estudos futuros que apresentem resultados em longo prazo e melhor investigação sobre a eficácia das intervenções¹⁴⁽²⁷⁾, conforme avaliadas em diferentes populações²⁹.

Programas e terapias apresentados nos estudos podem ser oferecidos por terapeutas^{20,21,22,23,26,28,31}; clínicos sem experiência terapêutica familiar²⁴; profissionais de saúde na atenção primária²⁵, enfermeiras comunitárias²⁶, facilitadores de grupos e líderes²⁷, profissionais especialistas em saúde mental, incluindo enfermeiros e clínicos²⁹, e outros profissionais não especialistas³⁰.

OPÇÃO 4. ESTRATÉGIAS FOCADAS NA FAMÍLIA

Essa quarta opção tomou como base os resultados de cinco revisões sistemáticas, sendo quatro classificadas em *moderada* e uma de *baixa* qualidade metodológica.

O foco dessa opção são as intervenções fundamentadas em abordagens que visam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de pacientes e familiares, bem como a relação deles com os profissionais da saúde.

As estratégias analisadas abordam: cuidado focado na família (do inglês, *family centred care* (FCC)), cuidado de crianças com necessidades especiais de saúde (do inglês, *children with special health care needs* (CSHCN))³²; cuidado com as famílias que vivem com adultos com agravos crônicos³³; programas de posvenção* direcionados às famílias que perderam algum de seus membros por suicídio, além de programas de posvenção centrados na escola e na comunidade³⁴; cuidado envolvendo a família de adultos com problemas de saúde mental³⁵; e a abordagem de cuidado centrado no paciente e em sua família (do inglês, *patient-and family-centered care interventions*)³⁶.

Diferentes intervenções foram utilizadas para o cuidado com as famílias: sessões individuais com estratégias de comunicação e educação do paciente³²; intervenções educativas sobre o autocuidado, folhetos, visitas pré-agendadas³³; sessão educacional e grupos de apoio³⁴; sessões de terapia familiar e comportamental, grupo multifamiliar psicoeducativo, intervenção familiar breve³⁵; entrevistas motivacionais, grupo multidisciplinar, música personalizada, sessões de educação e, para qualificação dos profissionais, ações voltadas à formação e ao aprimoramento³⁶.

Entre os benefícios das intervenções mencionadas estão: melhora da saúde das crianças com necessidades especiais e, quanto maiores os fatores de risco (como pobreza e baixo uso de serviços), maior o efeito das intervenções para as crianças e seus pais³²; redução na taxa de readmissão hospitalar; melhora na qualidade de vida, no autocuidado e na adesão medicamentosa³³; redução do sofrimento emocional e aumento da procura por serviços especializados, no caso de intervenções ligadas a familiares de pessoas que se suicidaram³⁴. Em contrapartida, as intervenções para famílias de pacientes com problemas

mentais se mostram superiores a intervenções psicossociais alternativas (sem o envolvimento da família) para os pacientes, que apresentam melhora de quadros depressivos depressão e de transtorno bipolar³⁵. O cuidado centrado no paciente e na família melhora a qualidade de vida dos pacientes, bem como as relações familiares e a satisfação no trabalho pelos trabalhadores da saúde³⁶.

Não foram relatados, nos estudos que compuseram essa opção, danos potenciais, mas afirma-se a necessidade de identificar os elementos das intervenções que trouxeram resultados relevantes para que haja confiança na escolha da intervenção a ser utilizada³⁴.

Os programas e as terapias utilizados nos estudos podem ser realizados por terapeutas³⁵, equipe multidisciplinar^{32,33,36} e voluntários³⁴, podendo ser oferecidos em espaços comuns, incluindo igrejas, escolas, hospitais, instalações clínicas, centros de saúde, serviços de atenção primária, espaços da comunidade ou a casa da família.

Os estudos que dão suporte a essa opção mostraram que as intervenções que envolvem a família no cuidado em saúde, além dos pacientes, podem trazer resultados positivos não só para indivíduos com problemas de saúde, mas também para as relações familiares e até para os trabalhadores de saúde.

OPÇÃO 5. INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS INTERSETORIAIS

Essa quinta opção se baseia em três revisões sistemáticas, sendo uma moderada e duas de baixa qualidade metodológica, e apresenta evidências relacionadas a intervenções comunitárias intersectoriais que integram instituições de saúde, de educação e de desenvolvimento social.

Essa opção também se fundamenta no pressuposto de que, quando intervenções comunitárias são executadas por profissionais bem treinados, em sistemas de saúde organizados e estruturados, a cobertura e o impacto são afetados favoravelmente.

A revisão de *moderada* qualidade metodológica, conduzida por Black³⁷, identificou que os programas baseados na família que forneceram conselhos dietéticos positivos simples aos pais, por meio de acompanhamento regular, reduziram significativamente a ingestão de gordura. Estudos escolares voltados à resposta da família, bem concebidos e implementados, aumentaram a ingestão de frutas e legumes. Programas eficazes fundamentados 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 os programas em outras comunidades.

Revisão sobre a eficácia da atenção primária à saúde baseada na comunidade para a melhoria da saúde materna, neonatal e infantil³⁸ identificou características compartilhadas por quatro projetos, que operam há mais de 30 anos, todos demonstrando reduções na mortalidade infantil. Os resultados devem-se à estrutura e à organização dos serviços de saúde em que os projetos estão inseridos.

Os mesmos autores³⁹, em outra revisão sistemática, concluíram que há fortes evidências científicas de que várias intervenções individuais, bem como combinações de intervenções relacionadas à comunidade, podem produzir melhorias substanciais na saúde das crianças. A aplicação de muitas dessas intervenções específicas em escala, nos países em desenvolvimento, tem sido responsável pelo excelente progresso no que se refere à redução do número de mortes de crianças em todo o mundo.

Os principais elementos dessa opção estão ligados à intervenções relacionadas a:

Ações voltadas à saúde na escola:

- » modificações no serviço de alimentação escolar e elaboração de programas de refeições escolares saudáveis, incluindo incentivo ao consumo de frutas na escola e avaliação das cantinas escolares;
- » atividades domiciliares voltadas à nutrição;
- » estratégias para engajar pais/famílias na alimentação dos filhos;
- » jardinagem;
- » atividades físicas³⁷.

Ações voltadas à organização dos serviços de saúde:

- » integração vertical dos serviços (desde os domiciliares e fundamentados na comunidade, até os serviços de referência hospitalar);
- » forte sistema de saúde voltado para a comunidade, no qual esta é instrumentalizada para participar do processo e da capacitação de mulheres;
- » serviços hospitalares em que o atendimento cirúrgico básico esteja disponível para as populações;
- » forte liderança profissional, bem como sistemas dinâmicos de gerenciamento e supervisão;
- » garantia de suprimentos e medicamentos essenciais disponíveis;
- » tratamento com alto nível de respeito;
- » criação de papéis fortes para os trabalhadores de âmbito comunitário, com treinamento de alta qualidade e supervisão^{38,39}.

* O termo posvenção ainda não é encontrado em dicionários da língua portuguesa, mas vem sendo gradualmente utilizado academicamente. Ver, por exemplo: <https://jornal.usp.br/artigos/posvencao-uma-intervencao-dolorida-precisa-ser-necessaria/>.

CONCLUSÃO

A principal limitação desta revisão decorre da escolha pelo descritor “Atenção primária à saúde”, que impediu a captação de estudos de outras áreas que analisam a família no conjunto das relações sociais.

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. Embora as intervenções englobassem a comunidade e outros setores, o que significou ampliação, ainda continuaram restritas 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, uma vez que estão centradas em 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 criado para operacionalizar o direito à saúde como parte dessa proteção. À medida 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.

REFERÊNCIAS

1. CALIPO SM, SOARES CB. SAÚDE COMO DIREITO. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS [ORG.]. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. BARUERI (SP): MANOLE; 2013. P. 3-48.
2. SOUZA GCA, COSTA ICC. O SUS NOS SEUS 20 ANOS: REFLEXÕES NUM CONTEXTO DE MUDANÇAS. SAÚDE SOC. 2010;19(3):509-17.
3. CAMPOS CMS, VIANA N, SOARES CB. MUDANÇAS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E SEU IMPACTO SOBRE AS POLÍTICAS ESTATAIS: O SUS EM DEBATE. SAÚDE SOC 2015; 24 SUPPL. 1:82-91. AVAILABLE FROM: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0104-12902015S01007](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007).
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997.
5. PEREIRA-PEREIRA PA. MUDANÇAS ESTRUTURAIS, POLÍTICAS SOCIAL E PAPEL DA FAMÍLIA: CRÍTICA AO PLURALISMO DE BEM-ESTAR. IN: SALES MA, MATOS MC, LEAL MC [ORG.]. POLÍTICA SOCIAL, FAMÍLIA E JUVENTUDE: UMA QUESTÃO DE DIREITOS. 6. ED. SÃO PAULO: CORTEZ, 2010. P. 25-42.
6. ROSA WAG, LABATE RC. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. REV LATINOAM ENFERM. 2005;13(6):1027-34.
7. MIOTRCT, SILVA MJ, SILVA SMMM. POLÍTICAS PÚBLICAS E FAMÍLIA: ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO SOCIAL. IN: ANAIS DA 3ª JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS; 28-30 AGO. 2007; SÃO LUÍS: UFMA; 2007. P. 1-9.
8. CAMPOS CMS, SOARES CB. NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. IN: SOARES CB, CAMPOS CMS [ORG.]. FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. 1. ED. BARUERI (SP): MANOLE; 2013. P. 265-292.
9. BARRETO JOM, TOMA TS. MÉTODOS NA EVIPNET BRASIL: FERRAMENTAS SUPPORT PARA POLÍTICAS DE SAÚDE INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS. BOL. DO INST. SAÚDE – BIS. 2016;(1):43-9. [CITED 2019 MAR. 25]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/RESOURCES/INSTITUTO-DE-SAUDE/HOMEPAGE/PDFS/BIS17N1JULHO2016.PDF](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf).
10. LAVIS JN, OXMAN AD, GRIMSHAW J, JOHANSEN M, BOYKO JA, LEWIN S, FRETHERM A. SUPPORT TOOLS FOR EVIDENCE-INFORMED HEALTH POLICYMAKING (STP) 7: FINDING SYSTEMATIC REVIEWS. HEAL RES POLICY SYST. 16 DEC 2009;7(S1):S7. [CITED 2018 AUG. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://HEALTH-POLICY-SYSTEMS.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1478-4505-7-S1-S7](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S7).
11. SHEA BJ, HAMEL C, WELLS GA, BOUTER LM, KRISTJANSSON E, GRIMSHAW J, FENRY DA, BOERS M. AMSTAR IS A RELIABLE AND VALID MEASUREMENT TOOL TO ASSESS THE METHODOLOGICAL QUALITY OF SYSTEMATIC REVIEWS. J CLIN EPIDEMIOL. OCT. 2009;62(10):1013-20. [CITED 2018 AUG. 28]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0895435608003259](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435608003259).
12. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES: THE PRISMA STATEMENT. PLOS MED. JULY 21 2009;6(7):E1000097. [CITED 2018 AUG. 26]. AVAILABLE AT: [HTTPS://DX.PLOS.ORG/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097](https://dx.plos.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097).
13. 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. SEPT. 2008;372(9642):972-89. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0140673608614075](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608614075).
14. SACKS E, FREEMAN PA, SAKYI K, JENNINGS MC, RASSEKHBM, 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. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010903.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010903.pdf).
15. 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. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010904.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010904.pdf).

16. JENNINGS MC, PRADHAN S, SCHLEIFF M, SACKS E, FREEMAN PA, GUPTA S, RASSEKH BM, PERRY HB. 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*. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010902.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010902.pdf).
17. OLIVEIRA MIC, CAMACHO LAB, TEDSTONE AE. EXTENDING BREASTFEEDING DURATION THROUGH PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW OF PRENATAL AND POSTNATAL INTERVENTIONS. *J HUM LACT*. NOV. 2001;17(4):326-43. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOURNALS.SAGEPUB.COM/DOI/10.1177/089033440101700407](http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089033440101700407).
18. MARCH S, TORRES E, RAMOS M, RIPOLL J, GARCIA A, BULILETE O, ET AL. ADULT COMMUNITY HEALTH-PROMOTING INTERVENTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *PREV MED (BALTIM)*. JULY 2015;76:S94-104. [CITED 2018 SEPT. 26] AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0091743515000183](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515000183).
19. TAGGART J, WILLIAMS A, DENNIS S, NEWALL A, SHORTUS T, ZWAR N, DENNEY-WILSON E., HARRIS MF. A SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE TO IMPROVE HEALTH LITERACY FOR CHRONIC DISEASE BEHAVIORAL RISK FACTORS. *BMC FAM PRACT*. 1 DEC. 2012;13(1):49. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://BMCFAMPRACT.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/1471-2296-13-49](https://bmcfampRACT.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-49).
20. ROOZEN HG, DE WAART R, VAN DER KROFT P. COMMUNITY REINFORCEMENT AND FAMILY TRAINING: AN EFFECTIVE OPTION TO ENGAGE TREATMENT-RESISTANT SUBSTANCE-ABUSING INDIVIDUALS IN TREATMENT. *ADDICTION*. OCT. 2010;105(10):1729-38. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1111/J.1360-0443.2010.03016.X](http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x).
21. LINDSTRØM M, SAIDJ M, KOWALSKI K, FILGES T, RASMUSSEN PS, JØRGENSEN A-MK. BRIEF STRATEGIC FAMILY THERAPY (BSFT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG USE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2013;9(1):1-95. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2013.7](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2013.7).
22. LINDSTRØM M, SAIDJ M, KOWALSKI K, FILGES T, RASMUSSEN PS, JØRGENSEN A-MK. FAMILY BEHAVIOR THERAPY (FBT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG USE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2015;11(1):1-77. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2015.9](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2015.9).
23. FILGES T, ANDERSEN D, JØRGENSEN A-MK. FUNCTIONAL FAMILY THERAPY FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NONOPIOID DRUG USE. *RES SOC WORK PRACT*. FEB. 2018;28(2):131-45. [CITED 2018 FEB. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOURNALS.SAGEPUB.COM/DOI/10.1177/1049731516629802](http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731516629802).
24. FILGES T, RASMUSSEN PS, ANDERSEN D, JØRGENSEN A-MK. MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY (MDFT) FOR YOUNG PEOPLE IN TREATMENT FOR NON-OPIOID DRUG ABUSE: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAMPBELL SYST REV*. 2015;11(1):1-124. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2015.8](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2015.8).
25. YUEN E, TOUMBOUROU J. DOES FAMILY INTERVENTION FOR ADOLESCENT SUBSTANCE USE IMPACT PARENTAL WELLBEING? A LONGITUDINAL EVALUATION. *THE AUSTRALIAN & NEW ZEALAND JOURNAL OF FAMILY THERAPY*. 2011;32, 249-263.
26. BOWER P, GARRALDA E, KRAMER T, HARRINGTON R, SIBBALD B. THE TREATMENT OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *FAM PRACT*. AUG 2001;18(4):373-82. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTPS://ACADEMIC.OUP.COM/FAMPRA/ARTICLE-LOOKUP/DOI/10.1093/FAMPRA/18.4.373](https://academic.oup.com/fampRA/article-lookup/doi/10.1093/fampRA/18.4.373).
27. FURLONG M, MCGILLOWAY S, BYWATER T, HUTCHINGS J, SMITH SM, DONNELLY M. BEHAVIOURAL AND COGNITIVE-BEHAVIOURAL GROUP-BASED PARENTING PROGRAMMES FOR EARLY-ONSET CONDUCT PROBLEMS IN CHILDREN AGED 3 TO 12 YEARS. *COCHRANE DATABASE SYST REV*. FEB. 2012. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1002/14651858.CD008225.PUB2](http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008225.PUB2).
28. LITTELL JH, CAMPBELL M, GREEN S, TOEWS B. MULTISYSTEMIC THERAPY FOR SOCIAL, EMOTIONAL, AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN YOUTH AGED 10-17. *COCHRANE DATABASE SYST REV*. OCT 2005. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1002/14651858.CD004797.PUB4](http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004797.PUB4).
29. CLUXTON-KELLER F, RILEY AW, NOAZIN S, UMOREN MV. CLINICAL EFFECTIVENESS OF FAMILY THERAPEUTIC INTERVENTIONS EMBEDDED IN GENERAL PEDIATRIC PRIMARY CARE SETTINGS FOR PARENTAL MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *CLIN CHILD FAM PSYCHOL REV*. DEC 2015;18(4):395-412. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTP://LINK.SPRINGER.COM/10.1007/S10567-015-0190-X](http://link.springer.com/10.1007/s10567-015-0190-x).
30. HEALY EA, KAISER BN, PUFFER ES. FAMILY-BASED YOUTH MENTAL HEALTH INTERVENTIONS DELIVERED BY NONSPECIALIST PROVIDERS IN LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES: A SYSTEMATIC REVIEW. *FAM SYST HEAL*. JUNE 2018;36(2):182-97. [CITED 2018 FEB. 28]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.APA.ORG/GETDOI.CFM?DOI=10.1037/FSH0000334](http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fsh0000334).
31. PIQUERO AR, FARRINGTON DP, WELSH BC, TREMBLAY R, JENNINGS WG. EFFECTS OF EARLY FAMILY/PARENT TRAINING PROGRAMS ON ANTISOCIAL BEHAVIOR & DELINQUENCY. *CAMPBELL SYST REV*. 2008;4(1):1-122. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.4073/CSR.2008.11](http://doi.wiley.com/10.4073/CSR.2008.11).
32. KUHLETHAU KA, BLOOM S, VAN CLEAVE J, KNAPP AA, ROMM D, KLATKA K, HOMER CJ, NEWACHECK PW, PERRIN JM. EVIDENCE FOR FAMILY-CENTERED CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS: A SYSTEMATIC REVIEW. *ACAD PEDIATR*. MAR. 2011;11(2):136-143.E8. [CITED 2018 SEPT. 25]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S1876285910003591](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285910003591).
33. DEEK H, HAMILTON S, BROWN N, INGLIS SC, DIGIACOMO M, NEWTON PJ, ET AL. FAMILY-CENTRED APPROACHES TO HEALTHCARE INTERVENTIONS IN CHRONIC DISEASES IN ADULTS: A QUANTITATIVE SYSTEMATIC REVIEW. *J ADV NURS*. MAY 2016;72(5):968-79. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1111/JAN.12885](http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12885).
34. SZUMILAS M, KUTCHER S. POST-SUICIDE INTERVENTION PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW. *CAN J PUBLIC HEALTH*. 2011;102:18-29.
35. MEIS LA, GRIFFIN JM, GREER N, JENSEN AC, MACDONALD R, CARLYLE M, RUTKS I, WILT, TJ. COUPLE AND FAMILY INVOLVEMENT IN ADULT MENTAL HEALTH TREATMENT: A SYSTEMATIC REVIEW. *CLIN PSYCHOL REV*. MAR 2013;33(2):275-86. [CITED 2018 SEPT. 26] AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0272735812001742](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812001742).
36. PARK M, GIAP T-T, LEE M, JEONG H, JEONG M, GO Y. PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE INTERVENTIONS FOR IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE: A REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *INT J NURS STUD*. NOV. 2018;87:69-83. [CITED 2018 SEPT. 26]. AVAILABLE AT: [HTTPS://LINKINGHUB.ELSEVIER.COM/RETRIEVE/PII/S0020748918301706](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748918301706).
37. 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*. 17 DEC. 2017;17(1):818. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://BMCPUBLICHEALTH.BIOMEDCENTRAL.COM/ARTICLES/10.1186/S12889-017-4795-5](http://bmcpUBLICHEALTH.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4795-5).
38. 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. 2009. [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.AMOSHEALTH.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2011/12/REVIEW-OF-EVIDENCE-ON-EFFECTIVENESS-OF-CBPHC-JULY-2009.PDF](http://www.amoshealth.org/wp-content/uploads/2011/12/review-of-evidence-on-effectiveness-of-cbphc-july-2009.pdf)
39. 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*. JUNE 2017;7(1). [CITED 2018 FEB. 25]. AVAILABLE AT: [HTTP://JOGH.ORG/DOCUMENTS/ISSUE201701/JOGH-07-010907.PDF](http://jogh.org/documents/issue201701/jogh-07-010907.pdf).



CAPÍTULO 7

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM RESPOSTA A NECESSIDADES EM SAÚDE: UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE:
PARTICIPAÇÃO SOCIAL;
CONTROLE SOCIAL; DIREITOS
SOCIOECONÔMICOS; ENFERMAGEM

SUÉLLEN MARIANE RIOS VICENTE

ENFERMEIRA. MESTRANDA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS

ENFERMEIRA. PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

MARIA RITA BERTOLOZZI

ENFERMEIRA. PROFESSORA TITULAR, DOCENTE PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (MPAPS), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP