

Síntese Rápida de Evidências



Estratégias e inovações nas abordagens comunitárias para Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde

Quais abordagens comunitárias são efetivas e seguras para promoção da saúde na APS?

28 de junho de 2021

Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

Elaboração:

Roberta Crevelário de Melo
Bruna Carolina de Araújo
Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva
César Donizetti Luquine Júnior
Fernando Meirinho Domene
Jessica De Lucca Da Silva
Lais de Moura Milhomens
Maritsa Carla de Bortoli
Tereza Setsuko Toma

Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1. CONTEXTO.....	3
2. PERGUNTA DE PESQUISA	4
3. MÉTODOS.....	5
3.1 Critérios de inclusão e exclusão	5
3.2 Bases de dados e estratégias de busca	5
3.3 Seleção de evidências	6
3.4 Extração e análise dos dados	6
3.5 Avaliação da qualidade das evidências	6
3.6 Atalhos para a síntese rápida.....	6
4. EVIDÊNCIAS.....	6
5. SÍNTESE DOS RESULTADOS E OPÇÕES PARA POLÍTICAS.....	7
Opção 1. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por DCNT	11
Opção 2. Abordagens comunitárias para prevenção e controle de tabagismo	14
Opção 3. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas	17
Opção 4. Abordagens comunitárias para promoção de práticas corporais ou atividade física	23
Opção 5. Abordagens comunitárias para promoção de alimentação saudável.....	26
Opção 6. Abordagens comunitárias para prevenção de violência e estímulo à cultura de paz.....	29
Opção 7. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	42



Publicado nos termos da Licença Creative Commons 4.0 Internacional. Esta publicação foi desenvolvida pela Fiocruz Brasília, no âmbito do projeto “Fortalecendo a Tradução do Conhecimento para a Promoção da Saúde: revisões rápidas e mapas de evidências”, financiado pela Carta Acordo SCON2020-00188/2020, firmada com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS Brasil), sob demanda do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (DEPROS/SAPS/MS). Coordenação geral: **Jorge Otávio Maia Barreto**

Mensagens-chave

O problema

A Promoção da Saúde é composta por um conjunto de ações e estratégias, individuais e coletivas, com articulação intersetorial e especialmente com forte participação social. Todos esses fatores tornam sua implementação um grande desafio. Esta síntese rápida de evidências teve como finalidade identificar intervenções com abordagens comunitárias que podem ser promissoras para a promoção da saúde no âmbito da atenção primária à saúde.

Opções para enfrentar o problema

De 1.429 publicações identificadas nas bases de dados, 36 revisões sistemáticas (RS) foram selecionadas para compor esta síntese narrativa. Com relação à qualidade metodológica, duas RS foram classificadas como de confiança alta, quatro de confiança moderada, duas de confiança baixa e vinte e oito de confiança criticamente baixa. A apresentação dos resultados foi organizada em sete opções de abordagens comunitárias para lidar com o problema, agrupando-se as intervenções por similaridade. As estratégias apresentadas nas opções podem ser implementadas de forma única ou combinada, de acordo com os contextos locais. Embora muitos efeitos positivos das intervenções analisadas sejam relatados nas RS, é importante também considerar as incertezas apontadas com relação a algumas intervenções.

Opção 1. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis

Treze RS apresentaram efeitos das intervenções para redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, câncer, doenças cardiovasculares, transtorno mental, multimorbidades e DCNT não especificadas. De modo geral, os resultados foram benéficos com intervenções de educação, acompanhamento de profissionais da saúde e técnicas comportamentais, combinadas entre si ou não.

Opção 2. Abordagens comunitárias para prevenção e controle de tabagismo

Oito RS identificaram efeitos positivos com intervenções de aconselhamento; educacionais e eventos culturais; conduzidas por farmacêuticos; dirigidas a profissionais de saúde; com múltiplos componentes.

Opção 3. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

Seis RS mostraram resultados positivos com intervenções por meio de tecnologia digital; motivacionais; com participação da família e pessoas significativas; dirigidas a conselheiros; para população indígena; e com múltiplos componentes.

Opção 4. Abordagens comunitárias para promoção de práticas corporais ou de atividade física

Seis RS apresentaram os efeitos positivos quanto a intervenções educacionais; caminhada; dança; esquemas de referência de exercícios; com abordagem participativa; uso de lembretes; aconselhamento, sessões em grupo ou por correio; com múltiplos componentes.

Opção 5. Abordagens comunitárias para promoção de alimentação saudável

Duas RS relataram resultados positivos com intervenções de aconselhamento dietético ou aconselhamento nutricional; educacionais; consumo de dieta tradicional; suplementação de nutrientes; com participação do setor comercial; subsídio para consumo de frutas e vegetais; com múltiplos componentes; política de nutrição.

Opção 6. Abordagens comunitárias para prevenção de violência e estímulo à cultura de paz

Uma RS mostrou resultados positivos de intervenções com foco em âmbitos primário (implementadas universalmente para prevenir o início da violência); secundário (implementadas seletivamente com jovens com maior risco de violência) e terciário (com foco em jovens que já tenham praticado comportamento violento).

Opção 7. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito

Uma RS apresentou os benefícios de intervenções com múltiplos componentes, incluindo envolvimento e coordenação da comunidade, estratégias com base em habilidades, detecção e redução de danos, redução da oferta de bebidas.

1. Contexto

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006¹ e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014², reconhece a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde de maneira integrada, transversal e intersetorial. Internacionalmente, a promoção da saúde é caracterizada como um conjunto de formas e estratégias, individuais e coletivas, de produzir saúde, em articulação intersetorial com forte participação social. Assim, seu processo de implementação contempla um novo paradigma da saúde e os processos que levam ao adoecimento, deslocando o foco da doença e acolhendo os modos e contextos de vida³.

A PNPS abrange as seguintes ações específicas: Alimentação saudável; Prática corporal/atividade física; Prevenção e controle de tabagismo; Redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção de violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável¹.

As ações da PNPS mantêm estreita relação com o cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que constituem o problema de maior magnitude no país, atingindo as camadas pobres da população e grupos vulneráveis. As taxas de DCNT mostram reduções importantes, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Essas reduções podem ser atribuídas, em parte, à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), cujas equipes realizam ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários^{4,5}.

Os objetivos da PNPS incluem “Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem...”¹.

Nesse sentido, ganha importância a abordagem comunitária, caracterizada por um campo de ações multi-estratégicas e intersetoriais que promove a responsabilidade e definição dos problemas e necessidades prioritárias em saúde, com o objetivo de maior empoderamento e participação social. Ela viabiliza as práticas de promoção da saúde e é reconhecida como uma diretriz necessária aos resultados efetivos neste campo⁶.

2. Pergunta de pesquisa

Quais abordagens comunitárias são efetivas e seguras para a promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde?

Quadro 1. Acrônimo PICOS de acordo com a pergunta de interesse.

P Problema	Necessidade de conhecer a efetividade de abordagens comunitárias para promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde
I Intervenção	Abordagens comunitárias para promoção da saúde
C Comparador	Nenhuma abordagem comunitária ou outra abordagem qualquer
O Desfecho (<i>outcomes</i>)	Melhoria nos resultados de ações específicas para promoção da saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde (alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável), e redução da morbimortalidade por DCNT.
S Desenho de estudo (<i>study design</i>)	Revisões sistemáticas

3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS). A estratégia de busca foi modificada, limitando-se a duas bases de dados, para responder em tempo oportuno a uma pergunta com abrangência ampla (incluindo todas as ações específicas da PNPS).

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas (RS) de ensaios clínicos, de estudos observacionais ou de estudos qualitativos, com ou sem metanálises, publicadas em inglês, espanhol e português, sobre ações de abordagens comunitárias para promoção da saúde no contexto da APS¹, sem restrição quanto ao ano de publicação. Não foram incluídos *overviews*, *scoping review*, revisão integrativa, síntese de evidências para políticas, estudos de avaliação de tecnologias de saúde, estudos de avaliação econômica, estudos primários.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas foram realizadas em 17 maio de 2021 em duas bases eletrônicas PubMed, e *Health Systems Evidence* (HSE). As estratégias de busca utilizadas foram desenvolvidas com base na combinação dos termos referentes à "promoção da saúde", "colaboração Intersetorial", "participação da comunidade", "participação social", "atenção primária à saúde" e de termos relativos a cada ação específica da PNPS, estruturadas a partir do acrônimo PICOS, usando os vocabulários controlados MeSH (PubMed) e termos livres (HSE). Não foram aplicados limites de data e idioma nas buscas. Foi utilizado o filtro de revisão sistemática nas bases (Apêndice 1).

3.3 Seleção de evidências

O processo de seleção foi realizado por meio do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCRI⁷. Os títulos e resumos foram lidos por dois revisores, de forma independente, e as discordâncias resolvidas por consenso. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra.

3.4 Extração e análise dos dados

Os dados foram extraídos em planilha eletrônica, sendo registradas informações relacionadas à autoria, ano de publicação, objetivos, população, intervenção, resultados, limitações e conflito de interesses. Não foram extraídas informações sobre o comparador.

3.5 Avaliação da qualidade das evidências

A avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas foi realizada por meio da ferramenta AMSTAR 2 – *Assessment of Multiple Systematic Reviews*. Para determinar a confiança global nos resultados das revisões sistemáticas, os domínios avaliados como “parcialmente sim” foram computados como se representassem uma falha/fraqueza completa (i.e., avaliados como “não”). Os domínios utilizados como críticos foram aqueles determinados pelos autores no artigo original, com classificação da confiança nos resultados das revisões em alta, moderada, baixa ou criticamente baixa⁸.

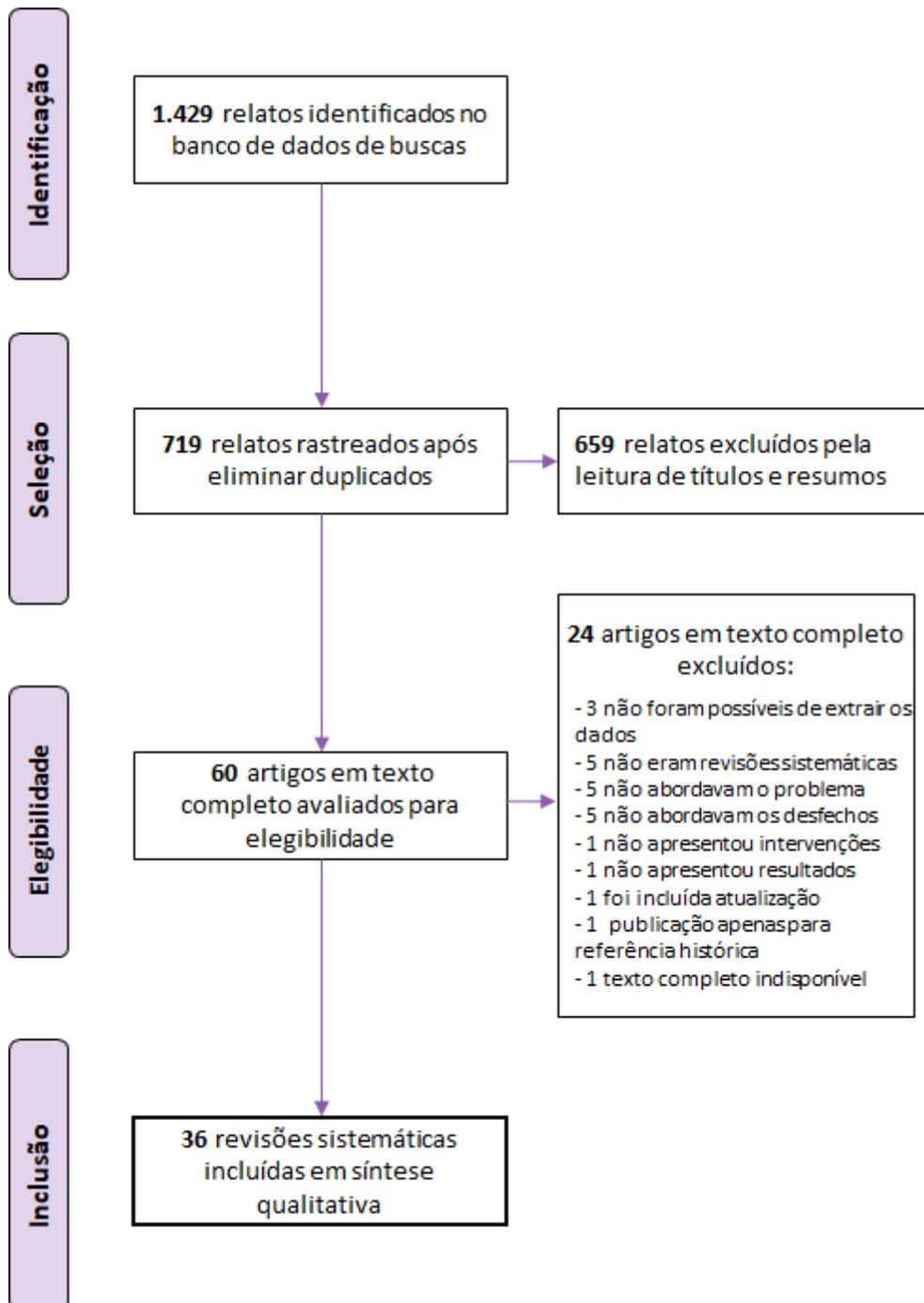
3.6 Atalhos para a síntese rápida

Por se tratar de uma síntese rápida produzida em 25 dias, apenas o processo de seleção de títulos e resumos foi realizado em duplicidade e de forma independente⁹.

4. Evidências

De 1.429 publicações recuperadas das bases de dados, 719 títulos e resumos foram avaliados após exclusão de duplicatas e 60 publicações elegíveis foram lidas na íntegra, sendo 24 excluídas por não atenderem aos critérios desta síntese rápida (Apêndice 2). Desta forma, 36 revisões sistemáticas foram incluídas¹⁰⁻⁴⁵ (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA⁴⁶.

5. Síntese dos resultados e opções para políticas

A confiança global nos resultados foi classificada como alta em 2 RS^{13,38}, moderada em 4 RS^{17,18,21,24}, baixa em 2 RS^{12,31} e criticamente baixa em 28 RS^{10,11,14-16,19,20,22,23,25-29,30,32,33,34,35,36,37,39,40,41,42,43,44,45}, conforme detalhamento no Apêndice 3.

Os resultados das 36 RS apresentados a seguir foram organizados de acordo com os efeitos sobre as DCNT e as ações específicas da PNPS:

- Redução de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis: 13 RS^{16,20,21, 23-25,27,28,31,35,38,39,42};
- Prevenção e controle de tabagismo: 8 RS^{12,13,17,32,33,37,43,45};
- Redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas: 6 RS^{18,26,29,34,36,40};
- Promoção de práticas corporais ou de atividade física: 6 RS^{11,14,15,22,41,44};
- Promoção de alimentação saudável: 2 RS^{10,19};
- Prevenção de violência e estímulo à cultura de paz: 1 RS³⁰;
- Redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito: 1 RS⁴⁰;
- Não foram identificadas RS com foco em desenvolvimento sustentável.

Os estudos primários incluídos nas RS foram realizados em 56 países, com destaque para os Estados Unidos da América, relatado em 25 RS^{10-14,16-18,21,23,26-29,31,32,33,34,35,37,38,39,40,44,45}, enquanto o Brasil foi citado em apenas uma RS¹⁴. Dos países europeus predominaram estudos realizados no Reino Unido em 12 RS^{12,13,15-18,21,26,33,35,37,44}. A Oceania foi referida em 9 RS^{11,16,17,19,26,32,33,34,40}. No continente africano a África do Sul foi o país mais citado^{20,24,40}, e a Índia entre os países asiáticos^{12,20,24}. Quatro RS^{30,36,41,42} não apresentaram informações sobre os países onde foram realizados os estudos primários.

A maioria das RS (19) analisou o efeito das intervenções em adultos e idosos^{10,11,13,14,16, 20,21,27,31,33,35,36,37,38,39,41,42,43,44}, enquanto cinco RS analisaram estudos com crianças e adolescentes^{15,17,28,29,30}, e cinco envolvendo adultos e crianças^{12,18,19,26,40}. Seis RS não informaram a idade da população estudada^{23-25,32,34,45}.

O último ano de busca realizada pelas revisões sistemáticas variou entre 2004¹⁸ e 2020³⁴ e um estudo não apresentou essa informação²⁵. Quatro RS não informaram sobre os conflitos de interesse dos autores^{10,20,29,39}. As principais características das RS são apresentadas no Apêndice 4.

Em razão da complexidade dos dados das RS foram consideradas nesta revisão abordagens comunitárias com as seguintes características: participação de equipes multidisciplinares, programas desenvolvidos em ambientes similares a APS, estratégias realizadas na comunidade (exceto hospital). As intervenções foram realizadas por profissionais da saúde (especialmente agentes comunitários de saúde), professores, funcionários das escolas ou voluntários da comunidade. Os locais de aplicação das intervenções também foram diversos, incluindo domicílios, escolas, serviços de saúde e comunidade. Os detalhes dos elementos de cada opção são descritos no Apêndice 5.

Considerando a grande quantidade de informações, os resultados são apresentados em duas etapas: uma síntese do conjunto de resultados das ações comunitárias no Quadro 2;

e posteriormente, sete opções para políticas com os potenciais benefícios e incertezas mais detalhados são apresentadas nos Quadros 3 a 7.

Quadro 2. Síntese dos resultados das ações comunitárias para promoção da saúde.

Direção da associação	Resultados
Doenças crônicas não transmissíveis	
(+)	<p>Entre pessoas hipertensas, 3 RS relataram efeitos positivos das intervenções sobre pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD)²⁵, controle da pressão arterial (PA)²⁷, redução de peso, aumento da adesão à dieta²⁰, procura de apoio de profissionais de saúde e aumento do uso de anti-hipertensivos, captação de usuários pelos serviços de saúde²⁵.</p> <p>Entre pessoas diabéticas, 4 RS mostraram resultados positivos sobre hemoglobina glicada (HbA1)^{20,25,27,35}, glicemia de jejum^{20,27}, comparecimento em consulta de acompanhamento em três meses²⁵.</p> <p>Em relação a pessoas com câncer, 2 RS mostraram resultados benéficos a respeito de realização de mamografias²⁵, teste de papanicolau, interesse sobre triagem de câncer colorretal²³, taxas de rastreamento^{23,25}.</p> <p>Em pessoas com risco de doenças cardiovasculares, 1 RS²⁷ mostrou resultados positivos quanto a perfil lipídico, pressão arterial e risco global de doenças cardiovasculares.</p> <p>Entre crianças obesas ou com sobrepeso, 1 RS identificou resultados favoráveis com relação a IMC, prevalência e incidência de obesidade e sobrepeso²⁸.</p> <p>Em pacientes com multimorbidades, 3 RS encontraram resultados positivos para controle glicêmico, controle da PAS, colesterol LDL, melhorias em uma série de medidas de depressão, adesão a medicamentos anti-hipertensivos e antidepressivos, comportamento da dieta, mudanças nos minutos de caminhada por semana, comunicação com médicos³⁸, perda de peso, mudança do consumo alimentar, frequência da atividade física³¹, HbA1, PA, colesterol e peso³⁹.</p> <p>Para DCNT em geral, 3 RS informaram resultados benéficos no acesso à APS²¹, capacidade funcional, componente físico padronizado da qualidade de vida relacionada à saúde¹⁶, consumo de frutas, diminuição do uso de sal, prevalência do uso de tabaco, pressão arterial, nível de HbA1c e colesterol total²⁴.</p> <p>Entre pessoas com algum transtorno mental, 1 RS trouxe resultados positivos quanto ao controle dos sintomas psiquiátricos e no escore de qualidade de vida⁴².</p>
(?)	<p>5 RS mostraram incertezas quanto aos efeitos na hospitalização²¹, rastreamento de câncer colorretal, procura e adesão a exames de sigmoidoscopia, colonoscopia e enema opaco, teste de sangue oculto nas fezes²⁵, Hb1Ac^{20,27}, controle da pressão arterial²⁷, peso e IMC²⁴.</p>
Tabagismo	
(+)	<p>7 RS relataram efeitos positivos na abstinência de fumar^{13,33}, taxas de abstinência ou de abandono do tabaco^{33,37,43,45}, cessação do tabagismo^{17,33,37,45}; prevalência do tabagismo¹², organização do acompanhamento, taxas de “perguntas” ou “conselhos”³³, comportamento tabagista, 30 dias sem fumo ou cigarro, uso de tabaco comercial e taxas de iniciação de tabagismo³².</p>
(?)	<p>5 RS mostraram incertezas quanto aos efeitos sobre cessação do tabagismo ou abstinência do fumo^{17,33,43}, prevalência de tabagismo^{12,32}, desempenho do</p>

	provedor ³³ , comportamento tabagistas e mudança no comportamento de fumar ou comprar ³² e eventos adversos ¹⁷ .
(-)	3 RS mostraram resultados negativos nas taxas de tabagismo ¹² , uso do tabaco comercial ³² e em eventos adversos ¹⁷ .
Uso abusivo de álcool e outras drogas	
(+)	6 RS informaram efeitos positivos na prevalência de consumo excessivo de álcool e de consumo de risco ⁴⁰ , consumo de álcool por 2 semanas ^{26,40} , frequência de compulsões alcoólicas por semana ²⁶ , taxas de abstinência em 24 meses, gravidade do vício ³⁴ , uso de cannabis, frequência de uso de cannabis autorreferido, quantidade de cannabis consumida e de dias de consumo, uso de álcool e prevenção do suicídio, características individuais, familiares e da comunidade e processos reflexivos superiores, suporte social e depressão, mudanças na escala de crenças sobre álcool, autossuficiência e diminuição do uso e abuso de substâncias, recusa de drogas, recuperação de adolescentes ²⁹ , envolvimento geral dos pacientes, taxa de engajamento, melhorias em pessoas significativas preocupadas ³⁶ e número de admissões de vítimas de agressão em hospitais ⁴⁰ .
(?)	5 RS relataram incertezas sobre resultados de prevalência de uso de álcool, prevalência do uso de maconha ⁴⁰ , consumo de álcool ^{26,34,40} , frequência do ato de beber por semana, número de compulsões por semana ²⁶ , uso de cannabis ou outras drogas ilícitas, drogas estimulantes ¹⁸ , consumo de cigarros, tabaco sem fumaça, álcool e maconha, crenças sobre álcool, resistência às drogas, identidade étnica e comportamento sexual de risco ²⁹ , funcionamento familiar ou habilidades parentais ¹⁸ e taxas de internações hospitalares por dependência ou abuso de álcool ⁴⁰ .
Práticas corporais/atividade física	
(+)	6 RS apresentaram resultados positivos quanto a espessura de dobras cutâneas, motivação para se exercitar, autopercepção física, iniciação de programa de AF, tornar-se ativo, ansiedade e depressão ⁴⁴ , realização de exercícios moderados ^{15,44} , aumento de AF ^{14,15,22,44} , participação sustentada em programas de AF ⁴¹ , taxa de participação, frequência de AF, autoeficácia ²² , caminhadas ^{14,22} , comportamento de AF e percentual líquido de AF ¹¹ .
(?)	2 RS relataram incertezas quanto aos efeitos no conhecimento nutricional ou no comportamento alimentar, resultados funcionais ¹⁰ e exercícios ²² .
Alimentação saudável	
(+)	2 RS relataram efeitos positivo na ingestão alimentar, maior atenção à ingestão e efeitos de suplementos dietéticos e fitoterápicos, melhoria do conhecimento nutricional e do estágio dietético de mudança, melhor ingestão de leite líquido, aumento do consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em cálcio, mudanças positivas em comportamentos nutricionais específicos, hábitos de saúde melhorados e da função física e psicossocial, medida pelo SF 36 e Escala <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Rating</i> , testes cognitivos e aumento de folato sérico, número de dias passados na cama e melhora emocional ¹⁰ , medidas bioquímicas/hematológicas e antropométricas, ingestão de frutas e vegetais, energia e de alguns macronutrientes/micronutrientes, intensidade de engajamento da comunidade, IMC, lipídios, marcadores de melhora na ingestão de frutas e vegetais e homocisteína, colesterol HDL, dieta, triglicerídeos, colesterol VLDL, ácidos graxos ômega-3, ômega-6 e marcadores nutricionais, nas visitas relacionadas a doenças ao serviço de saúde ou hospital e prescrições de antibióticos orais, colesterol LDL e resultados de saúde positivos ao longo do tempo ¹⁹ .

(?)	2 RS mostraram incertezas quanto aos efeitos no conhecimento nutricional ou no comportamento alimentar, resultados funcionais ¹⁰ resultados bioquímicos/hematológicos e antropométricos, IMC, ingestão auto-relatada de açúcar e diminuição do consumo de vegetais, compra de refrigerantes diet e regulares, nas vendas de produtos de mercearia, frutas e vegetais frescos e refrigerantes <i>diet</i> e colesterol HDL ¹⁹ .
(-)	1 RS mostrou resultados adversos para hemoglobina glicada média, colesterol HDL médio e IMC ¹⁹ .
Violência e cultura da paz	
(+)	1 RS apresentou efeitos positivos sobre redução de comportamento violento, taxa de incidência e prevalência de prisões por crimes violentos entre adolescentes, média de prisões por crimes violentos e na incidência de lutas, taxa de reincidência de crimes violentos e condenação média para crimes agressivos (assaltos a mão armada) ³⁰ .
Acidentes de trânsito	
(+)	1 RS informou efeitos positivos nas taxas de acidentes com veículos motorizados ⁴⁰ .
(?)	1 RS relatou incertezas sobre resultados no número de acidentes com veículos relacionados ao consumo de álcool ou no número de acidentes sem ferimento ou fatalidade ⁴⁰ .

Fonte: Elaboração própria. *Nota: (+) resultados positivos; (?) resultados que apresentam incertezas; (-) resultados negativos; AF - atividade física; DCNT - doença crônica não transmissível; HbA1c - hemoglobina glicada; HDL - *high-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de alta densidade); IMC - índice de massa corporal; LDL - *low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de densidade baixa); PA - pressão arterial, PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica; VLDL - *very low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de densidade muito baixa).

Opção 1. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por DCNT

As intervenções para promover redução da morbimortalidade por DCNT foram exploradas por 13 RS^{16,20,21,23-25,27,28,31,35,38,39,42}, que em relação à qualidade metodológica, 1 foi considerada de confiança alta qualidade metodológica³⁸, 2 moderada^{21,24}, 1 baixa³¹ e 9 criticamente baixa^{16,20,23,25,27,28,35,39,42}.

A opção apresenta benefícios e incertezas quanto aos resultados da promoção de ações de redução da morbimortalidade por DCNT entre adultos e idosos. As intervenções foram destinadas a pessoas com hipertensão arterial^{20,25}, diabetes *mellitus* tipo 2^{20,25,27,35}, câncer^{23,25}, doenças cardiovasculares²⁷, asma²⁷, obesidade ou sobrepeso²⁸ e transtorno mental⁴². Também foram encontrados dados referentes a multimorbidades^{31,38,39} e para doenças crônicas não especificadas^{16,21,24}. Os resultados são apresentados no Quadro 3, na ordem disposta acima.

Quadro 3. Benefícios e incertezas dos resultados de intervenções comunitárias em DCNT.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA Intervenção educacional associada a intervenções nutricionais e de exercícios mostrou efeito positivo na redução de peso e aumento da adesão à dieta²⁰. Pacote de gerenciamento de risco de doenças cardiovasculares da Organização Mundial da Saúde apresentou resultados favoráveis em termos de redução da PAD e da PAS²⁵. Realização de testes de triagem nos serviços de saúde obteve um aumento de 34% na procura dos pacientes aos profissionais de saúde e no uso de anti-hipertensivos²⁵. Realização de triagens em domicílios aumentaram a captação de hipertensos pelos serviços de saúde²⁵. Visitas domiciliares com a liderança de um enfermeiro, ações educacionais em domicílio combinada a consulta com o clínico geral, ações multicomponentes com sessões individuais, visitas domiciliares fornecidas pelo ACS, apoio social, educação comunitária mais materiais de educação²⁷ mostraram resultados positivos no controle da pressão arterial.</p>
<p>INTERVENÇÕES PARA DIABETES MELITO TIPO 2 Intervenções educacionais²⁰, capacitação sobre DM aos pacientes²⁵, reuniões de grupo associadas a visitas domiciliares, sessões de grupo para perda de peso associado ao aconselhamento nutricional, visita clínica com participantes e médico de atenção primária combinadas a contato telefônico uma vez a cada duas semanas²⁷, ações educacionais associadas a intervenções nutricionais e exercícios²⁰, visitas domiciliares de ACS^{27,35}, programa de educação e gestão da diabetes adaptado culturalmente²⁷, apoio de pares combinado a trabalhadores comunitários de saúde e intervenções de apoio por telefone³⁵ mostraram uma redução significativa da HbA1^{20,25,27,35} e de glicemia de jejum^{20,27}. Realização de triagens em domicílios mostrou um aumento de comparecimento à consulta de acompanhamento em três meses²⁵.</p>
<p>INTERVENÇÕES PARA CÂNCER Intervenções educacionais sobre câncer de mama e do colo do útero com profissionais de saúde, educação sobre saúde da mama e câncer de mama e detecção precoce associada a triagem pela equipe de enfermagem²³, e aconselhamento liderado pelo ACS, culturalmente sob medida, e envio de uma mensagem por correio adaptada às barreiras do participante²⁵ mostraram resultados estatisticamente significativos de mulheres que realizaram mamografias. Evidenciou-se um efeito positivo em mulheres de 25 a 28 anos que realizaram o teste de Papanicolaou após receberem visitas domiciliares de ACS²³ e após intervenção multicomponente com visitas domiciliares individualizadas, ligações telefônicas e mensagens por correio²⁵. Intervenção educacional sobre câncer colorretal²³ e o aconselhamento individual e apoio social de ACS²⁵ mostraram aumento significativo no número de pacientes que perguntaram a seus médicos sobre a triagem de câncer colorretal²³ e nas taxas de rastreamento^{23,25}. Oficina sobre o câncer cervical realizada por ACS mostrou um aumento do rastreamento de seis meses em mulheres hispânicas²³. Intervenções lideradas por ACS apresentaram melhorias no comportamento para rastreamento do câncer²⁵.</p>
<p>INTERVENÇÕES PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES</p>

Intervenções lideradas por ACS, seja ação educacional, visita domiciliar e combinação de ambas mostraram efeitos positivos no perfil lipídico, pressão arterial e risco global de doenças cardiovasculares²⁷.

INTERVENÇÕES PARA ASMA

A **combinação de grupos de apoio e visitas domiciliares** foi eficaz na autoeficácia e no controle da asma²⁷.

INTERVENÇÕES PARA OBESIDADE E SOBREPESO

A utilização de um **programa de nutrição** para crianças (*Cambridge e Stanford GEMS - Girls Health Enrichment Multi-Site Studies*), uma **abordagem coordenada para a saúde infantil**, e um **desafio alimentar e de exercícios** para crianças revelaram diminuição do escore de IMC, da prevalência e incidência de risco de obesidade e sobrepeso²⁸.

INTERVENÇÕES PARA TRANSTORNO MENTAL

A **busca ativa realizada por ACS** na população em situação de rua mostrou melhoras no controle dos sintomas psiquiátricos e no escore de qualidade de vida⁴².

INTERVENÇÕES PARA MULTIMORBIDADES

Intervenções de mudança na organização da assistência prestada (gerenciamento de casos e coordenação de cuidados ou o aprimoramento da combinação de habilidades em equipes multidisciplinares, além da prestação de cuidados ao paciente) mostraram resultados positivos no controle glicêmico e da PAS, redução do colesterol LDL, melhorias em uma série de medidas de depressão, e adesão à medicamentos anti-hipertensivos e antidepressivos³⁸.

Intervenções orientadas para o paciente como apoio educacional ou autogestão mostraram melhorias nos resultados de comportamento da dieta, nos minutos de caminhada por semana e na comunicação com médicos³⁸.

Intervenções compostas por dieta, atividade física e um estágio de mudança obtiveram resultados favoráveis na perda de peso, mudança do consumo alimentar e frequência da atividade física³¹.

Entre pacientes com hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2, as **mudanças organizacionais do sistema de saúde** com conselhos diretivos, **educação para o autogerenciamento do diabetes, serviços especializados de apoio à decisão para tratamento** geraram resultados favoráveis na redução de HbA1, pressão arterial, colesterol e peso³⁹.

INTERVENÇÕES PARA DCNT NÃO ESPECIFICADAS

Uma **avaliação das necessidades de saúde física realizadas por enfermeiras com orientação dirigida a instalações clínicas e avaliação física** mostrou maior captação de usuários pelos serviços de saúde primários após seis meses, com melhora do acesso à atenção primária de indivíduos em situação de rua²¹.

Programas de atividades físicas com exercícios aeróbicos de resistência e de exercícios de fortalecimento mostraram efeitos positivos na capacidade funcional, no componente físico padronizado da qualidade de vida relacionada à saúde e em melhorias na saúde realizadas ao longo do programa por meio de um acompanhamento de longo prazo¹⁶. O cuidado realizado por ACS obteve resultados positivos no consumo de frutas, diminuição do uso de sal, prevalência do uso de tabaco, pressão arterial, nível de HbA1c e colesterol total²⁴.

Incertezas
<p>Em relação à HAS, visitas domiciliares de ACS com grupo de discussão não apresentaram resultados significativos no controle da pressão arterial²⁷.</p>
<p>Quanto à DM2, as intervenções educacionais e a inserção de profissionais bilíngues não mostraram uma redução de HbA1c^{20,27}.</p>
<p>Em relação ao câncer, o aconselhamento realizado por ACS combinado a chamadas telefônicas não mostrou alterações no rastreamento de câncer colorretal. Além disso, intervenção espiritual composta por sessões educativas e oração realizadas por ACS também não tiveram efeito na procura e adesão de exames de sigmoidoscopia, colonoscopia, enema opaco e teste de sangue oculto nas fezes²⁵.</p>
<p>Intervenções multidisciplinares de multicomponentes não mostraram efeito na hospitalização da população em situação de rua com DCNT²¹.</p>
<p>Não foram encontrados resultados significativos na redução de peso e IMC com o cuidado proporcionado por ACS em pessoas com DCNT²⁴.</p>

Fonte: Elaboração própria. *Nota: ACS- agente comunitário de saúde; DCNT- doença crônica não transmissível; DM2 – diabetes mellitus HAS - hipertensão arterial sistêmica; HbA1c- hemoglobina glicada; IMC - índice de massa corpórea; LDL - *low density lipoprotein* (lipoproteína de baixa densidade); PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica; RS - revisão sistemática.

Opção 2. Abordagens comunitárias para prevenção e controle de tabagismo

Intervenções de prevenção e controle do tabagismo com foco em abordagens comunitárias foram identificadas em 8 RS^{12,13,17,32,33,37,43,45}, sendo uma RS de confiança alta¹³, uma de confiança moderada¹⁷, uma de confiança baixa¹² e as demais de confiança criticamente baixa^{32,33,37,43,45}.

A opção apresenta benefícios e incertezas quanto a intervenções de aconselhamento/conselhos^{17,33,43}, educacionais/eventos culturais^{12,32}, conduzidas por farmacêuticos^{13,37}, dirigidas a profissionais de saúde³³ e com múltiplos componentes^{32,33,45}. Os resultados são apresentados no Quadro 4, cuja organização seguiu a ordem disposta acima.

Quadro 4. Benefícios e incertezas da prevenção e controle do tabagismo.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES DE ACONSELHAMENTO, CONSELHOS</p> <p>Triagem ou rastreamento de fumantes: um estudo incluído na RS teve efeito positivo no aumento da cessação do tabagismo³³.</p> <p>Aconselhamento em grupo: metanálise apontou evidência de efeito com relação ao propósito de parar de fumar¹⁷.</p>

Aconselhamento adjunto a consultas: seis estudos desta RS relataram a eficácia sobre a abstinência do fumo. Além disso, constatou-se influência no desempenho do provedor em auxiliar na prescrição de medicamentos para cessação do fumo e em organizar o acompanhamento³³.

Conselho dado especificamente por não médicos, incluindo um membro da família treinado, segundo dois estudos referidos na RS, mostrou ser tão eficaz quanto o conselho do provedor nas taxas de abandono do tabaco. Um dos estudos relatou taxas de abandono de 40,5–44% entre pacientes com tuberculose após uma sessão de aconselhamento; o outro estudo, cuja intervenção continuou por todo o período de tratamento, relatou taxas de abandono de 71-73%⁴³.

Voluntários da comunidade treinados sobre conselhos breves para abandono do tabagismo e aconselhamento de acompanhamento semanal ou bimestral na comunidade: um estudo incluído na RS apontou uma taxa de abandono do tabagismo de 82%⁴³.

Cuidados com base na comunidade para membros da família: um estudo com entrevistas qualitativas sugere que foi fornecido aconselhamento sustentado além do tratamento anti-tuberculose, o que pode ter levado a melhorias nas taxas de abandono⁴³.

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS, EVENTOS CULTURAIS

Ações educacionais de prevenção do tabaco: um estudo desta RS mostrou redução na prevalência do tabagismo em curto prazo (doze meses ou menos); nove estudos revelaram efeitos de longo prazo¹².

Seminário de educação preventiva com duração de seis horas: um estudo nesta RS mostrou redução no comportamento tabagista tanto no seguimento imediato quanto em quatro semanas e apresentou uma diferença média significativa nos comportamentos tabagistas³².

Currículo “pense inteligente” (*think smart*) em escola de comunidades rurais/remotas: um estudo incluído na RS, com 652 jovens, mostrou que não houve efeito da intervenção de 30 dias sem tabaco ou cigarro³².

Intervenção online para prevenção do tabagismo (programa de site educacional, com imagens e histórias culturalmente apropriadas): um estudo da RS³² mostrou um declínio na intenção de uso de tabaco comercial de 17% para 0% (113 participantes), em comparação aos cuidados habituais.

Programas de base comunitária (educação escolar e comunitária e patrocínio de eventos culturais ou esportivos): três estudos incluídos na RS mostraram redução nas taxas de consumo de tabaco³².

INTERVENÇÕES CONDUZIDAS POR FARMACÊUTICOS

Intervenções comportamentais intensivas para cessação do tabagismo fornecidas por farmácia comunitária: a metanálise mostrou que houve benefício nos resultados para cessação do tabagismo em seis meses, mas com heterogeneidade estatística moderada na comparação entre apoios intensos de farmacêuticos e o cuidado usual¹³.

Intervenções realizadas por farmacêuticos comunitários: três estudos incluídos na RS apontaram resultados estatisticamente significativos. Houve melhoria nas taxas de abstinência, mas com heterogeneidade moderada entre os estudos³⁷.

Intervenções conduzidas por farmacêuticos: a metanálise de subgrupo mostrou efeitos melhores da intervenção em comparação ao grupo controle; estudos com baixo risco de viés geraram melhores taxas de abstinência nos grupos de intervenção³⁷.

INTERVENÇÕES DIRIGIDAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Inclusão do tabagismo ao "selo de sinal vital" em registros médicos (conjunto padrão de dados do paciente coletados em cada consulta clínica): três estudos incluídos na RS observaram aumento das taxas de perguntas aos pacientes sobre seu status de tabagismo³³.

Lembrete de lista de verificação: um estudo da RS mostrou aumento na taxa de assistência dos profissionais à cessação ao tabagismo, documentada nos prontuários dos pacientes, com fornecimento de recomendações de intervenções preventivas com base em evidências³³.

Avisos de prontuários eletrônicos (mensagens eletrônicas): evidências de quatro estudos incluídos na RS mostraram aumento nas taxas de perguntas dos médicos sobre o tabagismo³³.

Detalhamento acadêmico (apoio no desenvolvimento de um plano de melhoria da qualidade, apoio para facilitar mudanças na prática, *feedback* e monitoramento durante a implementação de mudanças na prática): um estudo nesta RS evidenciou um resultado modesto, mas significativo, nas taxas de aconselhamento sobre tabagismo³³.

Aumento da duração da consulta médica (prolongamento de cada consulta em 3 minutos para abordar comportamentos de saúde, incluindo tabagismo): um estudo na RS mostrou um resultado significativo, mas modesto, na oferta de conselhos para parar de fumar³³.

Incentivo financeiro aos médicos: dois estudos referidos na RS mostraram um resultado modesto nas taxas de perguntas sobre o status de fumante dos pacientes³³.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Intervenções de habilidades combinadas a ações na comunidade (programa de educação culturalmente adequado e distribuição de recursos na comunidade), e intervenção de desenvolvimento de habilidades (programa de educação culturalmente relevante): um estudo nesta RS examinou a taxa de iniciação de tabagismo entre 1.396 jovens nativos americanos. O resultado mostrou diminuição das taxas de iniciação de tabagismo nos três anos seguintes e no uso de tabaco com a aplicação dessas ações isoladas ou combinadas³².

Intervenções de múltiplos componentes (aconselhamento sobre tabagismo + sessões de treinamento sobre parar de fumar + treinamento físico e incentivos financeiros): sete estudos nesta RS mostraram resultados benéficos na cessação do tabagismo³³.

Projeto de ação do tabaco (*Tobacco Action Project*) e Projeto indígena do tabaco (*Northern Queensland Indigenous Tobacco Project*): três estudos desta RS analisaram estes projetos que envolvem atividades nos três níveis (individual, comunitário e legislativo) e mostraram reduções estatisticamente significativas no consumo de cigarros comerciais³².

Intervenção comportamental ou combinação de intervenção comportamental e tratamento farmacológico com envolvimento de ACS: Seis estudos da RS mostraram taxas mais elevadas de cessação de fumar. Dois estudos avaliaram intervenções com envolvimento de ACS e informaram melhora na taxa de abstinência tabágica⁴⁵.

Incertezas

INTERVENÇÕES DE ACONSELHAMENTO, CONSELHOS

Aconselhamento individual, Métodos de entrega mistos, de uso do computador ou de mensagens: as metanálises informaram não haver efeito na cessação do ato de fumar¹⁷.

Aconselhamento adjunto: um estudo da RS mostrou melhores resultados no grupo controle (sem intervenção), mas sem efeitos significativos na abstinência do fumo³³.

Cuidados com base na comunidade: os estudos incluídos na RS mostraram não haver melhora significativa na cessação do tabagismo em relação ao conselho de rotina do provedor⁴³.

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS, EVENTOS CULTURAIS

Ações educacionais de prevenção do tabaco: dois estudos incluídos na RS informaram que taxas de tabagismo foram mais baixas no grupo controle, enquanto treze estudos mostraram não haver diferença entre os grupos¹².

Programa de educação escolar e comunitária: dois estudos desta RS analisaram esse programa; um deles mostrou que os comportamentos tabagistas permaneceram constantes antes e depois da intervenção, e outro apresentou aumento no uso de tabaco comercial³².

Intervenção com materiais impressos de autoajuda, personalizados com base no perfil pessoal de fumo: dois estudos da RS avaliaram o impacto sobre a abstinência do fumo, mostraram resultados positivos, porém não mantiveram significância na análise de sensibilidade³³.

INTERVENÇÕES DIRIGIDAS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Auditoria e feedback aos profissionais sobre o desempenho na aplicação de tratamentos para parar de fumar: dois estudos da RS, que compararam esta intervenção com prontuários eletrônicos estabelecidos por médicos, mostrou que não houve diferença significativa com relação a taxas de “perguntas” ou “conselhos”³³.

Treinamento médico na aplicação de tratamentos para parar de fumar: dois estudos da RS não identificaram efeito significativo na abstinência de fumar ou no desempenho do provedor³³.

Detalhamento acadêmico (apoio no desenvolvimento de um plano de melhoria da qualidade, apoio para facilitar mudanças na prática, feedback e monitoramento durante a implementação de mudanças na prática): um estudo incluído na RS não encontrou mudança significativa na abstinência de fumar³³.

Incentivos do provedor sobre a abstinência de fumar e incentivo financeiro aos médicos: dois estudos da RS não encontraram efeito significativo sobre as taxas de aconselhamento a pessoas fumantes³³.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

Intervenções farmacológicas (terapia de reposição de nicotina e bupropiona): uma metanálise não encontrou evidência clara da eficácia sobre cessação do hábito de fumar¹⁷.

Projeto de ação do tabaco (dois estudos) e atividades clínicas de cessação, incluindo terapia de redução de nicotina, aconselhamento individual (um estudo): esses estudos incluídos na RS não observaram uma mudança estatisticamente significativa na prevalência de tabagismo³².

INTERVENÇÃO LEGISLATIVA

Mudança legislativa por meio de aumento de 25% no preço do tabaco comercial: um estudo da RS mostrou que não houve mudança no comportamento de fumar ou comprar entre os residentes da comunidade³².

Eventos adversos

Na RS foram relatados eventos adversos considerados leves com **intervenções farmacológicas**, enquanto nenhum evento adverso foi relatado em estudos de **intervenções comportamentais**¹⁷.

Fonte: Elaboração própria. *Nota: ACS - agente comunitário de saúde; RS - revisão sistemática.

Opção 3. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

As intervenções para a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas foram analisadas em 6 RS, sendo que em relação à qualidade metodológica uma foi de confiança moderada¹⁸ e as demais de confiança criticamente baixa^{26,29,34,36,40}.

Esta opção apresenta benefícios e incertezas (Quadro 5) quanto a intervenções por meio de tecnologia digital²⁶, motivacionais^{18,34}, com participação da família e pessoas significativas³⁶, dirigidas a conselheiros³⁴, para população indígena^{18,29} e com múltiplos componentes^{18,40}.

Quadro 5. Benefícios e incertezas de intervenções para redução de abuso de álcool e outras drogas.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES POR MEIO DE TECNOLOGIA DIGITAL Intervenções com tecnologia digital (com base na web, mensagens de texto de telefone celular, aplicativos de smartphone, redes sociais ou tecnologias autônomas com base em computador como o CD-ROM): em 41 estudos desta RS (19.241 participantes) os resultados mostraram que participantes do grupo intervenção beberam 22,8g de álcool por semana a menos do que os participantes do grupo controle. Quinze estudos (10.862 participantes) mostraram uma diferença estimada entre os grupos de -0,16 dias de bebida por semana, equivalente a um dia de bebida a menos por mês favorável à intervenção. Quinze estudos (3.587 participantes) mostraram uma diferença estimada de -0,24 no número de compulsões por semana, equivalente a cerca de uma compulsão a menos por mês a favor da intervenção digital. Quinze estudos (9.791 participantes) mostraram uma diferença estimada na intensidade do consumo de bebidas alcoólicas a favor da intervenção (-4,63 g/álcool por dia de bebida, o que equivale a redução de menos de uma unidade de bebida por dia)²⁶.</p> <p>INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS Estratégia culturalmente adaptada de MICRA - <i>Motivational Interviewing and Community Reinforcement Approach</i> (Entrevista motivacional e abordagem de reforço comunitário): um estudo incluído na RS relatou aumento nos dias de abstinência e diminuição nos escores de gravidade do vício (segundo versão adaptada culturalmente do <i>Addiction Severity Index</i>, ASI-NA) no acompanhamento de 8 meses, em comparação com período de pré-tratamento e linha de base, respectivamente³⁴. Intervenção breve ou entrevista motivacional de sessão única: um estudo da RS mostrou diminuição na frequência de uso autorreferido de cannabis (15,7 para 5,4 vezes por semana). Houve redução na quantidade e no número de dias de uso de cannabis e menor probabilidade de relatar o uso de drogas ilícitas não estimulantes além de cannabis¹⁸.</p> <p>INTERVENÇÕES COM PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E PESSOAS SIGNIFICATIVAS Programa Reforço da Comunidade e Treinamento da Família (CRAFT - <i>Community Reinforcement and Family Training</i>) e intervenções com <i>Al-Anon/Nar-Anon</i> (alcoólicos anônimos/ narcóticos anônimos): a metanálise mostrou um envolvimento de 18% dos pacientes identificados nas intervenções <i>Al-Anon/Nar-Anon</i>, e de 67% no programa CRAFT³⁶. CRAFT em comparação à intervenção do <i>Johnson Institute</i> (programa que promove um papel ativo de pessoas próximas ao paciente): um estudo incluído na RS mostrou que o CRAFT produziu uma taxa de engajamento de 64% e a intervenção do <i>Johnson Institute</i> um engajamento de de 30% dos pacientes identificados³⁶. CRAFT em comparação a <i>Al-Anon/Nar-Anon</i> (três estudos) e com a intervenção do <i>Johnson Institute</i> (um estudo): Todos esses estudos relatados na RS observaram padrões consistentes de melhoria da rede de Pessoas Significativas Preocupadas (parceiros íntimos, familiares e amigos</p>

próximos) no tratamento de 6 meses. Houve também melhorias estatisticamente significativas em termos de depressão, raiva, coesão familiar, felicidade e conflitos familiares³⁶.

INTERVENÇÕES DIRIGIDAS A CONSELHEIROS

Treinamento terapêutico de conselheiros: Indivíduos com histórico conhecido de abuso de álcool muito grave foram nomeados para participar do treinamento por líderes comunitários ou funcionários do programa de tratamento existente, neste estudo incluído na RS, com relato de alta taxa de abstinência após 24 meses (95% dos participantes)³⁴.

INTERVENÇÕES PARA POPULAÇÃO INDÍGENA

Projeto Sombra (*The Shadow Project*) - modelo de intervenção aprimorado pela família, culturalmente responsivo, com o objetivo de reduzir o abuso de substâncias entre jovens indígenas): Um estudo analisou a intervenção e relatou um alto nível de apoio familiar e de colegas no combate às drogas e os grupos tiveram um alto número de dias de abstinência²⁹.

Projeto Cura da Canoa (*Healing of the Canoe project*) - intervenção de habilidades sociais culturalmente fundamentada que usa a metáfora da viagem de canoa para promover uma identidade tribal positiva e reduzir o abuso de substâncias: um estudo da RS mostrou que os jovens ficaram mais otimistas quanto à cessação do uso de substâncias, e houve redução no uso de substâncias²⁹.

Intervenção do Círculo de Fala (*Talking Circle Intervention*) - programa de prevenção do abuso de substâncias em grupo com base na escola: um estudo da RS mostrou aumento na autossuficiência e diminuição do uso e abuso de substâncias desde a linha de base até o pós-teste²⁹.

Intervenção de *Photovoice* - técnica de pesquisa participativa com base na comunidade (grupos focais para desenvolver e discutir estratégias de prevenção às drogas e valores culturais): um estudo incluído na RS revelou uma melhora em relação ao conhecimento de jovens indígenas sobre prevenção e abuso de drogas²⁹.

Programa de Despertar das Pessoas (*People Awakening Program*) - modelo indígena de proteção e recuperação natural do abuso de álcool e drogas (programa comunitário de prevenção do suicídio e do abuso de álcool): um estudo da RS mostrou que ao realizar a intervenção, os membros da comunidade se mobilizaram para participar do ativismo social relacionado às questões abordadas, ocorrendo aumento na intensidade da intervenção e resultados positivos nas características individuais, familiares e da comunidade e processos reflexivos mais elevados²⁹.

Programa de sétima geração (*Seventh Generation Program*) - incorpora abordagens de prevenção convencionais com valores culturais indígenas e visa reduzir o uso de álcool entre os jovens: um estudo da RS mostrou ganhos no locus de controle pessoal, apoio social e depressão, e mudanças positivas na escala de Crenças sobre Álcool²⁹.

Abordagem de habilidades de competência bicultural em programa de prevenção do uso álcool para jovens indígenas urbanos (combina técnicas cognitivas e comportamentais, com elementos culturalmente informados): um estudo incluído na RS mostrou que no pós-teste houve melhorias no autocontrole, sugestões alternativas e assertividade quando pressionado por colegas a usar substâncias, e nas taxas autorreferidas de uso, nos últimos 14 dias, de tabaco sem fumaça, álcool, maconha e drogas não médicas. Aos 6 meses de acompanhamento, os participantes tiveram pontuações mais altas em relação ao conhecimento, autocontrole, sugestões alternativas e assertividade, e menor uso de tabaco fumado e sem fumaça, álcool, maconha e inalantes²⁹.

Vivendo em 2 mundos (*Living in 2 Worlds*) - aula de enriquecimento acadêmico que visa reduzir o abuso de substâncias entre jovens indígenas por meio do aumento de ferramentas de recusa de drogas (quatro estratégias de resistência às drogas, recusar, explicar, evitar e sair): um estudo da RS apresentou aumento significativo da rejeição às drogas com o uso dessas estratégias²⁹.

Programa Vozes Nativas (*Native Voices program*) - desenvolvimento de competências individuais e de empoderamento da comunidade, para além dos valores indígenas como pertencimento, interdependência e generosidade ao longo dos 4 dias de evento: um estudo da RS mostrou aumento no conhecimento sobre HIV/Aids e hepatite, percepção de risco para cigarros, álcool e maconha e autoeficácia sexual²⁹.

Círculo de Fala (*Cherokee Talking Circle*) - currículo escolar de prevenção de drogas: um estudo da RS mostrou efetividade das medidas para reduzir o abuso de substâncias e problemas relacionados, sendo observadas maiores mudanças 3 meses após a intervenção (maiores pontuações de autossuficiência, e pontuações mais baixas para a Escala de Problema de Substância)²⁹.

Intervenção com foco em famílias (*Focus on Families*); Programa de fortalecimentos das famílias (*Iowa Strengthening Families Program - ISFP*) e Preparando-se para os anos sem drogas (*Preparing for the Drug Free Years - PDFY*): Essas três intervenções foram avaliadas em dois estudos desta RS e os resultados sugerem sua superioridade em relação a nenhuma intervenção na prevenção do uso autorreferido de cannabis. Os resultados mostraram um efeito vantajoso do ISFP no autorrelato do uso de cannabis ao longo de 6 anos e no último ano de acompanhamento¹⁸.

Evento comunitário realizado por programas de serviços juvenis do *Native American Health Center de Oakland* para prevenção de HIV/Aids e abuso de substâncias para jovens indígenas urbanos (intervenções centradas nos valores nativos tradicionais com foco no empoderamento dos jovens, treinamento de liderança, atividades de prevenção, atividades culturais tradicionais, educação para o bem-estar e habilidades para a vida): um estudo incluído na RS mostrou melhora na conexão dos jovens com a comunidade indígena e nas habilidades para recusa de drogas, maior envolvimento da comunidade, aprimoramentos das habilidades comunitárias, mais conhecimento sobre HIV, sexo seguro e abuso de drogas²⁹.

Terapia comportamental dialética com práticas culturais nativas tradicionais e espirituais (com foco em mindfulness visando comportamentos prejudiciais, sendo adaptado para uso entre adolescentes indígenas; intervenção modificada para incluir cerimônias de suor, rodas de conversa e caminhadas, além de reuniões com um curandeiro): um estudo da RS mostrou que 96% dos adolescentes foram “recuperados” ou “melhorados”, com diferença significativa entre as pontuações do pré e pós-teste²⁹.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Estratégia de redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades combinadas a estratégias de detecção e redução de danos: um estudo na RS relatou uma redução na prevalência de recente consumo excessivo de álcool entre os participantes dos grupos de intervenção⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade, Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos, Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas, aplicadas de forma isolada ou combinadas: três estudos na RS relataram reduções na quantidade de bebidas alcoólicas consumidas por semana⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades; Estratégias de detecção e redução de danos combinadas a estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: a metanálise avaliou os efeitos sobre a prevalência de consumo de risco, definido como pontuação > 8 na Escala de Identificação de Distúrbios por Uso de Álcool (AUDIT). Houve uma redução na prevalência de níveis de consumo de risco nas comunidades de intervenção em comparação aos controles no acompanhamento final (seis meses a dois anos após a intervenção; 17.035 participantes)⁴⁰.

Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades combinadas a Estratégias de detecção e redução de danos (um estudo); **Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades** (um estudo): esses estudos da RS relataram reduções significativamente maiores no uso de álcool entre os participantes da intervenção⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades; Estratégias de detecção e redução de danos combinadas a estratégias de redução de oferta/ acesso a bebidas: dois estudos na RS relataram redução no uso de metanfetaminas; um dos estudos observou também redução no uso de inalantes⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos e Estratégias de redução de oferta/ acesso a bebidas: um estudo da RS relatou redução de 43% no número de admissões de vítimas de agressão em hospitais no período pós-intervenção imediato⁴⁰.

Adição de intervenções comunitárias de múltiplos componentes a um programa de educação sobre drogas na escola em comparação ao programa na escola: um estudo nesta RS mostrou redução de novos usuários de drogas nos locais de intervenção¹⁸.

Adição de um componente comunitário a um programa de educação sobre drogas na escola: dois estudos incluídos na RS que avaliaram dados para meninos e meninas sugeriram que a adição de intervenção comunitária pode reduzir o uso de substâncias. Outro estudo semelhante encontrou uma redução estatisticamente significativa no uso autorreferido de cannabis, mas a diferença no número de usuários em quatro anos foi pequena (6,7 % versus 8,5%)¹⁸.

Incertezas

INTERVENÇÕES POR MEIO DE TECNOLOGIA DIGITAL

Intervenções com tecnologia digital (com base na web, mensagens de texto de telefone celular, aplicativos de smartphone, redes sociais ou tecnologias autônomas com base em computador como o CD-ROM): cinco estudos (390 participantes) da RS relataram que não houve diferença no consumo de álcool entre os grupos de intervenção digital e presencial. Um estudo (58 participantes) relatou que não houve diferença na frequência do ato de beber por semana entre os grupos de intervenção digital e presencial. Três estudos (206 participantes) mostraram que não houve diferença entre os grupos digital e presencial no número de compulsões por semana (- 0,04 número de compulsões por semana)²⁶.

INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS

Intervenção breve ou entrevista motivacional de sessão única: dois estudos da RS utilizaram pontuações do *Substance Use Screening Instrument (SUSI)* para medir o uso de drogas. Em um dos estudos, as pontuações do grupo sem intervenção foram maiores do que as do grupo de intervenção com um mês e três meses de acompanhamento, porém nenhum deles mostrou risco para abuso de drogas. O outro estudo mostrou não haver diferença no uso de drogas estimulantes¹⁸.

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS E DE HABILIDADES

Programas de educação e treinamento de habilidades para jovens: dois estudos (352 participantes) incluídos na RS; um deles afirmou que não houve diferença detectável na comparação com oficinas de trabalho e materiais impressos de educação em saúde; o outro estudo, que envolveu mulheres jovens de alto risco, não encontrou diferenças no uso de cannabis

ou outras drogas ilícitas entre os grupos que receberam Habilidades positivas para a vida do adolescente (*PALS - Positive Adolescent Life Skills*) ou nenhuma intervenção¹⁸.

Programa de treinamento de habilidades para a vida (*Life Skills Training Program*): um estudo da RS evidenciou aumento das taxas de uso de tabaco, álcool e maconha. Os componentes da intervenção na comunidade pareceram não ter nenhum benefício adicional no abuso de substâncias por jovens. As meninas fumaram mais cigarros e os meninos usaram mais tabaco sem fumaça, álcool e maconha²⁹.

Intervenção projetada para melhorar o funcionamento familiar ou habilidades parentais: oito estudos da RS mostraram não haver diferenças claras entre os grupos¹⁸.

INTERVENÇÕES PARA POPULAÇÃO INDÍGENA

Programa de sétima geração (*Seventh Generation Program*) - incorpora abordagens de prevenção convencionais com valores culturais indígenas, visando reduzir o uso de álcool entre jovens indígenas: um estudo da RS mostrou não haver mudanças na Escala de Crenças sobre Álcool entre o pré-teste e o acompanhamento²⁹.

Programa *Ho'ouna Pono* (currículo de prevenção às drogas com base em sala de aula, visando melhorar as habilidades de resistência às drogas da juventude indígena havaiana rural): um estudo mostrou não haver efeito significativo²⁹.

Programa *Vozes Nativa (Native Voices program)* - desenvolvimento de competências individuais e de empoderamento da comunidade, para além dos valores indígenas como pertencimento, interdependência e generosidade ao longo dos quatro dias de evento): um estudo da RS mostrou que não houve mudança significativa na identidade étnica e comportamento sexual de risco²⁹.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Estratégia de redução da demanda/desejo de beber e estratégias baseadas em habilidades combinadas a estratégias de detecção e redução de danos: três estudos da RS não encontraram efeito significativo na prevalência de recente consumo excessivo de álcool⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias baseadas em habilidades: dois estudos da RS relataram não haver diferença significativa na prevalência de uso de álcool em 12 meses⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinada a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades; Estratégias de detecção e redução de danos mais estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: quatro estudos incluídos na RS, com as estratégias combinadas ou não, relataram não haver diferença significativa na frequência de consumo de álcool entre as comunidades de intervenção e controle no acompanhamento (variando de imediato a 5 anos após a intervenção)⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade, Redução da demanda/desejo de beber e estratégias baseadas em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos, Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas realizadas de forma combinada ou não: cinco estudos relataram resultados para consumo excessivo de álcool recente (definido como cinco ou mais drinques em uma única sessão nos últimos 6 meses), mostrando que não houve diferença significativa (desde o período pós-intervenção imediato até oito anos após a intervenção com 39.999 participantes)⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade, Redução da demanda/desejo de beber e estratégias baseadas em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos, Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas aplicadas de forma isolada ou combinadas: quatro estudos incluídos na RS não encontraram mudança significativa na quantidade de consumo de álcool entre as comunidades de intervenção e controle⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade, Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos, Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas, realizadas de forma combinada ou não: a metanálise mostrou que não houve diferença significativa na prevalência de uso de álcool no mês anterior entre as comunidades de intervenção e controle (41.718 participantes)⁴⁰.

Redução da demanda e estratégias com base em habilidades combinadas a Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade (um estudo); Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade associadas a Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades mais Estratégias de detecção e redução de danos (um estudo): esses dois estudos da RS relataram que não houve efeito significativo no uso de álcool no mês anterior⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinada a Redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, Estratégias de detecção e redução de danos e Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: dois estudos da RS com as estratégias combinadas relataram que não houve mudança nas taxas de internações hospitalares por dependência ou abuso de álcool em cinco anos após a intervenção, nem nas taxas de tentativas de suicídio em dois anos após a intervenção⁴⁰.

Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinada a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, estratégias de detecção e redução de danos mais estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: dois estudos da RS sobre estratégias combinadas ou não relataram que não houve diferença significativa na prevalência do uso de maconha em doze meses, entre as comunidades de intervenção e controle no final do acompanhamento (6.940 participantes)⁴⁰.

Intervenção multidisciplinar de álcool, incluindo Terapia cognitiva-comportamental associada ao apoio sociocultural e farmacoterapia (naltrexona): um estudo da RS mostrou que as taxas de redução no consumo de álcool foram similares entre os grupos intervenção e controle³⁴.

Fonte: Elaboração própria. *Nota: RS - revisão sistemática.

Opção 4. Abordagens comunitárias para promoção de práticas corporais ou atividade física

As intervenções de atividade física foram analisadas em 6 RS^{11,14,15,22,41,44}, sendo todas de confiança criticamente baixa.

Esta opção apresenta benefícios e incertezas (Quadro 6) quanto a intervenções educacionais¹⁵, caminhada^{14,22}, dança²², esquemas de referência de exercícios^{11,44}, com abordagem participativa²², lembretes²², aconselhamento, sessões em grupo ou por correio¹¹ e com múltiplos componentes^{14,15,22,41}.

Quadro 6. Benefícios e incertezas de intervenções de atividade física.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS</p> <p>Programa de educação para a saúde: realizado com crianças gregas de escola primária mostrou resultados como mais tempo gasto em atividades físicas organizadas fora da escola e em atividades físicas moderadas a vigorosas. Observou-se também que mais alunos alcançaram as recomendações de 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa em comparação ao grupo controle (77,4% vs. 55,1%)¹⁵.</p>

INTERVENÇÕES PARA CAMINHADA

Intervenção para caminhada: três estudos da RS, cujos tempos de intervenção para a promoção da caminhada variaram de três a seis meses, evidenciaram aumento no número de minutos de caminhada por semana e no gasto de energia; um estudo observou aumento no número de passos avaliados por pedômetro¹⁴.

Intervenção de AF com base na comunidade indígena: um estudo da RS mostrou que 54,6% dos participantes afirmaram praticar caminhada rápida por mais de quatro dias por semana; e 32,2% relataram caminhada rápida de um a quatro dias por semana durante a intervenção de dez semanas²².

INTERVENÇÕES COM DANÇA

Programas de dança culturalmente adaptados: um estudo da RS mostrou uma frequência média de 85% durante 6 semanas, duas vezes por semana²².

Programa de dança culturalmente adaptado ou programa de exercícios padrão: um estudo da RS identificou frequência média de 78% ± 33% e 67% ± 25%, respectivamente²².

INTERVENÇÕES COM ESQUEMAS DE REFERÊNCIA DE EXERCÍCIOS INICIADOS NA APS

Esquemas de exercícios: um estudo da RS avaliou a espessura de dobras cutâneas e mostrou redução no grupo de exercício no período de 16 semanas⁴⁴.

Esquemas de exercícios: dois estudos incluídos na RS avaliaram resultados psicológicos, identificando que a motivação para se exercitar melhorou mais rapidamente no grupo de intervenção por até 6 meses. Em um deles, o grupo controle de aconselhamento foi seguido por até 12 meses, período em que o nível de motivação alcançou o do grupo de exercícios. Este estudo também descobriu que as mudanças no perfil de autopercepção física estavam relacionadas a mudanças na espessura das dobras cutâneas e adesão ao programa de exercícios⁴⁴.

Esquemas de exercícios: do início a 6 meses de acompanhamento, um estudo da RS identificou melhora da pontuação de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*) no grupo intervenção⁴⁴.

Esquemas de exercícios: um estudo da RS com idosos frágeis atendidos em um ambiente de cuidados primários descobriu que 89% iniciaram o programa, 73% concluíram e 63% fizeram a transição para programa centrado no lazer a partir do encaminhamento para esquemas de exercícios⁴⁴.

Esquemas de exercícios: um estudo da RS destacou que um terço das mulheres com mais de 50 anos que viviam em área urbana e que foram encaminhadas para um esquema de exercícios na atenção primária ainda frequentavam o programa depois de um ano⁴⁴.

Esquemas de exercícios: uma pesquisa do Reino Unido incluída na RS relatou que dois terços dos respondentes eram mais ativos do que antes do encaminhamento ao programa e 3 a 5 anos depois, embora não tenha investigado se o aumento da atividade era uma consequência do esquema de exercícios⁴⁴.

Esquemas de exercícios: estudos incluídos na RS destacaram que foram identificadas melhorias psicológicas como redução na ansiedade e depressão (dois estudos), progresso nos estágios de mudança de comportamento (um estudo), melhora estatisticamente significativa na pontuação da dimensão do papel emocional do SF-36 (um estudo), e mudanças positivas no estilo de vida (um estudo)⁴⁴.

Esquemas de exercícios: estudos mostraram que houve aumento estatisticamente significativo, mas pequeno, no número de participantes que praticavam exercícios moderados. Observou-se que entre 17 adultos sedentários encaminhados para o programa, 1 tornou-se moderadamente ativo,

de modo que o pequeno efeito pode ser justificado devido às baixas taxas de aceitação e adesão aos esquemas de exercícios⁴⁴.

Esquemas de exercícios: três estudos da RS mostraram que o aumento sustentado no nível de atividade física foi constatado entre os indivíduos que completaram o programa de exercícios. As melhorias relatadas nos resultados fisiológicos incluíram aumento da aptidão aeróbica (um estudo), reduções na PA, pulso, frequência cardíaca em repouso, peso e IMC (quatro estudos)⁴⁴.

Intervenções de exercícios; aconselhamentos; lista de exercícios por correio e por telefone; campanhas públicas: vinte e cinco estudos da RS observaram mudanças positivas no comportamento de AF com essas intervenções isoladamente, mostrando eficácia de intervenções com duração acima de doze meses ou naqueles com tamanhos de amostra maiores que 150 participantes¹¹.

INTERVENÇÕES COM ABORDAGEM PARTICIPATIVA

Estratégias comportamentais fundamentadas em evidências e princípios de pesquisa participativa com base na comunidade (participação da comunidade para desenvolver a intervenção de exercícios): um estudo da RS, sobre estratégia adaptada para mães imigrantes com fatores de risco para DM, relatou taxas de participação de 100% em três e seis meses²².

Abordagem participativa/colaborativa com base na teoria social cognitiva: mostrou aumentos nos níveis de AF (contagem por minuto) em cinco e seis meses após a intervenção (um estudo). A quantidade de AF moderada a vigorosa aumentou e houve maior diminuição de tempo sedentário para o grupo de intervenção em seis meses de acompanhamento (um estudo)²².

Programa fundamentado nos princípios da pesquisa participativa com base na comunidade para melhorar o controle da diabetes: um estudo da RS relatou aumento na autoeficácia da AF após a intervenção e 89% dos participantes se exercitando várias vezes por semana; dois estudos da RS relataram aumento na AF desde o início até doze meses de acompanhamento²².

INTERVENÇÕES POR MEIO DE LEMBRETES

Serviço de mensagens de texto como lembrete da prática de AF: um estudo da RS mostrou aumento da prática em usuários fisicamente ativos em quatro meses (de 16,4% para 44,5%)²².

INTERVENÇÕES DE ACONSELHAMENTO, SESSÕES EM GRUPO OU POR CORREIO

Aconselhamento face a face, sessões de grupo e intervenções mediadas por correio: as intervenções isoladamente obtiveram efeitos positivos na mudança percentual líquida de AF¹¹.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Intervenções com propósito de aumentar AF (educação em saúde, com foco no aconselhamento para a promoção de atitudes motivacionais e mudanças de comportamento - reuniões em grupo ou individuais): doze estudos da RS mostraram aumento no volume de AF em minutos ou dias por semana, maior gasto energético, maiores escores em exercícios físicos e aumento na proporção de indivíduos que melhoraram seu nível de AF, sendo metade das intervenções de curto prazo (\leq três meses); um estudo com duração de 12 meses mostrou aumento no gasto energético; um estudo mostrou aumento na proporção de indivíduos que passaram a praticar atividade física moderada ou vigorosa¹⁴.

Programas de AF (Caminhada em grupo; Programas com atividades multicomponentes como combinação de educação ou materiais educativos; Programa de treinamento com uso de pedômetro ou diferentes programas de exercícios): a RS investigou o nível de participação sustentada em programas de AF, constatando que entre 24 a 424 participantes cerca de 50,3% a

100% completaram os programas, De doze programas considerados eficazes a proporção média de pessoas que concluíram o programa foi de 71,3% ($\pm 21,9\%$)⁴¹.

Abordagem com base na comunidade (20 minutos de AF em grupo durante 8 das 12 sessões conduzidas por um facilitador, associado a mensagens de texto e comunicação por e-mail para participar de sessões, e pedômetros fornecidos para aumentar a motivação): um estudo incluído na RS mostrou aumento na AF em 12 e 24 semanas²².

Programa Desligue, torne-se ativo (*Switch off-get active*) que combinou uma abordagem educacional individual, incluindo técnicas simples de modificação de comportamento com apoio dos pais: a RS constatou que esse programa irlandês de 16 semanas conseguiu aumentar os valores para atividade moderada a vigorosa em grupos socioeconômicos menos favorecidos¹⁵.

Incertezas

INTERVENÇÕES COM DANÇA

Programas de dança culturalmente adaptados: um estudo da RS mostrou que não houve diferença na pontuação do exercício entre pré e pós-intervenção²².

INTERVENÇÕES COM ESQUEMAS DE REFERÊNCIA DE EXERCÍCIOS INICIADOS NA APS

Esquemas de exercícios: três estudos incluídos na RS constataram não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos de exercícios e controles a respeito dos resultados de IMC, relação cintura-quadril, porcentagem de gordura corporal, frequência cardíaca em repouso, PA, função pulmonar, desempenho de exercícios, força muscular e nível de colesterol⁴⁴.

Esquemas de exercícios: um estudo da RS apontou que tanto o grupo de intervenção quanto controle mostraram melhora na ansiedade avaliada pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e escores mentais SF-36 entre o início e seis meses de acompanhamento⁴⁴.

Esquemas de exercícios: um estudo da RS não encontrou mudanças na aptidão cardiovascular entre os grupos intervenção e controle⁴⁴.

Esquemas de exercícios por clínicos gerais: um estudo observacional da RS verificou que os níveis de atividade não foram diferentes entre os aderentes e não aderentes ao programa, no intervalo de seis meses até três anos após a conclusão⁴⁴.

Esquemas de exercícios típicos: seis estudos de avaliações de processo, incluídos na RS, mostraram que a captação foi baixa, com a não participação de cerca de um terço dos pacientes encaminhados. Além disso, a adesão aos esquemas também foi pequena, mostrando que entre 12% e 42% completaram o programa de 10 a 12 semanas⁴⁴.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Intervenção de exercícios; aconselhamentos; e campanhas públicas: dezesseis estudos da RS não encontraram evidências de efeito sobre o comportamento de atividade física; em outros catorze estudos o efeito da intervenção não foi claro¹¹.

Fonte: Elaboração própria. *Nota: AF - atividade física; APS - atenção primária à saúde; DM - diabetes mellitus; IMC - índice de massa corporal; PA - pressão arterial; RS - revisão sistemática; SF-36 - *36-item short-form health survey* (instrumento de avaliação genérica de saúde composto por 36 itens).

Opção 5. Abordagens comunitárias para promoção de alimentação saudável

Abordagens comunitárias com foco na alimentação saudável foram analisadas em 2 RS^{10,19}, sendo que em relação à qualidade metodológica as duas foram consideradas de confiança criticamente baixa.

Esta opção apresenta benefícios e incertezas (Quadro 7) quanto a intervenções aconselhamento dietético ou aconselhamento nutricional^{10,19}, educacionais¹⁰, consumo de dieta tradicional¹⁹, suplementação de nutrientes¹⁰, com participação do setor comercial¹⁹, subsídio para consumo de frutas e vegetais¹⁹, com múltiplos componentes¹⁹ e política de nutrição¹⁹.

Quadro 7. Benefícios e incertezas de intervenções para alimentação saudável.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES DE ACONSELHAMENTO</p> <p>Aconselhamento dietético ou aconselhamento nutricional: cinco estudos da RS mostraram melhora na ingestão de leite líquido conforme recomendado, aumento do consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em cálcio, mudanças positivas em comportamentos nutricionais específicos, melhora em hábitos de saúde em funções física e psicossocial medidas pelo SF-36 e Escala <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Rating</i>¹⁰.</p> <p>Programas de promoção e educação nutricional: seis estudos da RS mostraram resultados positivos para algumas medidas bioquímicas/hematológicas e antropométricas. Dois estudos encontraram melhorias estatisticamente significativas na ingestão de frutas e vegetais e um estudo mostrou diminuição na ingestão de energia e de alguns macronutrientes/micronutrientes¹⁹.</p> <p>INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS</p> <p>Programas de educação nutricional didática: três estudos da RS mostraram melhora da ingestão alimentar, maior atenção à ingestão e efeitos de suplementos dietéticos e fitoterápicos, melhora do conhecimento nutricional e estágio dietético de mudança¹⁰.</p> <p>INTERVENÇÕES PARA CONSUMO DE DIETA TRADICIONAL</p> <p>Intervenções de retorno ao modo de vida tradicional e consumo de dieta tradicional: foram avaliadas em até sete semanas e constatadas melhorias estatisticamente significativas em triglicerídeos, colesterol VLDL e marcadores de diabetes, juntamente com uma queda significativa em colesterol HDL. Melhorias também foram encontradas para ácidos graxos ômega-3 e ômega-6 e marcadores nutricionais¹⁹.</p> <p>Retorno à dieta tradicional em um curto período de tempo mostrou efeito positivo mais consistente sobre os desfechos de saúde, exceto para colesterol HDL, com grande declínio no colesterol VLDL e aumento de LDL¹⁹.</p> <p>Estratégias de educação e promoção nutricional e de retorno à dieta tradicional: quatro estudos da RS mostraram redução no IMC em pessoas acima da faixa de peso saudável, no período de três meses a um ano¹⁹.</p> <p>INTERVENÇÕES COM SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES</p> <p>Suplementos de micronutrientes: dois estudos da RS observaram resultados positivos nos escores de testes cognitivos e aumento de folato sérico seguido de diminuição dos valores plasmáticos de homocisteína total¹⁰.</p> <p>Suplementos de nutrientes líquidos: houve tendência de diminuição do número de quedas, do número de dias passados na cama e melhora emocional¹⁰.</p> <p>INTERVENÇÕES COM PARTICIPAÇÃO DO SETOR COMERCIAL</p>

Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais: cinco estudos da RS descreveram que a intensidade de engajamento da comunidade (CEI - *Community Engagement Intensity*) foi moderado a forte em todos os estudos exceto em um, e todos obtiveram uma Pontuação de Abordagem Ecológica (EAS - *Ecological Approach Score*) de 3 ou 4 (4 representando pelo menos dois tipos de estratégia e três ou mais configurações; pontuações menores refletem menos tipos e configurações de estratégia). Os resultados mostraram significância estatística para desfechos bioquímicos/hematológicos e antropométricos provenientes de três estudos. Essas intervenções proporcionaram em curto prazo (seis meses e um ano) diminuição significativa de IMC indicada em dois estudos. Entre dois e quatro anos foram associadas a melhorias em marcadores de lipídios/diabetes (dois estudos), marcadores de melhora na ingestão de frutas e vegetais, como por exemplo, β -caroteno (um estudo) e homocisteína (dois estudos). Um estudo realizado ao longo de oito anos informou que houve redução do colesterol HDL¹⁹.

Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou ambiente/política do estabelecimento comercial: um estudo da RS conduzido durante oito anos observou uma reversão de todos os resultados de saúde positivos ao longo do tempo, exceto colesterol¹⁹.

Apoio de gerente de estabelecimento comercial ao fornecimento de alimentos saudáveis em comunidade remota (um estudo); desconto de 20% no estabelecimento comercial: mostraram-se associados a resultados positivos relacionados à dieta alimentar no âmbito da comunidade. O desconto de 20% foi relacionado a aumento estatisticamente significativo nas compras de alimentos essenciais, incluindo frutas, vegetais e água engarrafada¹⁹.

INTERVENÇÕES COM SUBSÍDIO PARA CONSUMO DE FRUTAS E VEGETAIS

Subsídio para frutas e vegetais que fazia parte de um programa de nutrição iniciado em 2005 foi analisado em dois estudos de coorte, com participantes de 17 anos ou menos. O engajamento da comunidade (CEI) foi avaliado como forte e ambos estudos alcançaram uma pontuação de abordagem ecológica (EAS) de 2 pontos. Houve melhorias na saúde e resultados positivos nos marcadores nutricionais de ingestão de frutas e vegetais (um estudo) e diminuição nas visitas relacionadas a doenças ao serviço de saúde ou hospital e prescrições de antibióticos orais¹⁹.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Retorno à dieta tradicional e intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou ambiente/política do estabelecimento comercial: Dois estudos mostraram aumento de colesterol HDL¹⁹.

INTERVENÇÕES DE POLÍTICA DE NUTRIÇÃO

Política de nutrição (Política de nutrição da ALPA - *ArnhemLand Progress Association* - para aumentar a variedade de alimentos saudáveis em estabelecimentos comerciais da comunidade, fornecendo opções mais saudáveis, empregando "bons profissionais da alimentação" e subsidiando frutas e vegetais frescos): um estudo da RS identificou que a introdução de uma política de nutrição foi associada a melhorias relacionadas à dieta em comunidades muito remotas.¹⁹

Incertezas

INTERVENÇÕES DE ACONSELHAMENTO

Aconselhamento dietético ou aconselhamento nutricional: um estudo da RS não identificou mudança significativa no comportamento alimentar¹⁰.

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

Programas de educação nutricional (módulos sobre nutrição saudável): um estudo da RS não evidenciou mudança significativa no conhecimento nutricional ou no comportamento alimentar¹⁰.

Programa de promoção e educação nutricional: um estudo apontou aumento de hemoglobina glicada média e colesterol HDL médio; um estudo mostrou aumento do IMC médio em um período de sete anos¹⁹.

INTERVENÇÕES COM SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIENTES

Suplemento nutricional: um estudo da RS relatou não ter identificado resultados estatisticamente significativos após a intervenção¹⁰.

Suplementos de nutrientes líquidos: dois estudos da RS não identificaram resultados estatisticamente significativos para os desfechos funcionais¹⁰.

INTERVENÇÕES COM PARTICIPAÇÃO DO SETOR COMERCIAL

Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais: um estudo da RS mostrou não haver efeito estatisticamente significativo nos resultados bioquímicos/hematológicos e antropométricos; dois estudos informaram que o IMC aumentou significativamente em longo prazo (4 e 8 anos)¹⁹.

Descontos em estabelecimento comercial: um estudo da RS mostrou que não houve efeito sobre a compra de refrigerantes diet e regulares com descontos de 20%; outro estudo informou que o desconto de preço de 10% não teve efeito sobre as vendas de produtos de mercearia, frutas e vegetais frescos e refrigerantes *diet*¹⁹.

INTERVENÇÕES COM SUBSÍDIO PARA CONSUMO DE FRUTAS E VEGETAIS

Subsídio para frutas e vegetais: um estudo da RS apontou aumento da ingestão autorrelatada de açúcar e diminuição do consumo de vegetais¹⁹.

INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES

Intervenções de educação e promoção nutricional e Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou no meio ambiente/política do estabelecimento: três estudos da RS mostraram que houve pouca mudança na proporção de colesterol HDL; quatro estudos conduzidos em comunidades remotas mostraram pequenos aumentos no IMC¹⁹.

Fonte: Elaboração própria. *Nota: CEI - *community engagement intensity* (engajamento da comunidade); EAS - *Ecological Approach Score* (pontuação de abordagem ecológica); HDL - *high-density lipoprotein cholesterol* (lipoproteína de alta densidade); IMC - índice de massa corporal; LDL - *low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de densidade baixa); VLDL - *very low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de densidade muito baixa); RS - revisão sistemática; SF-36 - *36-item short-form health survey* (instrumento de avaliação genérica de saúde composto por 36 itens).

Opção 6. Abordagens comunitárias para prevenção de violência e estímulo à cultura de paz

As intervenções para promoção de ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz foram analisadas em uma RS³⁰, com qualidade metodológica de confiança criticamente baixa.

Esta opção apresenta benefícios e incertezas (Quadro 8) quanto a intervenções com foco em âmbitos primário (implementadas universalmente para prevenir o início da violência);

secundário (implementadas seletivamente com jovens com maior risco de violência) e terciário (com foco em jovens que já tenham praticado comportamento violento)³⁰.

Quadro 8. Benefícios e incertezas de intervenções para promoção de ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES DE ÂMBITO PRIMÁRIO</p> <p>Programa Respondendo de maneira pacífica e positiva - 7ª série (<i>Responding in Peaceful and Positive Ways—7th grade - RIPP-7</i>) para construção de habilidades e resolução de conflitos: dois estudos da RS relataram uma taxa ajustada de comportamento violento de 11,2 por 100 alunos um ano após a intervenção, evidenciando uma redução no comportamento violento³⁰.</p> <p>Projeto Juvenil <i>Aban Aya</i>: três estudos da RS mostraram que os meninos afro-americanos que participaram do currículo de desenvolvimento social do programa, além de seu componente de intervenção escolar/comunitária, reduziram as pontuações de comportamento violento³⁰.</p> <p>INTERVENÇÕES DE ÂMBITO SECUNDÁRIO</p> <p>Projeto de demonstração <i>Movendo-se para a oportunidade (Moving to Opportunity - MTO)</i>: um estudo da RS mostrou eficácia de um experimento para estudar os efeitos de realocar famílias de bairros de nível elevado de pobreza para os de nível baixo sobre o crime juvenil. A taxa de incidência e prevalência de prisões por crimes violentos entre adolescentes foram menores no grupo de intervenção em comparação com um grupo controle de famílias na lista de espera da intervenção³⁰.</p> <p>Programa de intervenção precoce de base comunitária: um estudo da RS analisou este programa para a prevenção do abuso de substâncias e comportamento delinquente entre jovens de alto risco no centro da cidade. Os resultados mostraram mudança de comportamentos violentos autorrelatados, no primeiro ano de acompanhamento³⁰.</p> <p>Programa terapêutico de cuidado infantil (<i>Childhaven's therapeutic child-care program</i>): um estudo da RS relatou eficácia para bebês e crianças abusadas, negligenciadas e em risco e seus pais. Durante o período de acompanhamento de doze anos foram observadas reduções na média de prisões violentas e na incidência de brigas³⁰.</p> <p>INTERVENÇÕES DE ÂMBITO TERCIÁRIO</p> <p>Programa ponto de virada: repensando a violência (<i>Turning Point: Rethinking Violence - TPRV</i>) - para educar homens infratores pela primeira vez em crimes violentos e seus pais: um estudo da RS mostrou eficácia na redução da taxa de reincidência de crimes violentos³⁰.</p> <p>Terapia multissistêmica (<i>Multisystemic therapy - MST</i>) - programa para infratores juvenis com abuso e dependência de substâncias: um estudo da RS relatou redução na taxa média de condenação para crimes agressivos (assaltos a mão armada)³⁰.</p>
<p>Incertezas</p>
<p>Não foram relatadas incertezas na RS³⁰.</p>

Fonte: Elaboração própria. *Nota: RS - revisão sistemática.

Opção 7. Abordagens comunitárias para redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito

As intervenções para promoção de ações de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito foram analisadas em uma RS⁴⁰, de confiança criticamente baixa.

Esta opção apresenta benefícios e incertezas (Quadro 9) quanto a intervenções com múltiplos componentes⁴⁰.

Quadro 9. Benefícios e incertezas de intervenções de redução de acidentes de trânsito.

Benefícios
<p>INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES</p> <p>Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, estratégias de detecção e redução de danos combinadas a estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: dois estudos da RS analisaram essas estratégias combinadas ou não e relataram declínios estatisticamente significativos nas taxas de acidentes com veículos motorizados⁴⁰.</p>
Incertezas
<p>INTERVENÇÕES COM MÚLTIPLOS COMPONENTES</p> <p>Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade combinadas a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, estratégias de detecção e redução de danos combinadas a estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas: um estudo analisou essas estratégias combinadas ou não e relatou que não houve mudança no número de acidentes de veículos relacionados ao uso de álcool, nem no número de acidentes em que não ocorreram ferimento ou fatalidade, cinco anos após a intervenção⁴⁰.</p>

Fonte: Elaboração própria. *Nota: RS - revisão sistemática.

6. Considerações finais

Esta síntese rápida de evidências identificou 36 revisões sistemáticas que analisaram as abordagens comunitárias em serviços de Atenção Primária à Saúde. Quanto à qualidade metodológica, as RS foram classificadas como de confiança alta (2 RS), moderada (4 RS), baixa (2 RS) e criticamente baixa (28 RS). A maioria dos estudos primários incluídos nas RS foi realizada em países de alta renda, porém uma RS analisou também estudos envolvendo o Brasil.

As RS apresentaram intervenções relacionadas a abordagens comunitárias para (1) redução da morbimortalidade por DCNT, (2) prevenção e controle do tabagismo, (3) redução da morbimortalidade, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, (4) prática corporal/atividade física, (5) alimentação saudável, (6) prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, (7) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. As intervenções relatadas foram realizadas por profissionais da saúde, professores, ou voluntários da comunidade, em locais variados, desde domicílios, escolas, serviços de saúde, parques e

comunidades. Uma síntese dos resultados das sete abordagens comunitárias é apresentada a seguir.

(1) Abordagens comunitárias para redução da morbimortalidade por DCNT: 14 RS apontaram benefícios de intervenções únicas ou combinadas com abordagens comunitárias para HAS, DM2, câncer, doenças cardiovasculares, obesidade e sobrepeso, transtorno mental, multimorbidades, DCNT não especificadas. Os resultados mostraram melhoras em aspectos clínicos e laboratoriais.

- **Intervenções para hipertensão arterial sistêmica:** intervenções educacionais associada a intervenções nutricionais e de exercícios, pacote de gerenciamento de risco de doenças cardiovasculares, realização de testes de triagem nos serviços de saúde e em domicílios, visitas domiciliares com a liderança de um enfermeiro, ações educacionais em domicílio combinada a consulta com o clínico geral, ações multicomponentes com sessões individuais, visitas domiciliares fornecidas pelo ACS, apoio social, educação comunitária mais materiais de educação.
- **Intervenções para diabetes melito tipo 2:** intervenções educacionais, capacitação de pacientes, reuniões de grupo associadas a visitas domiciliares, sessões de grupo para perda de peso associado ao aconselhamento nutricional, visita clínica com participantes e médico de atenção primária combinadas a contato telefônico, ações educacionais associadas a intervenções nutricionais e exercícios, visitas domiciliares de ACS, programa de educação e gestão da diabetes adaptado culturalmente, apoio de pares combinado a trabalhadores comunitários de saúde e intervenções de apoio por telefone, realização de triagens em domicílios.
- **Intervenções para câncer:** intervenções educacionais sobre câncer de mama, do colo do útero e colorretal, detecção precoce associada a triagem por equipe de enfermagem, aconselhamento liderado pelo ACS e envio de uma mensagem por correio, visitas domiciliares de ACS, intervenção com múltiplos componentes com visitas domiciliares individualizadas, ligações telefônicas e mensagens por correio, aconselhamento individual e apoio social de ACS, oficina sobre o câncer de colo do útero realizada por ACS.
- **Intervenções para doenças cardiovasculares:** intervenções lideradas por ACS.
- **Intervenções para asma:** combinação de grupos de apoio e visitas domiciliares.
- **Intervenções para obesidade e sobrepeso:** programa de nutrição para crianças, abordagem coordenada para a saúde infantil, desafio alimentar e de exercícios.
- **Intervenções para transtorno mental:** busca ativa realizada por ACS.
- **Intervenções para multimorbidades:** mudança na organização da assistência prestada com gerenciamento de casos e coordenação de cuidados, aprimoramento da combinação de habilidades em equipes multidisciplinares, intervenções orientadas para o paciente como apoio educacional ou autogestão,

dieta, atividade física e um estágio de mudança, serviços especializados de apoio à decisão para tratamento.

- **Intervenções para DCNT não especificadas:** avaliação das necessidades de saúde física realizadas por enfermeiras com orientação dirigida a instalações clínicas e avaliação física, programas de atividades físicas com exercícios aeróbicos de resistência.

(2) Abordagens comunitárias para prevenção e controle do tabagismo: 8 RS apresentaram resultados positivos de uma diversidade de intervenções sobre a iniciação, cessação do tabagismo e comportamento tabagista, além de influência na organização do acompanhamento dos usuários e melhora nas taxas de “perguntas” ou “conselhos”.

- **Intervenções de aconselhamento ou conselhos:** foram utilizados em triagem ou rastreamento de fumantes; aconselhamento em grupo; aconselhamento adjunto a consultas; conselho dado especificamente por não médicos, incluindo um membro da família treinado; voluntários da comunidade treinados sobre conselhos breves para abandono do tabagismo e aconselhamento de acompanhamento semanal ou bimestral na comunidade; cuidados com base na comunidade para membros da família.
- **Intervenções educacionais e eventos culturais:** foram utilizados na forma de ações educacionais de prevenção do tabaco; seminário de educação preventiva com duração de seis horas; currículo “pense inteligente” (*think smart*) em escola de comunidades rurais/remotas; online por meio de programa de site educacional, com imagens e histórias culturalmente apropriadas; programas de base comunitária por meio de educação e patrocínio de eventos culturais ou esportivos.
- **Intervenções conduzidas por farmacêuticos:** incluíram intervenções comportamentais intensivas para cessação do tabagismo fornecidas por farmácia comunitária; intervenções conduzidas por farmacêuticos comunitários.
- **Intervenções dirigidas a profissionais de saúde:** inclusão do tabagismo ao “selo de sinal vital” em registros médicos; lembrete de lista de verificação; avisos de prontuários eletrônicos; detalhamento acadêmico; aumento da duração da consulta médica (prolongamento de cada consulta em 3 minutos para abordar comportamentos de saúde; incentivo financeiro aos médicos.
- **Intervenções com múltiplos componentes:** envolveram combinação de estratégias como desenvolvimento de habilidades, programa de educação culturalmente adequado, distribuição de recursos na comunidade, aconselhamento sobre tabagismo, treinamento físico; projetos específicos para a população indígena, intervenção comportamental, tratamento farmacológico com envolvimento de ACS.

(3) Abordagens comunitárias para redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas:

6 RS mostraram efeitos favoráveis de diversas intervenções com relação aos desfechos de consumo de álcool e consumo excessivo de álcool, consumo de risco, compulsão por bebidas, taxa de abstinência de álcool em 24 meses, gravidade do vício, abuso de substâncias e problemas relacionados, uso de cannabis, uso de drogas ilícitas não estimulantes, uso de metanfetaminas, novos usuários de drogas, conhecimento e autocontrole, percepção de risco para cigarros, álcool e maconha e autoeficácia sexual, apoio social e depressão, recusa de drogas, recuperação de adolescentes, taxa de engajamento, admissão de vítimas de agressão em hospitais.

- **Intervenções por meio de tecnologia digital:** com base na web, mensagens de texto de telefone celular, aplicativos de smartphone, redes sociais ou tecnologias autônomas com base em computador como o CD-ROM.
- **Intervenções motivacionais:** entrevista motivacional e abordagem de reforço comunitário, intervenção breve ou entrevista motivacional de sessão única.
- **Intervenções com participação da família e pessoas significativas:** programa de reforço da comunidade e treinamento da família; alcoólicos anônimos/ narcóticos anônimos; programa com participação de pessoas próximas ao paciente.
- **Intervenções dirigidas a conselheiros:** por meio de treinamento terapêutico de conselheiros com histórico conhecido de abuso de álcool muito grave.
- **Intervenções para população indígena:** modelo de intervenção aprimorado pela família, culturalmente responsivo, intervenção de habilidades sociais culturalmente fundamentada, programa de prevenção em grupo com base na escola, técnica de pesquisa participativa com base na comunidade, modelo indígena de proteção e recuperação natural do abuso de álcool e drogas, abordagens de prevenção convencionais com valores culturais indígenas, abordagem de habilidades de competência bicultural para jovens indígenas urbanos, aula de enriquecimento acadêmico por meio do aumento de ferramentas de recusa de drogas, desenvolvimento de competências individuais e de empoderamento da comunidade, currículo escolar de prevenção de drogas, programa de fortalecimento das famílias, intervenções centradas nos valores nativos tradicionais com foco no empoderamento dos jovens, treinamento de liderança, atividades culturais tradicionais, terapia comportamental com foco em *mindfulness*, cerimônias de suor, rodas de conversa e caminhadas, além de reuniões com um curandeiro.
- **Intervenções com múltiplos componentes:** combinação de estratégias como redução da demanda/desejo de beber, com base em habilidades, envolvimento e coordenação da comunidade, detecção e redução de danos, redução de oferta/acesso a bebidas, adição de intervenções comunitárias de múltiplos componentes a programa de educação.

(4) Abordagens comunitárias para promoção de práticas corporais ou atividade física: 6 RS apresentaram resultados positivos de diversas intervenções quanto a espessura das dobras cutâneas, motivação para se exercitar, autopercepção física, iniciação de programa de AF, ansiedade e depressão, realização de exercícios moderados e caminhadas, aumento de AF, participação sustentada em programas de AF, taxa de participação, frequência de AF, autoeficácia.

- **Intervenções educacionais:** programa de educação para a saúde entre crianças gregas de escola primária.
- **Intervenções para caminhada:** promoção de caminhadas com duração de três a seis meses, AF para comunidade indígena.
- **Intervenções com dança:** programas de dança culturalmente adaptados.
- **Intervenções com esquemas de referência de exercícios:** com durações variadas e populações diversas, incluindo mulheres e idosos frágeis.
- **Intervenções com abordagem participativa:** estratégias comportamentais fundamentadas em evidências e princípios de pesquisa participativa; abordagem participativa/colaborativa com base na teoria social cognitiva: programa para melhorar o controle da diabetes.
- **Intervenções por meio de lembrete:** com uso de serviço de mensagens de texto.
- **Intervenções de aconselhamento, sessões em grupo ou por correio:** aconselhamento face a face, em grupo ou mediadas por correio.
- **Intervenções com múltiplos componentes:** educação em saúde com foco no aconselhamento para a promoção de atitudes motivacionais e mudanças de comportamento, caminhada em grupo, materiais educativos, programa de treinamento com uso de pedômetro, AF em grupo, mensagens de texto, comunicação por e-mail, técnicas de modificação de comportamento com apoio dos pais.

(5) Abordagens comunitárias para promoção de alimentação saudável: 2 RS mostraram efeitos positivos de uma variedade de intervenções para os desfechos ingestão alimentar, efeitos de suplementos dietéticos e fitoterápicos, conhecimento nutricional e do estágio dietético de mudança, ingestão de leite líquido, consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em cálcio, comportamentos nutricionais específicos, hábitos de saúde, sedentarismo, medidas obtidas por meio de escalas para depressão, medidas bioquímicas/hematológicas e antropométricas, intensidade de engajamento da comunidade.

- **Intervenções de aconselhamento:** aconselhamento dietético e nutricional.
- **Intervenções educacionais:** programas de educação nutricional.

- **Intervenções para consumo de dieta tradicional:** retorno ao modo de vida tradicional e consumo de dieta tradicional, estratégias de educação e promoção nutricional.
- **Intervenções com suplementação de nutrientes:** suplementos de micronutrientes, suplementos de nutrientes líquidos.
- **Intervenções com participação do setor comercial:** com base na promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais, ambiente/política do estabelecimento comercial, fornecimento de alimentos saudáveis em comunidade remota, desconto no estabelecimento comercial.
- **Intervenções com subsídio para consumo de frutas e vegetais.**
- **Intervenções de múltiplos componentes:** retorno à dieta tradicional e intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou ambiente/política do estabelecimento comercial.
- **Intervenções de política de nutrição:** para aumentar a variedade de alimentos saudáveis nos estabelecimentos comerciais da comunidade, subsídio para frutas e vegetais frescos.

(6) Abordagens comunitárias para prevenção da violência e estímulo à cultura de paz: 1 RS mostrou resultados favoráveis de várias intervenções para redução de comportamento violento, incidência e prevalência de prisões por crimes violentos entre adolescente, incidência de brigas, reincidência de crimes violentos, condenação por crimes agressivos.

- **Intervenções de âmbito primário:** implementadas universalmente para prevenir o início da violência, por meio de programa para construção de habilidades e resolução de conflitos, currículo de desenvolvimento social.
- **Intervenções de âmbito secundário:** implementadas seletivamente com jovens com maior risco de violência, por meio de projeto de demonstração, intervenção precoce de base comunitária, programa terapêutico de cuidado infantil.
- **Intervenções de âmbito terciário:** com foco em jovens que já tinham praticado comportamento violento, por meio de programa para educar homens infratores pela primeira vez em crimes violentos e seus pais, programa para infratores juvenis com abuso e dependência de substâncias.

(7) Abordagens comunitárias para redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: 1 RS mostrou resultados positivos de intervenções quanto a taxas de acidentes com veículos motorizados.

- **Intervenções com múltiplos componentes:** mediante envolvimento e coordenação da comunidade combinada a redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades, estratégias de detecção e redução de danos mais estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas.

Essa síntese rápida não analisou estudos sobre implementação e equidade das intervenções relatadas em cada uma das opções.

As estratégias apresentadas nas opções podem ser implementadas de modo único ou combinado, de acordo com os contextos locais, levando-se em consideração os benefícios potenciais da grande variedade de intervenções estudadas, bem como as incertezas apontadas com relação a algumas intervenções e a própria qualidade metodológica das RS analisadas.

7. Referências

1. Brasil. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. [internet] 2006 [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html
2. Brasil. Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014. [internet] 2014. [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.] [internet] 2015. [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/12/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>
4. Dias EC (Coord.). Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. [internet] Belo Horizonte: UFMG, 2010 [acesso em: 01 out. 2020]. (Relatório técnico-científico). Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS_documento%20conceitual.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022. [internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em: 25 jun. 2021]; 160 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
6. Sícoti JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2003 [acesso em: 18 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>
7. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016; 5(1): 210.
8. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017: 358.
9. Haby MM, Clark R. Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências. *BIS* 2016;p.32-42.

10. Bandayrel K, Wong S. Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav.* 2011;43:251-262
11. Bock C, Jarczok MN, Litaker D. Community-based efforts to promote physical activity: a systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *J Sci Med Sport.* 2014 May;17(3):276-82.
12. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6;(7):CD001291. doi: 10.1002/14651858.CD001291.pub2. PMID: 21735383.
13. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Oct 31;2019(10):CD003698.
14. Costa EF, Guerra PH, Santos TI, Florindo AA. Systematic review of physical activity promotion by community health workers. *Prev Med.* 2015;81:114–21.
15. De Meester F, van Lenthe FJ, Spittaels H, Lien N, De Bourdeaudhuij I. Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:82.
16. Desveaux L, Beauchamp M, Goldstein R, Brooks D. Community-based exercise programs as a strategy to optimize function in chronic disease: a systematic review. *Med Care.* 2014 Mar;52(3):216-26
17. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Nov 17;11(11):CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289.pub6. PMID: 29148565; PMCID: PMC6486118.
18. Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005030
19. Gwynn J, Sim K, Searle T, Senior A, Lee A, Brimblecombe J. Effect of nutrition interventions on diet-related and health outcomes of Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(4):e025291.
20. Gyawali B, Bloch J, Vaidya A, Kallestrup P. Community-based interventions for prevention of Type 2 diabetes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Promot Int.* 2019 Dec 1;34(6):1218-1230
21. Hanlon P, Yeoman L, Gibson L, Esiovwa R, Williamson AE, Mair FS, et al. A systematic review of interventions by healthcare professionals to improve management of non-communicable diseases and communicable diseases requiring long-term care in adults who are homeless. *BMJ Open.* 2018;8(4):e020161.
22. Horne M, Tierney S, Henderson S, Wearden A, Skelton DA. A systematic review of interventions to increase physical activity among South Asian adults. *Public Health.* 2018;162:71–81.
23. Hou SI, Roberson K. A systematic review on US-based community health navigator (CHN) interventions for cancer screening promotion—comparing community- versus clinic-based navigator models. *J Cancer Educ.* 2015;30(1):173–86.

24. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180640.
25. Kane J, Landes M, Carroll C, Nolen A, Sodhi S. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Fam Pract*. 2017 Mar 23;18(1):46. doi: 10.1186/s12875-017-0613-5. PMID: 28330453; PMCID: PMC5363051.
26. Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C, et al. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD011479.
27. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR, Gitlin LN, Han HR. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2016 Apr;106(4):e3-e28.
28. Krishnaswami J, Martinson M, Wakimoto P, Anglemeyer A. Community-engaged interventions on diet, activity, and weight outcomes in U.S. schools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2012;43(1):81–91.
29. Liddell J, Burnette CE. Culturally-Informed Interventions for Substance Abuse Among Indigenous Youth in the United States: A Review. *J Evid Inf Soc Work*. 2017;14(5):329–59.
30. Limbos MA, Chan LS, Warf C, Schneir A, Iverson E, Shekelle P, et al. Effectiveness of interventions to prevent youth violence a systematic review. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):65–74.
31. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD008066.
32. Minichiello A, Lefkowitz AR, Firestone M, Smylie JK, Schwartz R. Effective strategies to reduce commercial tobacco use in Indigenous communities globally: A systematic review. *BMC Public Health*. 2016 Jan 11;16:21
33. Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2010 Sep-Oct;51(3-4):199-213. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.06.007. Epub 2010 Jun 17. PMID: 20600264.
34. Purcell-Khodr GC, Lee KSK, Conigrave JH, Webster E, Conigrave KM. What can primary care services do to help First Nations people with unhealthy alcohol use? A systematic review: Australia, New Zealand, USA and Canada. *Addict Sci Clin Pract*. 2020;15(1):31.
35. Rawal L, Sahle BW, Smith BJ, Kanda K, Owusu-Addo E, Renzaho AMN. Lifestyle interventions for type 2 diabetes management among migrants and ethnic minorities living in industrialized countries: a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open Diabetes Res Care [Internet]*. 2021 [citado 1o de janeiro de 4DC];9(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33879514/>
36. 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*. 2010;105(10):1729–38.
37. Saba M, Diep J, Saini B, Dhipayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2014;39(3):240-247.

38. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD006560.
39. Stelfox M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E26.
40. Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., ... Wolfenden, L. (2018). Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. doi:10.1111/add.14277
41. van der Deijl M, Etman A, Kamphuis CB, van Lenthe FJ. Participation levels of physical activity programs for community-dwelling older adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14:1301.
42. Vanderlip ER, Henwood BF, Hrouda DR, Meyer PS, Monroe-DeVita M, Studer LM, et al. Systematic Literature Review of General Health Care Interventions Within Programs of Assertive Community Treatment. *Psychiatr Serv*. 2017;68(3):218–24.
43. Whitehouse E, Lai J, Golub JE, Farley JE. A systematic review of the effectiveness of smoking cessation interventions among patients with tuberculosis. *Public Health Action*. 2018;8(2):37–49.
44. Williams NH, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Pract*. 2007;57(545):979–86.
45. Zulkipli SH, Ramli LF, Faisal ZAM, Tabassum B, Abdul Manaf R. Effectiveness of community health workers involvement in smoking cessation programme: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242691.
46. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Roberta Crevelário de Melo

Gerontóloga, pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologia em Saúde e especialista em Informática em Saúde.

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3707606192544178>

Bruna Carolina de Araújo

Fisioterapeuta, especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde e pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3259907478560577>

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

Obstetiz, especialista em Saúde Coletiva

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/0923884031059013>

Cézar Donizetti Luquine Júnior

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3424671335785060>

Fernando Meirinho Domene

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

Lais de Moura Milhomens

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/652379396477603>

Maritsa Carla de Bortoli

Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde

Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora Científica VI

Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília

<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20.

Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

https://www.dropbox.com/s/32fcsgwgvjm22o/16_Protocolo_Abordagens_Comunitarias_final.pdf

Apêndices

Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas

Data da busca: 17/05/2021

Tema	Base	Estratégia	Resultados
Alimentação saudável	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Diet, Healthy"[Mesh] OR (Healthy Diet) OR (Diets, Healthy) OR (Healthy Diets) OR (Healthy Eating) OR (Eating, Healthy) OR (Healthy Nutrition) OR (Nutrition, Healthy) OR (Prudent Diet) OR (Diet, Prudent) OR (Diets, Prudent) OR (Prudent Diets) OR (Healthy Eating Index) OR (Healthy Eating Indices) OR (Index, Healthy Eating) OR (Indices, Healthy Eating)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	94
	HSE	(feed* OR food OR nutrition) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	118
Prática corporal/atividade física	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Exercise"[Mesh] OR (Exercises) OR (Physical Activity) OR (Activities, Physical) OR (Activity, Physical) OR (Physical Activities) OR (Exercise, Physical) OR (Exercises, Physical) OR (Physical Exercise) OR (Physical Exercises) OR (Acute Exercise) OR (Acute Exercises) OR (Exercise, Acute) OR (Exercises, Acute) OR (Exercise, Isometric) OR (Exercises, Isometric) OR (Isometric Exercises) OR (Isometric Exercise) OR (Exercise, Aerobic) OR (Aerobic Exercise) OR (Aerobic Exercises) OR (Exercises, Aerobic) OR (Exercise Training) OR (Exercise Trainings) OR (Training, Exercise) OR (Trainings, Exercise) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	170
	HSE	(exercise) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	64
Prevenção e controle do tabagismo	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Smoking"[Mesh] OR (Smoking Behaviors) OR (Behavior, Smoking) OR (Behaviors, Smoking) OR (Smoking Behavior) OR (Smoking Habit) OR (Habit, Smoking) OR (Habits, Smoking) OR (Smoking Habits)) OR ("Tobacco Smoking"[Mesh] OR (Smoking, Tobacco))) OR ("Tobacco Use"[Mesh] OR (Tobacco Uses) OR (Tobacco Chewing) OR (Chewing, Tobacco) OR (Tobacco Consumption) OR (Consumption, Tobacco)))	103

Tema	Base	Estratégia	Resultados
		("Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR (Disorder, Tobacco Use) OR (Tobacco Use Disorders) OR (Tobacco-Use Disorder) OR (Disorder, Tobacco-Use) OR (Nicotine Addiction) OR (Tobacco Dependence) OR (Dependence, Tobacco) OR (Nicotine Dependence) OR (Dependence, Nicotine) OR (Nicotine Use Disorder) OR (Disorder, Nicotine Use) OR (Nicotine Use Disorders))) OR ("Smoking Prevention"[Mesh] OR (Prevention, Smoking) OR (Preventions, Smoking) OR (Smoking Preventions) OR (Anti-Smoking Campaign) OR (Anti Smoking Campaign) OR (Anti-Smoking Campaigns) OR (Campaign, Anti-Smoking) OR (Campaigns, Anti-Smoking) OR (Anti-Smoking Education) OR (Anti Smoking Education) OR (Anti-Smoking Educations) OR (Education, Anti-Smoking))) OR ("Smoking Cessation"[Mesh] OR (Cessation, Smoking) OR (Smoking Cessations) OR (Stopping Smoking) OR (Smoking, Stopping) OR (Giving Up Smoking) OR (Smoking, Giving Up) OR (Smokings, Giving Up) OR (Up Smoking, Giving) OR (Quitting Smoking) OR (Smoking, Quitting)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	
	HSE	(smok*) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	107
Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Alcoholism/prevention and control"[Mesh] OR (Alcohol Dependence) OR (Dependence, Alcohol) OR (Alcohol Addiction) OR (Addiction, Alcohol) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic) OR (Chronic Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic) OR (Alcohol Use Disorder) OR (Alcohol Use Disorders) OR (Use Disorders, Alcohol) OR (Alcohol Abuse) OR (Abuse, Alcohol) OR (Ethanol Abuse) OR (Abuse, Ethanol)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	95
	HSE	(alcohol OR substance) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	59
Redução da morbimortalidade em decorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Chronic Disease"[Mesh] OR (Chronic Diseases) OR (Disease, Chronic) OR (Diseases, Chronic) OR (Chronic Illness) OR (Chronic Illnesses) OR (Illness, Chronic) OR (Illnesses, Chronic) OR (Chronically Ill)) NOT ("Communicable Diseases"[Mesh] OR (Communicable Disease) OR (Disease, Communicable) OR (Diseases, Communicable) OR (Infectious	176

Tema	Base	Estratégia	Resultados
		Diseases) OR (Disease, Infectious) OR (Diseases, Infectious) OR (Infectious Disease)) OR ("Noncommunicable Diseases"[Mesh] OR (Noncommunicable Disease) OR (Non-infectious Diseases) OR (Non infectious Diseases) OR (Non-infectious Disease) OR (Non-communicable Diseases) OR (Disease, Non-communicable) OR (Non communicable Diseases) OR (Non-communicable Disease) OR (Noninfectious Diseases) OR (Noninfectious Disease) OR (Non-communicable Chronic Diseases) OR (Chronic Disease, Non-communicable) OR (Non communicable Chronic Diseases) OR (Non-communicable Chronic Disease))) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	
	HSE	(Non-infectious Disease) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	38
Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Accidents, Traffic"[Mesh] OR (Accident, Traffic) OR (Traffic Accident) OR (Traffic Accidents) OR (Traffic Collisions) OR (Collision, Traffic) OR (Collisions, Traffic) OR (Traffic Collision) OR (Traffic Crashes) OR (Crashes, Traffic)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	82
	HSE	(accidents, traffic) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	1
Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	Pubmed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Violence"[Mesh] OR (Atrocities) OR (Structural Violence) OR (Violence, Structural) OR (Assaultive Behavior) OR (Behavior, Assaultive)) OR ("Ethnic Violence"[Mesh] OR (Violence, Ethnic) OR (Ethnic War) OR (Ethnic Wars) OR (War, Ethnic) OR (Wars, Ethnic) OR (Ethnic Conflict) OR (Conflict, Ethnic) OR (Conflicts, Ethnic) OR (Ethnic Conflicts)) OR ("Workplace Violence"[Mesh] OR (Violence, Workplace) OR (Violences, Workplace) OR (Workplace Violences)) OR ("Domestic Violence"[Mesh] OR (Violence, Domestic) OR (Family Violence) OR (Violence, Family)) OR ("Gun Violence"[Mesh] OR (Violence, Gun)) OR ("Gender-Based Violence"[Mesh] OR (Gender Based Violence) OR (Violence, Gender-Based) OR (Dowry Death) OR (Death, Dowry) OR (Dowry Deaths)) OR ("Exposure to Violence"[Mesh] OR (Violence, Exposure to) OR (Violence Exposure) OR ("Intimate Partner Violence"[Mesh] OR (Partner Violence, Intimate) OR (Violence, Intimate	100

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Tema	Base	Estratégia	Resultados
		Partner) OR (Intimate Partner Abuse) OR (Abuse, Intimate Partner) OR (Partner Abuse, Intimate) OR (Dating Violence) OR (Violence, Dating) OR ("Sex Offenses"[Mesh] OR (Offense, Sex) OR (Offenses, Sex) OR (Sex Offense) OR (Sexual Violence) OR (Sexual Violences) OR (Violence, Sexual) OR (Violences, Sexual) OR (Sexual Abuse) OR (Abuse, Sexual) OR (Abuses, Sexual) OR (Sexual Abuses)) OR ("Physical Abuse"[Mesh] OR (Abuse, Physical) OR (Physical Violence) OR (Violence, Physical) OR (Physical Maltreatment) OR (Maltreatment, Physical)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	
	HSE	(Violence OR Peace OR "Peace culture") AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	131
Promoção do desenvolvimento sustentável	PubMed	('Health Promotion'[MeSH] OR (Health Campaigns) OR (Promotion of Health) OR (Promotional Items) OR (Wellness Programs) OR ("Sustainable Development"[Mesh] OR (Developments, Sustainable) OR (Smart Growth) OR (Sustainable Development Goals) OR (Development Goal, Sustainable) OR (Goal, Sustainable Development) OR (Sustainable Development Goal)) AND ('Primary Health Care'[MeSH] OR (Primary Care) OR (Primary Healthcare)) AND ('Intersectoral Collaboration'[MeSH] OR (Intersectoral Cooperation) OR 'Community Participation'[MeSH] OR (Community Action) OR (Community Involvement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR 'Social Participation'[MeSH] OR (Social Citizenship) OR (Social Engagement) OR (Consumer Involvement) OR (Consumer Participation) OR (Public Participation) OR (community approach)) AND (systematic[sb] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR Review, Systematic)	88
	HSE	(Sustainable Development) AND promotion AND (primary care) AND (intersectoral OR community OR participation) Type (Document features): Systematic Reviews of Effect	3
Total			1.429

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Estudo
Não foi possível extrair os dados
<p>1 Balk EM, Earley A, Raman G, Avendano EA, Pittas AG, Remington PL. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. <i>Ann Intern Med.</i> 2015;163(6):437–51.</p> <p>2 Chaudhary N, Kreiger N. Nutrition and physical activity interventions for low-income populations. <i>Can J Diet Pract Res.</i> 2007;68(4):201–6.</p> <p>3 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. <i>BMC Fam Pract.</i> 2012 Jun 1;13:49. doi: 10.1186/1471-2296-13-49. PMID: 22656188; PMCID: PMC3444864.</p>
Não é revisão sistemática
<p>4 Comino EJ, Davies GP, Krastev Y, Haas M, Christl B, Furler J, Raymont A, Harris MF. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2012 Nov 21;12:415.</p> <p>5 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. <i>Prev Med.</i> 2015;76:S94-104.</p> <p>6 Marshall K, Herbst J, Girod C, Annor F. Do interventions to prevent or stop abuse and neglect among older adults work? A systematic review of reviews. <i>J Elder Abuse Negl.</i> 2020;32(5):409–33.</p> <p>7 Pennant M, Davenport C, Bayliss S, Greenheld W, Marshall T, Hyde C. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. <i>Am J Epidemiol.</i> 2010 Sep 1;172(5):501-16.</p> <p>8 Williams DM, Matthews CE, Rutt C, Napolitano MA, Marcus BH. Interventions to increase walking behavior. <i>Medicine and Science in Sports and Exercise</i> 2008;40(7 Suppl):S567-S573</p>
Não aborda o problema
<p>9 Duraõ S, Visser ME, Ramokolo V, Oliveira JM, Schmidt BM, Balakrishna Y, et al. Community-level interventions for improving access to food in low- and middle-income countries. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2020;8:CD011504.</p> <p>10 Fanshawe TR, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lindson N. Competitions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2019;2(2):CD013272.</p> <p>11 Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparrini A, Faggiano F. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> 2013;(6):1-109</p> <p>12 Gonçalves-Bradley DC, J Maria AR, Ricci-Cabello I, Villanueva G, Fønhus MS, Glenton C, et al. Mobile technologies to support healthcare provider to healthcare provider communication and management of care. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2020;8(8):CD012927.</p> <p>13 Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now? <i>Social Science and Medicine</i> 2008;67(9):1343-55.</p>
Não aborda os desfechos
<p>14 Hoon Chuah FL, Srivastava A, Singh SR, Haldane V, Huat Koh GC, Seng CK, et al. Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: A systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. <i>Soc Sci Med.</i> 2018;213:106–22.</p> <p>15 Marcano Belisario JS, Bruggeling MN, Gunn LH, Brusamento S, Car J. Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> 2012;(12):1-75</p>

<p>16 Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, Mutrie N. Interventions to promote walking: Systematic review. <i>BMJ</i> 2007;334(7605):1204</p> <p>17 Rassekh B, Segaren N. Review of community empowerment strategies for health. In: Peters DH, El-Sahartry S, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M, editors. <i>Improving Health Service Delivery in Developing Countries: From Evidence to Action</i>. Washington, DC.: The World Bank; 2009. p. 127-172.</p> <p>18 van der Kleij R, Coster N, Verbiest M, van Assema P, Paulussen T, Reis R, et al. Implementation of intersectoral community approaches targeting childhood obesity: a systematic review. <i>Obes Rev</i>. 2015;16(6):454–72.</p> <p>19 Watkins K, Wood H, Schneider CR, Clifford R. Effectiveness of implementation strategies for clinical guidelines to community pharmacy: a systematic review. <i>Implement Sci</i>. 2015 Oct 29;10:151</p>
Não apresenta intervenções
<p>20 Bello AK, Qarni B, Samimi A, Okel J, Chatterley T, Okpechi IG, et al. Effectiveness of Multifaceted Care Approach on Adverse Clinical Outcomes in Nondiabetic CKD: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Kidney Int Rep</i>. 2017;2(4):617–25.</p>
Não apresentou resultados
<p>21 Priest N, Armstrong R, Doyle JL, Waters E. Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour change. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 2008;(3):1-18</p>
Atualização incluída (Carson-Chahhoud et al., 2019)
<p>22 Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2004;(1):CD003698.</p>
Publicação fornecida apenas para referência histórica
<p>23 Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr KN. Tobacco use: prevention, cessation, and control. <i>Evid Rep Technol Assess (Full Rep)</i>. 2006 Jun;(140):1-120. PMID: 17764211; PMCID: PMC4781119. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38122/?report=classic</p>
Texto completo indisponível
<p>24 Thomas H, Fitzpatrick-Lewis D, Rideout E, et al. What is the effectiveness of community-based/primary care interventions in reducing obesity among adults in the general population? <i>Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews</i>, 2008.</p>

Fonte: Elaboração própria.

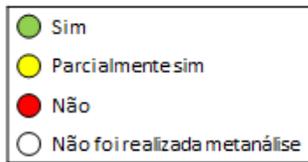
Apêndice 3. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas.

	PICO	Protocolo do estudo*	Crítérios de inclusão	Estratégia de busca abrangente*	Seleção em duplicata	Extração em duplicata	Lista de estudos excluídos com justificativa*	Descrição adequada dos estudos incluídos	Técnica adequada para avaliar o risco de viés dos estudos*	Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Métodos apropriados para a metanálise*	Risco de viés de cada estudo na metanálise	Risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados*	Heterogeneidade dos estudos incluídos	Viés de publicação*	Conflito de interesse	Total
Bandayrel; Wong, 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Bock et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Carson et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	B
Carson-Chahhoud et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	A
Costa et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
De Meester et al., 2009	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Desveaux et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Fanshawe et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	M
Gates et al., 2006	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	M
Gwynn et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Gyawali et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Hanlon et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	M
Horne et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Hou et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Jeet et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	M
Kane et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Kaner et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Kim et al., 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB

*domínios críticos para classificação; A: alta; B: baixa; CB: criticamente baixa; M: moderada.

Fonte: Elaboração própria.

(Continuação)



	PICO	Protocolo do estudo*	Crítérios de inclusão	Estratégia de busca abrangente*	Seleção em duplicata	Extração em duplicata	Lista de estudos excluídos com justificativa*	Descrição adequada dos estudos incluídos	Técnica adequada para avaliar o risco de viés dos estudos*	Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Métodos apropriados para a metanálise*	Risco de viés de cada estudo na metanálise	Risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados*	Heterogeneidade dos estudos incluídos	Viés de publicação*	Conflito de interesse	Total
Krishnaswami et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Liddell; Burnette, 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Limbos et al., 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Mastellos et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	B
Minichiello et al., 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Papadakis et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Purcell-Khodr et al., 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Rawal et al., 2021	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Roozen et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Saba et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Smith et al., 2021	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	A
Stellefson et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Stockings et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
van der Deijl et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Vanderlip et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Whitehouse et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Williams et al., 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB
Zulkipli et al., 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	○	○	CB

*domínios críticos para classificação; A: alta; B: baixa; CB: criticamente baixa.
 Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 4. Características gerais das revisões sistemáticas incluídas.

Acrônimos: ACS - agente comunitário de saúde; ACT - *assertive community treatment* (programas de tratamento comunitário assertivo); AF - atividade física; APS - atenção primária à saúde; CCM - *chronic care model*; CRAFT - *community reinforcement and family training* (reforço da comunidade e treinamento da família); DCNT - doenças crônicas não transmissíveis; DM2 - diabetes mellitus tipo 2; DNT- doenças não transmissíveis; DP - desvio padrão; ECC - ensaio clínico controlado; ECR - ensaio clínico randomizado; ECNR - ensaio clínico não randomizado; EUA - Estados Unidos da América; IMC - índice de massa corporal; LMIC - *low and middle-income countries* (países de baixa e média renda).

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
Bandayrel; Wong, 2011 (10)	2008	15 ECR	Canadá (n=3); Escócia (n=1); EUA (n=9); Holanda (n=1)	Acima de 55 anos	Em geral, os autores descobriram que intervenções abrangentes de aconselhamento nutricional envolvendo participação ativa no desenvolvimento de um plano de saúde personalizado, definição de metas e autoeficácia mostraram-se mais promissoras em afetar resultados positivos no estado nutricional ou resultados relacionados à nutrição em idosos residentes na comunidade adultos.	Não informado
Bock et al., 2014 (11)	2012	37 ECR 18 quase-experimental	Austrália (n=12); EUA (n=31); Europa (n=10); Ásia (n=2)	Média de 50,1 anos	As intervenções baseadas na comunidade parecem geralmente eficazes na promoção da AF. Embora o ambiente comunitário possa ser adequado para atingir uma grande população, a diversidade dentro das comunidades, entretanto, pode tornar difícil e potencialmente indesejável recrutar pessoas com características diferentes em um único programa de intervenção "tamanho único".	Declararam não possuir
Carson et al., 2011 (12)	2010	15 ECR 10 ECC	Austrália (n=3); EUA (n=17); Finlândia (n=1); Índia (n=1); Reino Unido (n=2)	Variou de 8-24 anos	Existem algumas evidências que apoiam a eficácia das intervenções comunitárias na redução do consumo de tabaco entre os jovens, mas as evidências não são fortes e contêm uma série de falhas metodológicas.	Declararam não possuir
Carson-Chahhoud	2019	7 ECR	Catar (n=1); EUA (n=1); Itália (n=1); Reino Unido (n=3)	Adultos	Farmacêuticos treinados para fornecer suporte comportamental para a cessação do tabagismo parecem ser eficazes no	Declararam não possuir

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
et al., 2019 (13)					apoio à cessação do tabagismo em comparação com nenhum suporte ou suporte de menor intensidade.	
Costa et al., 2015 (14)	2014	26 estudos (15 ECR, 8 estudos piloto)	Brasil (n=1); EUA (n=24); Inglaterra (n=1)	Adultos	A participação do ACS é recomendada em intervenções futuras centradas na promoção da AF conduzidas em diferentes países e aplicadas a amostras menos específicas do que as observadas na presente revisão.	Declararam não possuir
De Meester et al., 2009 (15)	2008	20 estudos sendo 10 de interesse (5 ECR, 3 EC, 2 pré-pós teste)	Bélgica (n=1); Espanha (n=1); França (n=1); Grécia (n=1); Holanda (n=1); Irlanda (n=2); Reino Unido (n=3)	Jovens abaixo de 19 anos	<p>1) As intervenções na escola geralmente levam a melhorias de curto prazo nos níveis de atividade física.</p> <p>(2) As melhorias nos níveis de atividade física por meio de intervenções na escola foram limitadas à atividade física relacionada à escola e não houve transferência conclusiva para a atividade física de lazer.</p> <p>(3) A inclusão dos pais pareceu melhorar as intervenções na escola.</p> <p>(4) O nível de atividade física dos alunos do ensino médio aumentou sob o apoio dos pais e a influência de mudanças ambientais diretas.</p> <p>(5) Evidências inconclusivas foram encontradas para a suposição de que uma abordagem de múltiplos componentes deve produzir resultados sinérgicos.</p> <p>(6) Quando as intervenções objetivam afetar mais de um comportamento de</p>	Declararam não possuir

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					saúde, a intervenção parece ser menos eficaz em favor da atividade física.	
Desveaux et al., 2014 (16)	2012	16 ECR	Austrália (n=1); Canadá (n=3); EUA (n=4); Nova Zelândia (n=1); Reino Unido (n=2); Taiwan (n=2)	Média de 69 ± 5 anos	Os resultados desta revisão sistemática apoiam que os programas de exercícios comunitários têm componentes semelhantes, independentemente da doença crônica. As evidências da metanálise sugerem que os Programas de exercícios comunitários parecem superiores ao tratamento padrão no que diz respeito à melhoria da capacidade funcional. Estudos maiores com mais categorias de diagnóstico e acompanhamento de longo prazo permitirão aos médicos avaliar se os ganhos são mantidos. Embora os programas sejam descritos separadamente para diferentes categorias de diagnóstico, muitos pacientes encaminhados para reabilitação baseada na comunidade terão várias doenças crônicas.	Declararam não possuir
Fanshawe et al., 2017 (17)	2017	41 ECR	Austrália (n=1); Canadá (n=1); Dinamarca (n=2); Espanha (n=3); EUA (n=28); Holanda (n=1); Reino Unido (n=1); Rússia (n=1); Suíça (n=1); Taiwan (n=1); Turquia (n=1)	Jovens abaixo de 20 anos	Há evidências limitadas de que o suporte comportamental ou a medicação para parar de fumar aumentam a proporção de jovens que param de fumar a longo prazo. Os resultados são mais promissores para intervenções comportamentais baseadas em grupo, mas as evidências permanecem limitadas para todos os tipos de intervenção.	Declararam não possuir
Gates et al., 2006 (18)	2004	17 ensaios (9 ECR em cluster e 8 ECR)	China (n=1); EUA (n=15); Reino Unido (n=1)	Variou de 5-29 anos	Há uma falta de evidências de eficácia das intervenções incluídas. Entrevistas motivacionais e algumas intervenções familiares podem ter algum benefício. A relação custo-eficácia ainda não foi	Jim McCambridge é o autor de um estudo incluído nesta revisão

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					abordada em nenhum estudo, e mais pesquisas são necessárias para determinar se alguma dessas intervenções pode ser recomendada.	
Gwynn et al., 2019 (19)	2017	26 estudos (12 estudos de coorte, 1 coorte com um estudo transversal repetido 'aninhado', 2 seccional transversal repetido, 2 séries temporais interrompidas, 4 séries de casos e um de cada uma pré - pós-estudo, 1 estudos de caso multisite, 1 estudo não randomizados controlado, 1 estudo randomizado controlado em cunha escalonada, 1 série temporal interrompida com um grupo de controle e 1 coorte 'aninhada')	Austrália e Ilhas do Estreito de Torres (n=26)	0-88 anos	A intervenção baseada em lojas com promoção da saúde comunitária em comunidades muito remotas, estratégias fiscais e programas de educação e promoção nutricional mostram-se promissores. Os estudos de intervenção dietética futuros devem ser avaliados rigorosamente, fornecer detalhes de implementação da intervenção, explorar a ampliação dos programas, incluir comunidades urbanas e considerar uma abordagem de estratégia e <i>multisetting</i> . O envolvimento forte da comunidade dos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres é essencial para uma pesquisa e avaliação de intervenção nutricional eficaz.	Declararam não possuir
Gyawali et al., 2019 (20)	2015	10 estudos (3 ECR, 2 ECNR e 5 Estudos pré e pós-intervenção)	África do Sul (n=2); Camarões (n=2); Costa Rica (n=1); Índia (n=3); Irã (n=1); Uganda (n=1)	Idade média variou de 35,8 anos	Esta revisão contribui para a compreensão das intervenções baseadas na comunidade para a prevenção do diabetes tipo 2 em LMIC, reconhecendo que a abordagem baseada na comunidade pode ser uma das abordagens eficazes para prevenção e controle do diabetes tipo 2. No entanto, a evidência existente é muito limitada para tirar uma conclusão sobre a eficácia das intervenções. Estudos futuros devem incluir estudos bem desenhados, incluindo amostras maiores e mais diversas, e desenhos controlados randomizados com grupos de controle adequados para fornecer evidências de alta qualidade sobre	Não informado

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					a eficácia das intervenções baseadas na comunidade. Além disso, as intervenções baseadas na comunidade precisam ser contextualizadas e culturalmente adaptadas à população-alvo.	
Hanlon et al., 2018 (21)	2016	11 estudos foram incluídos, sendo 3 de interesse (2 ECR, 1 quase-experimental)	EUA (n=2); Reino Unido (n=1)	Mediana variou de 41,3 (10,4) a 48,6 (10,8)	Ensaio de intervenções entregues por profissionais de saúde que visam as DCNT em pessoas sem-teto não mostram evidências convincentes da medida de desfecho primário para esta revisão - um impacto na utilização de saúde não programada. Apesar de sua alta prevalência e morbidade e mortalidade associadas, poucas evidências foram identificadas para informar o manejo de DNT específicas.	Declararam não possuir
Horne et al., 2018 (22)	2017	16 ECR	Não informado	Adultos com 18 anos ou mais	Esta revisão sistemática sugere ser efetivo fazer adaptações culturais às intervenções de AF.	A revisão foi financiada como parte de um projeto de pesquisa pelo NIHR Greater Manchester Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care, RCF_R9_MH.
Hou et al., 2015 (23)	2014	27 ECR, sendo 7 de base comunitária e com os desfechos desejados	EUA (n=7)	Não informado	No geral, independentemente do tipo de modelo, as ACS tinham funções e responsabilidades semelhantes, e as intervenções demonstravam resultados efetivos. A revisão identificou características das intervenções do ACS	Declararam não possuir

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					com atenção a diferentes configurações. As lições aprendidas têm implicação na disseminação e implementação das intervenções de ACS para a promoção do rastreamento do câncer em grupos de criação e destino.	
Jeet et al., 2017 (24)	2015	16 ECR	África do Sul (n=1); China (n=3); Costa Rica (n=1); Egito (n=1); Gana (n=1); Índia (n=3); Irã (n=2); México (n=1); Nigéria (n=1); Paquistão (n=1); Samoa Americana (n=1); Tailândia (n=1)	Não informado	As intervenções lideradas pelos agentes comunitários de saúde têm o potencial de fornecer intervenções primárias de prevenção da DCNT com sucesso, particularmente para o controle da hipertensão, com indicações menos fortes, mas promissoras, para diabetes e índice de massa corporal.	Declararam não possuir
Kane et al., 2017 (25)	Não informado	7 ECR	Camarões (n=1); Etiópia (n=1); Quênia (n=1); Nigéria (n=1); Tanzânia (n=1); Uganda (n=1)	Não informado	Modificar fatores de risco entre os pacientes existentes por meio de conselhos sobre dieta e estilo de vida foi um elemento comum das abordagens de saúde. As prioridades para o manejo da doença na atenção primária foram identificadas como: disponibilidade de ferramentas e medicamentos diagnósticos essenciais nas clínicas de atenção primária local e o uso de protocolos padronizados para diagnóstico, tratamento, monitoramento e encaminhamento para atendimento especializado.	Declararam não possuir
Kaner et al., 2017 (26)	2017	57 estudos	Alemanha (n=2); Austrália (n=2); Canadá (n=2); Dinamarca (n=1); EUA (n=31); Japão (n=1); Noruega (n=1); Nova Zelândia (n=3); Países Baixos (n=7); Reino Unido (n=2); Suécia (n=4); Suíça (n=1)	Adolescentes e adultos (15-67 anos de idade)	Há evidências de que as intervenções digitais podem reduzir o consumo de álcool, com uma redução média de até três bebidas padrão por semana em comparação com os participantes do controle. Evidências de baixa qualidade de menos estudos sugeriram que pode haver pouca ou nenhuma diferença no impacto	Eileen Kaner, Fiona Beyer e Colin Muirhead são autores de uma Revisão Cochrane relacionada (Kaner 2007).

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					no consumo de álcool entre intervenções digitais e presenciais.	<p>Fontes internas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newcastle University, Reino Unido. <p>Esta é a instituição anfitriã de alguns dos autores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bristol University, Reino Unido. <p>Esta é a instituição anfitriã de alguns dos autores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • University College London, Reino Unido. <p>Esta é a instituição anfitriã de alguns dos autores.</p> <p>Fontes externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde do NHS, Escola de Pesquisa em Saúde Pública, Reino Unido. <p>NIHR SPHR financiou salários e consumíveis para esta revisão sistemática.</p>
Kim et al., 2016 (27)	2014	61 estudos e 6 artigos complementares	EUA (n=63); Índia (n=2); Paquistão (n=1); Taiwan (n=1)	Variou de 32-71 anos	A revisão mostrou que os trabalhadores comunitários de saúde podem ser um modelo de intervenção eficaz e econômico	Este estudo foi apoiado, em parte, por uma bolsa do

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					para determinadas condições de saúde (por exemplo, pressão alta, diabetes) ou comportamentos (por exemplo, mamografia e uso de exames de Papanicolau) para comunidades de baixa renda, subserviências e minorias raciais e étnicas. Nossos achados apoiam o uso de trabalhadores comunitários de saúde como modelo de intervenção e sugerem também a necessidade de avaliações mais rigorosas e contínuas dessa abordagem para uma ampla gama de condições e populações.	Instituto Nacional de Câncer (R01CA129060). Recursos adicionais foram fornecidos pelo Center for Cardiovascular and Chronic Care and Center for Innovative Care in Aging na Johns Hopkins University School of Nursing.
Krishnaswami et al., 2012 (28)	2011	16 ECR	EUA (n=16)	Idade média de 10,7 anos	Esta revisão sistemática descobriu que as intervenções de prevenção da obesidade com maior parceria escola-comunidade alcançaram mais resultados relacionados ao peso, dieta e atividades em diversas populações em idade escolar nos EUA em comparação com intervenções com menos envolvimento da comunidade.	Nenhuma divulgação financeira foi relatada pelos autores deste artigo.
Liddell; Burnette, 2017 (29)	2016	14 ECR	EUA (n=14)	Idades entre 8-19 anos	Os resultados indicam integração variável de componentes culturais com a maioria das intervenções ocorrendo em escolas e centros de tratamento, visando principalmente indivíduos.	Não informado
Limbos et al., 2007 (30)	2006	9 ECR	Não informado	Variou de 12-17 anos	O aumento da eficácia foi relatado à medida que o nível de intervenção aumentou do primário para o terciário. As abordagens para avaliar as intervenções de prevenção precisam ser esclarecidas e padronizadas, no entanto, as intervenções mostraram eficácia na prevenção do comportamento violento juvenil.	Este estudo foi financiado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (contrato 290-02-0003)

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
Mastellos et al., 2014 (31)	2013	3 ECR	Canadá (n=1); EUA (n=2)	Variou entre 40-69 anos	O uso do modelo transteórico de mudança em combinação com dieta ou atividade física, ou ambos, e outras intervenções nos estudos incluídos forneceram evidências inconclusivas sobre o impacto dessas intervenções na perda de peso sustentável (diferença média em favor do modelo transteórico de mudança foi entre 2,1 kg e 0,2 kg aos 24 meses). No entanto, outros efeitos positivos foram observados, como mudanças na atividade física e hábitos alimentares que incluíram aumento da duração e frequência do exercício, redução do consumo de gordura e aumento do consumo de frutas e hortaliças.	Imperial College of London, Reino Unido e Departamento de Serviço Público, Governo de Brunei, Brunei Darussalam
Minichiello et al., 2016 (32)	2015	87 estudos; 16 estudos com desfecho de interesse e em APS	Austrália (n=24); Canadá (n=14); EUA (n=25); Fiji (n=1); Nova Zelândia (n=9); Taiwan (n=1)	Não informado	Uma abordagem abrangente que utiliza múltiplas atividades, os investimentos comunitários de longo prazo e a oferta de materiais e atividades de saúde culturalmente apropriados parecem ter uma influência importante na produção de mudanças desejadas.	O trabalho dos autores era independente dos financiadores
Papadakis et al., 2010 (33)	2009	37 ECR	Alemanha (n=2); Austrália (n=5); Canadá (n=1); Chile (n=1); Escócia (n=2); Espanha (n=1); EUA (n=19); Israel (n=1); Holanda (n=1); Reino Unido (n=4)	Maiores de 18 anos	Intervenções de multicomponentes melhoram os resultados do tabagismo nos ambientes de atenção primária.	Este trabalho foi financiado pela Ontario Tobacco Research Unit e pelo Canadian Institute of Health Research Programa de Treinamento Estratégico em Pesquisa do Tabaco e Intervenção da População na

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
						Prevenção de Doenças Crônicas
Purcell-Khodr et al., 2020 (34)	2020	28 estudos, sendo 3 estudos de interesse (2 pré-pós, 1 teste com quase-controles)	Austrália (n=2); EUA (n=1)	Não informado	As evidências de pesquisas sobre a melhor forma de cuidar dos povos das Primeiras Nações com uso não saudável de álcool são limitadas. São necessários mais estudos de eficácia em todo o escopo dos tratamentos com álcool. Uma maior participação da comunidade na pesquisa e um relato mais transparente disso nos métodos de estudo serão a chave para a produção de pesquisas de qualidade que combinem o rigor científico com a adequação cultural.	Declararam não possuir
Rawal et al., 2021 (35)	2019	17 estudos (14 ECR, 1 estudo prospectivo randomizados, 2 experimentais pré-teste-pós-teste)	Espanha (n=1); EUA (n=13); Holanda (n=1); Reino Unido (n= 2)	Idade média variou de 49,6-60 anos	As intervenções no estilo de vida usando trabalhadores comunitários de saúde ou companheiros de apoio ou uma combinação de ambos mostraram eficácia modesta para o tratamento do DM2 entre migrantes de diferentes origens e minorias étnicas. A base de evidências é promissora em termos de desenvolvimento de abordagens de intervenção culturalmente apropriadas, clinicamente sólidas e econômicas para responder ao crescente e diversificado migrante e minorias étnicas afetadas pelo diabetes em todo o mundo.	Declararam não possuir
Roozen et al., 2010 (36)	2008	4 ECR	Não informado	Variou de 19-81 anos	O CRAFT foi considerado superior no envolvimento de indivíduos que abusam de substâncias resistentes ao tratamento em comparação com os programas tradicionais.	Declararam não possuir
Saba et al., 2014 (37)	2013	3 ECR e 2 estudos controlados antes e depois	EUA; Reino Unido; Suécia *Não informado a quantidade por país	Variou de 38-54 anos	As intervenções conduzidas por farmacêuticos podem impactar significativamente as taxas de abstinência	Declararam não possuir

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					em fumantes. Os formuladores de políticas de saúde devem direcionar incentivos para que os farmacêuticos comunitários forneçam esses serviços.	
Smith et al., 2021 (38)	2015	17 ECR	Canadá (n=1); EUA (n=15); Reino Unido (n=1)	Média de idade variou de 40-68 anos	Esta revisão identificou as evidências emergentes para apoiar a política para a gestão de pessoas com multimorbidade e comorbidades comuns na atenção primária e em ambientes comunitários. Existem incertezas remanescentes sobre a eficácia das intervenções para pessoas com multimorbidade em geral, devido ao número relativamente pequeno de ensaios clínicos randomizados realizados nesta área até o momento, com resultados mistos em geral. É possível que as descobertas mudem com a inclusão de grandes estudos bem organizados em andamento em atualizações futuras. Os resultados sugerem uma melhora nos resultados de saúde se as intervenções puderem ser direcionadas a fatores de risco, como depressão em pessoas com comorbidade.	Declararam não possuir
Stellefson et al., 2013 (39)	2011	16 estudos, sendo 11 de interesse (5 ECR, 2 experimentos naturais, 2 estudos de coorte prospectivos, 1 estudo qualitativo e 1 estudo transversal)	EUA (n=11)	Idade entre 50-70 anos	O CCM está sendo usado para o tratamento do diabetes em ambientes de atenção primária nos Estados Unidos e resultados positivos foram relatados. Pesquisas futuras sobre integração de CCM em ambientes de cuidados primários para gerenciamento de diabetes devem medir indicadores de processo de diabetes, como autoeficácia para gerenciamento de doenças e tomada de decisão clínica.	Não informado

Abordagens comunitárias para promoção da saúde na APS

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
Stockings et al., 2018 (40)	2017	24 ensaios (13 ECR por cluster; 5 Quase-experimental; 3 Estudos antes-depois, 2 Estudos de linha de base múltipla)	África do Sul (n=1); Austrália (n=2); Canadá (n=1); China (n=1); EUA (n=13); Holanda (n=2); Islândia (n=1); Itália (n=1); Suécia (n=1); Sri Lanka (n=1)	Variou desde todas as idades (9-80 anos)	Os ensaios de intervenção em toda a comunidade existente ilustram a eficácia limitada na redução dos danos ao nível da população decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Existem algumas evidências que sugerem que tais intervenções podem ser benéficas na redução de vários resultados relacionados com álcool e outras drogas. No entanto, a maioria das evidências é limitada a amostras de jovens, e a força dessas descobertas é restrita por restrições metodológicas, que muitas vezes impedem o agrupamento de resultados. Devem ser feitos esforços para padronizar resultados e medidas, para atingir participantes de todas as idades (não apenas jovens) e para garantir que todos os dados sejam relatados por completo de acordo com as diretrizes de relatórios atuais. Estudos futuros podem considerar um foco maior em abordagens conhecidas por serem eficazes em nível populacional, incluindo regulamentações sobre a disponibilidade física de álcool, contra medidas para dirigir alcoolizado.	Declararam não possuir
van der Deijl et al., 2014 (41)	2013	16 estudos	Não informado	A idade média dos participantes variou entre 66-84 anos (média geral 73,8 ± 6,6 anos)	O cálculo dos níveis iniciais de participação de programas de atividade física voltados para melhorar os níveis de atividade física entre idosos residentes na comunidade é dificultado por altos níveis de amostragem de conveniência. A participação sustentada entre aqueles que começaram a participar de programas de atividade física é alta. Uma baixa média de idade dos participantes, altas proporções de	Declararam não possuir

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					mulheres participantes, curta duração do programa e um grupo pequeno provavelmente aumentam os níveis de participação sustentada. A fim de melhorar o impacto populacional dos programas de atividade física entre idosos residentes na comunidade, é necessário mais conhecimento sobre como os níveis de participação inicial e sustentada podem ser otimizados.	
Vanderlip et al., 2017 (42)	2015	10 estudos, sendo 4 de interesse (2 ECR, 2 coortes)	Não informado	Adultos	Até à data da revisão sistemática, não foi realizado um exame científico rigoroso do efeito da ACT na saúde geral das populações que serve. Dada a semelhança do ACT com os modelos emergentes de gestão médica de doenças crônicas, a abordagem parece ser um ajuste natural para melhorar os resultados médicos gerais de pessoas com doenças mentais graves. São necessárias mais pesquisas que investiguem o efeito atual das equipes ACT nos resultados médicos gerais, custos de tratamento e acesso aos cuidados.	Vanderlip relatou ter recebido apoio da Comunidade Telligen Iniciativas (concessão 2016-01-16). Os outros autores não relatam relações financeiras com interesses comerciais
Whitehous e et al., 2018 (43)	2017	14 estudos, sendo 3 de interesse (1 ECR, 1 ensaios clínicos randomizados de cluster, 1 estudo de coorte prospectiva)	Bangladesh (n=1); Índia (n=1); Indonésia (n=1)	Variou de <29 anos a >50 anos	Os membros da família podem ser importantes apoiadores / defensores da cessação. Pesquisas futuras devem padronizar as definições de tabagismo e cessação para permitir comparações entre os estudos.	Declararam não possuir
Williams et al., 2007 (44)	2007	18 estudos, sendo de interesse 6 ECR, 1 estudo controlado não randomizado, 4 estudos observacionais, 6 avaliações de processo	EUA (n=1); Reino Unido (n=19); Suécia (n=1)	Variou de 18-75 anos	Os esquemas de encaminhamento de exercícios têm um pequeno efeito no aumento da atividade física em pessoas sedentárias. O principal desafio, se futuros esquemas de referência de exercícios forem comissionados pelo sistema de	Nefyn H Williams e Clare Wilkinson fazem parte de uma equipe de pesquisa que foi financiada pelo

Autor, ano	Último ano de busca	Estudos primários com foco no PICO (nº tipo de estudo)	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Faixa etária nº de participantes	Conclusão	Conflito de interesses
					saúde, é aumentar a aceitação e melhorar a adesão, abordando as barreiras descritas nesses estudos.	Governo da Assembleia de Gales para avaliar a eficácia do Esquema de Referência de Exercício Nacional no País de Gales
Zulkipli et al., 2020 (45)	2019	5 estudos	Austrália (n=1); EUA (n=1); Hong Kong (n=1); Vietnã (n=1)	Não informado	Os ACS têm o potencial de fazer a ponte entre os prestadores de cuidados de saúde primários e as comunidades e, conseqüentemente, reduzir a lacuna, especialmente entre as populações de baixo nível socioeconômico, conforme recomendado pelos objetivos do desenvolvimento sustentável. Nossa revisão relatou resultados positivos no uso de uma combinação de ACS e cuidados usuais na cessação do tabagismo, em comparação com os cuidados usuais isoladamente, no entanto, as evidências são insuficientes e apresentam alta heterogeneidade.	Declararam não possuir

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5. Características dos elementos das opções

Apêndice 5.1 Características dos elementos da Opção 1

Acrônimos: ACS - agentes comunitários de saúde; APS - atenção primária à saúde; DCNT - doenças crônicas não transmissíveis; DM - diabetes mellitus; DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica; HAS - hipertensão arterial sistêmica.

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Desveaux et al., 2014 (16)	Programas de exercícios aeróbicos de resistência (caminhada em maioria) e de exercícios de fortalecimentos assistidos ou não por um profissional	Piscina pública, academia de ginástica, centro comunitários e na casa dos indivíduos	Instrutor treinado ou fisioterapeuta	Pacientes com doenças crônicas
Gyawali et al., 2019 (20)	Intervenção educativa, referente a intervenções onde os ACS orientam sobre a importância da medicação, dieta e exercícios para o controle da glicemia, além de assumir uma postura mais positiva na gestão da saúde	Centros de saúde comunitários, clínicas e hospitais periféricos de atenção primária à saúde	Promotores de saúde comunitária, Enfermeiras de cuidados primários de saúde	Pessoas com diabetes tipo 2 de países de baixa e média renda
	Intervenção comportamental, referindo-se a intervenções onde os ACS usam várias técnicas de definição de metas, automonitoramento, resolução de problemas e negociação de metas para modificar fatores adversos do estilo de vida, como atividade física e dieta	Centros comunitários com localização central e ambiente ocupacional selecionado	Nutricionistas locais, médico, técnico de laboratório, nutricionista, assistente social e ajudante	
	Intervenções multicomponentes, referindo-se a intervenções que usam estratégias múltiplas, incluindo estratégias educacionais, comportamentais, psicossociais, motivacionais e / ou de provisão de apoio (1. Mensagens de educação para a saúde cultural e linguisticamente apropriadas; 2. Aulas de educação nutricional; 3. Programa de atenção primária à saúde; 4. Educação em saúde sobre diabetes por meio de reuniões em grupo, encontro pessoal e telefonemas; 5. Sessões de educação em saúde por telefone ou no ambulatório)	Comunidade, centros de saúde médica, multicêntrico, ambientes fora do hospital e clínicas rurais de diabetes	Graduados locais, agentes comunitários de saúde, Voluntários de saúde comunitária, enfermeiras comunitárias, apoiadores de pares,	
Hanlon et al., 2018 (21)	Visitas semanais incluindo avaliação de saúde, educação, encaminhamento e apoio social	Comunidade	Diretor médico, enfermeiro, assistente médico e assistente social	Residentes em instalações de habitação transitória com HAS, doenças cardiovasculares, a condições metabólicas, outras

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
				(incluído fígado, pulmonar, musculoesquelético, sistema nervoso central, sistema cardiovascular, endócrino, pele, patologia gastrointestinal e hematológica)
	Breve avaliação de saúde conduzida por enfermeira com entrevista motivacional; Orientação guiada para instalações clínicas com introdução à equipe; Orientação clínica em combinação com a avaliação de saúde física	Serviços de cuidados primários	Enfermeira	Indivíduos em situação de rua asma, DPOC, hepatite, cirrose, diabetes, e artrite
Hou et al., 2015 (23)	Intervenções do navegador de saúde comunitário - <i>community health navigator</i> (programas de base comunitária)	Áreas rurais ou urbanas, programas de serviço comunitário, igrejas locais ou instituições acadêmicas que trabalham com conselhos consultivos comunitários	Trabalhadores / navegadores / conselheiros comunitários de saúde	Grupos minoritários raciais / étnicos específicos, incluindo grupos étnicos asiáticos, latinos, afro-americanos e nativos Americanos
Jeet et al., 2017 (24)	Cuidados prestados por ACS liderados pela educação em saúde/promoção da saúde (conselhos de modificação do estilo de vida)	Comunidade, aldeias, bibliotecas, salão comunitário, centros de Saúde e clínicas comunitárias	Agentes comunitários de saúde	População geral, pacientes com alto risco de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, tabagismo e doença renal
Kane et al., 2017 (25)	Protocolo de atenção a DM; serviços de saúde após teste de triagem positivo para hipertensão; triagem comunitária; triagem domiciliar; Teste POC (<i>point-of-care</i>) para rastreamento de DCNT junto com campanha de teste de HIV; educação baseada em capacitação sobre DM; pacote de gerenciamento de risco de doenças cardiovasculares da OMS; pacote de cuidados para hipertensão/DM/asma na APS	Cuidado prestado exclusivamente em ambiente rural, exclusivamente na atenção primária urbana dos serviços e ambientes urbanos e rurais	Não informado	Pacientes com diabetes <i>mellitus</i> , hipertensão, asma, doenças cardiovasculares
Kim et al., 2016 (27)	Intervenção multifacetada projetada para mulheres afro-americanas (quatro sessões mensais de aconselhamento)		Profissionais de saúde de base comunitária (ACS)	Pacientes com asma, idosos residentes na comunidade

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	lideradas pelo ACS, culturalmente sob medida e envio de uma mensagem postal adaptada às barreiras do participante)	Ambulatórios, locais comunitários e comunidades rurais ou outras comunidades urbanas		com duas ou mais doenças crônicas, pacientes com depressão, pacientes com esquizofrenia, idosos obesos, pacientes com hipertensão, pacientes com diabetes
	Intervenção gradual: cartas de lembrete do diretor do MCO - <i>managed care organization</i> (organização de atendimento gerenciado) e um atendimento pelo médico de APS seguido de aconselhamento com o ACS, ou intervenção simples: cartas de lembrete do diretor do MCO			
	Intervenção AMIGAS (<i>Ayudando a las Mujeres con Informacion, Guia, y Amor para su Salud</i>) usando vídeo mais flip chart, apenas vídeo ou apenas <i>flip chart</i>			
	Aconselhamento semanal fornecido pelo ACS e manutenção de consultas			
	Programa de educação e gestão da diabetes adaptado culturalmente comparado a cuidados médicos habituais			
	Rastreamento computadorizado com aconselhamento e assistência à navegação por mais de ≥ 6 meses			
	Visitas domiciliar: visita domiciliar usando um boletim informativo personalizado; visitas domiciliares com uma sessão de reforço usando fita de vídeo adaptada culturalmente e materiais educacionais impressos; visita domiciliar usando DVD e panfleto seguida por telefonema 1 mês após a visita domiciliar; visitas domiciliares individualizadas mais duas ligações telefônicas e quatro cartões postais			
	Grupos: grupo de alto risco - reunião semanal do grupo liderada pelo gerente de caso da enfermeira com assistência do ACS durante 12 meses, Grupo de risco moderado-			

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	<p>reunião mensal com ACS, Grupo de menor risco- visita a cada 3 meses; sessões de grupo para perda de peso e aconselhamento individual com um nutricionista por 6 meses a cuidado usual; visita inicial ao domicílio seguida de apoio do ACS ao longo de 12 meses</p> <hr/> <p>Educativas: Dois workshops educacionais; grupo educacional liderado pelo ACS (aconselhamento individual com assistência de navegação e apoio social); Intervenções multiprofissional (Um telefonema de 30 a 40 minutos de um profissional de saúde mais aconselhamento do ACS durante 6 meses); intervenção fornecida pelo ACS (mensagens individualizadas e discussões proativas usando um folheto de autoajuda ou folheto de autoajuda sobre câncer colorretal)</p> <hr/> <p>Intervenção espiritual (duas sessões educacionais em grupo de 1 a 2 horas realizada por ACS - começando com uma oração e terminando com uma sessão de perguntas e respostas)</p>			
Krishnaswami et al., 2012 (28)	Programa de nutrição para crianças (<i>Cambridge e Stanford GEMS - Girls Health Enrichment Multi-Site Studies</i>), uma abordagem coordenada para a saúde infantil, e um desafio alimentar e de exercícios	Escolas	Professores ou funcionários, funcionários / administradores distritais, grupos comunitários, residentes de bairros, universidades ou funcionários de saúde pública, pais, alunos e formuladores de políticas	Grupos afro-americanos, hispânicos, nativos americanos, rurais, urbanos e de baixa renda
Mastellos et al., 2014 (31)	Intervenção dietética ou intervenções de atividade física, ou ambas, e outras intervenções baseadas nos estágios de mudança do modelo transteórico (estrutura teórica ou diretriz na concepção de estratégias de modificação do estilo de vida)	Clínicas de atenção primária, centros de saúde e residência	Profissionais de saúde, incluindo conselheiros de perda de peso, nutricionistas e conselheiros	Adultos com sobrepeso e obesos

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Rawal et al., 2021 (35)	Intervenções de estilo de vida ou de intervenção comportamental realizadas por ACS (realização de sessões educacionais em grupo ou individual)	Unidades de saúde e comunidade	ACS treinados	Migrantes e minorias étnicas com diabetes tipo 2
	Intervenções de estilo de vida ou de intervenção comportamental realizadas por apoiadores de pares (realização de programas de autogerenciamento de doenças crônicas)		Apoiadores de pares treinados	
	Intervenções combinadas de estilo de vida ou de intervenção comportamental realizadas por trabalhadores comunitários de saúde e apoiadores de pares (programa de autogerenciamento + sessões educacionais)		Trabalhadores comunitários de saúde treinados, apoiadores de pares treinados	
Smith et al., 2021 (38)	Mudança na organização da assistência prestada (gerenciamento de casos e coordenação de cuidados ou o aprimoramento da combinação de habilidades em equipes multidisciplinares, além da prestação de cuidados ao paciente)	Cuidados primários ou ambientes comunitários	Equipes multidisciplinares	Pessoas com multimorbidade (depressão e hipertensão; depressão e diabetes e / ou doença cardíaca; depressão e dor de cabeça; diabetes e hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica e síndrome do intestino irritável)
	Intervenções orientadas para o paciente (intervenções do tipo de apoio educacional ou de autogestão entregues diretamente aos participantes)		Profissionais da saúde envolvidos ou não diretamente no acompanhamento de saúde do paciente	
Stellefson et al., 2013 (39)	Chronic Care Model (CCM) fornece aos pacientes habilidades de autogerenciamento e sistemas de rastreamento. O modelo representa uma abordagem abrangente para reestruturar a assistência médica por meio de parcerias entre sistemas de saúde e comunidades.	Cuidados primários afiliados a acadêmicos e centros de saúde comunitários	Educador em diabetes certificado, enfermeiros, médicos da APS	Diabéticos ou pessoas com comorbidades (DM, HAS, colesterol alto)
Vanderlip et al., 2017 (42)	Programas de tratamento comunitário assertivo (ACT - <i>assertive community treatment</i>); ACT + habitação de apoio	Serviços de cuidados primários	ACS	Indivíduos com transtorno mental grave, sendo em situação de rua ou não

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.2 Características dos elementos da Opção 2

Acrônimos: ACS - agentes comunitários de saúde; UBS - unidade básica de saúde.

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Carson et al., 2011 (12)	Ações educativas de prevenção do tabaco	Escola e comunidade	Professores e líderes comunitários	Pais e filhos
Carson-Chahhoud et al., 2019 (13)	Intervenções comportamentais intensivas para cessação do tabagismo fornecidas por farmácia comunitária	Farmácias	Farmacêuticos	Farmacêuticos
Fanshawe et al., 2017 (17)	Aconselhamento em grupo Aconselhamento individual, Métodos de entrega mistos, de uso do computador ou de mensagens Intervenções farmacológicas (terapia de reposição de nicotina e bupropiona)	Lugares comunitários e UBS	Profissionais de saúde	Fumantes
Minichiello et al., 2016 (32)	Seminário de educação preventiva com duração de seis horas Currículo “pense inteligente” (<i>think smart</i>) em escola de comunidades rurais/remotas Intervenção online para prevenção do tabagismo (programa de site educacional, com imagens e histórias culturalmente apropriadas) Programas de base comunitária (educação escolar e comunitária e patrocínio de eventos culturais ou esportivos) Projeto de ação do tabaco (<i>Tobacco Action Project</i>) e Projeto indígena do tabaco (<i>Northern Queensland Indigenous Tobacco Project</i>) Programa de educação escolar e comunitária	Comunidades indígenas	Pesquisadores indígenas, profissionais de saúde ou membros da comunidade	Grupos indígenas

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	<p>Projeto de ação do tabaco e atividades clínicas de cessação, incluindo terapia de redução de nicotina, aconselhamento individual</p> <hr/> <p>Intervenções de habilidades mais ações na comunidade (programa de educação culturalmente adequado e distribuição de recursos na comunidade), e intervenção de desenvolvimento de habilidades (programa de educação culturalmente relevante)</p> <hr/> <p>Mudança legislativa por meio de aumento de 25% no preço do tabaco comercial</p>			<p>Jovens nativos americanos</p> <hr/> <p>Residentes da comunidade</p>
<p>Papadakis et al., 2010 (33)</p>	<p>Triagem ou rastreamento de fumantes</p> <hr/> <p>Aconselhamento adjunto a consultas</p> <hr/> <p>Inclusão do tabagismo ao "selo de sinal vital" em registros médicos (conjunto padrão de dados do paciente coletados em cada consulta clínica)</p> <hr/> <p>Lembrete de lista de verificação</p> <hr/> <p>Avisos de prontuários eletrônicos (mensagens eletrônicas)</p> <hr/> <p>Detalhamento acadêmico (apoio no desenvolvimento de um plano de melhoria da qualidade, apoio para facilitar mudanças na prática, feedback e monitoramento durante a implementação de mudanças na prática)</p> <hr/> <p>Aumento da duração da consulta médica (prolongamento de cada consulta em 3 minutos para abordar comportamentos de saúde, incluindo tabagismo)</p> <hr/> <p>Incentivo financeiro aos médicos</p>	<p>Clínicas de atenção primária</p>	<p>Conselheiro não médico</p>	<p>Pacientes tabagistas</p>

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	<p>Intervenções de múltiplos componentes (aconselhamento sobre tabagismo + sessões de treinamento sobre parar de fumar + treinamento físico e incentivos financeiros)</p> <hr/> <p>Intervenção com materiais impressos de autoajuda, personalizados com base no perfil pessoal de fumo</p> <hr/> <p>Auditoria e feedback aos profissionais sobre o desempenho na aplicação de tratamentos para parar de fumar</p> <hr/> <p>Treinamento médico na aplicação de tratamentos para parar de fumar</p> <hr/> <p>Incentivos do provedor sobre a abstinência de fumar e incentivo financeiro aos médicos</p>			
Saba et al., 2014 (37)	Intervenções realizadas por farmacêuticos comunitários	Farmácia comunitária	Farmacêuticos comunitários treinados sobre estratégias contra tabagismo	Fumantes
Whitehouse et al., 2018 (43)	<p>Conselho dado especificamente por não médicos, incluindo um membro da família treinado</p> <hr/> <p>Voluntários da comunidade treinados sobre conselhos breves para abandono do tabagismo e aconselhamento de acompanhamento semanal ou bimestral na comunidade</p> <hr/> <p>Cuidados com base na comunidade</p> <hr/> <p>Cuidados com base na comunidade para membros da família</p>	Centros de tuberculose	Profissionais de saúde que trabalham com tuberculose, voluntários da comunidade, ACS	Pacientes com tuberculose
Zulkipli et al., 2020 (45)	Intervenção comportamental ou combinação de intervenção comportamental e tratamento farmacológico com envolvimento de ACS	Comunidade e departamento de emergência	ACS treinados	Fumantes

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.3 Características dos elementos da Opção 3

Acrônimos: ACS - agentes comunitários de saúde; AF - atividade física; DM - diabetes mellitus.

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Gates et al., 2006 (18)	Intervenção breve ou entrevista motivacional de sessão única	Clínicas de atenção primária e faculdades de ensino	Não informado	Adolescentes em risco de uso de substâncias e estudantes
	Intervenção com foco em famílias	Centro de avaliação juvenil, clínicas, escolas, casas e comunidade	Não informado	Pais, filhos ou famílias
	Programa de fortalecimentos das famílias (<i>Iowa Strengthening Families Program - ISFP</i>)			
	Preparando-se para os anos sem drogas (<i>Preparing for the Drug Free Years - PDFY</i>)			
	Intervenção projetada para melhorar o funcionamento familiar ou habilidades parentais			
	Programas de educação e treinamento de habilidades para jovens (Workshops de risco e resiliência, 5 sessões durante 2,5 semanas, com facilitador. Conteúdo: Riscos envolvidos em álcool, tabaco, uso de drogas e comportamento sexual de risco; promoção de sete hábitos de pessoas eficazes; <i>Positive Adolescent Life Skills - PALS</i>).	Salas de aula locais da Cruz Vermelha ou não informado	Facilitador, adultos qualificados e pares	Mulheres jovens, mulheres jovens de alto risco, jovens mulheres mexicano-americanas
Kaner et al., 2017 (26)	Intervenções com tecnologia digital (com base na web, mensagens de texto de telefone celular, aplicativos de smartphone, redes sociais ou tecnologias autônomas com base em computador como o CD-ROM)	Atenção primária à saúde (incluindo serviços de emergência e serviços comunitários de obstetrícia), assistência social, educacional, locais de trabalho ou internet (dispositivos móveis)	Clínicos gerais, enfermeiros ou outros profissionais de saúde generalistas	Pessoas residentes na comunidade cujo consumo de álcool tinha sido rastreado como perigoso ou prejudicial
Liddell; Burnette, 2017 (29)	Projeto Sombra (<i>The Shadow Project</i>) - modelo de intervenção aprimorado pela família, culturalmente responsivo, com o objetivo de reduzir o abuso de substâncias entre jovens indígenas)	Residências e escolas indígenas	Membros da comunidade, professores indígenas, curandeiros, profissionais de saúde	Jovens indígenas

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	<p>Projeto Cura da Canoa (<i>Healing of the Canoe project</i>) - intervenção de habilidades sociais culturalmente fundamentada que usa a metáfora da viagem de canoa para promover uma identidade tribal positiva e reduzir o abuso de substâncias</p>			
	<p>Intervenção do Círculo de Fala (<i>Talking Circle Intervention</i>) - programa de prevenção do abuso de substâncias em grupo com base na escola</p>			
	<p>Intervenção de <i>Photovoice</i> - técnica de pesquisa participativa com base na comunidade (grupos focais para desenvolver e discutir estratégias de prevenção às drogas e valores culturais)</p>			
	<p>Programa de Despertar das Pessoas (<i>People Awakening Program</i>) - modelo indígena de proteção e recuperação natural do abuso de álcool e drogas (programa comunitário de prevenção do suicídio e do abuso de álcool)</p>			
	<p>Programa de sétima geração (<i>Seventh Generation Program</i>) - incorpora abordagens de prevenção convencionais com valores culturais indígenas e visa reduzir o uso de álcool entre os jovens</p>			
	<p>Abordagem de habilidades de competência bicultural em programa de prevenção do uso álcool para jovens indígenas urbanos (combina técnicas cognitivas e comportamentais, com elementos culturalmente informados)</p>			
	<p>Vivendo em 2 mundos (<i>Living in 2 Worlds</i>) - aula de enriquecimento acadêmico que visa reduzir o abuso de substâncias entre jovens indígenas por meio do aumento de ferramentas de recusa de drogas (quatro estratégias de resistência às drogas, recusar, explicar, evitar e sair</p>			

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Purcell-Khodr et al., 2020 (34)	Programa Vozes Nativas (<i>Native Voices program</i>) - desenvolvimento de competências individuais e de empoderamento da comunidade, para além dos valores indígenas como pertencimento, interdependência e generosidade ao longo dos 4 dias de evento			
	Círculo de Fala (<i>Cherokee Talking Circle</i>) - currículo escolar de prevenção de drogas			
	Evento comunitário realizado por programas de serviços juvenis do <i>Native American Health Center de Oakland</i> para prevenção de HIV/Aids e abuso de substâncias para jovens indígenas urbanos (intervenções centradas nos valores nativos tradicionais com foco no empoderamento dos jovens, treinamento de liderança, atividades de prevenção, atividades culturais tradicionais, educação para o bem-estar e habilidades para a vida)			
	Terapia comportamental dialética com práticas culturais nativas tradicionais e espirituais (com foco em mindfulness visando comportamentos prejudiciais, sendo adaptado para uso entre adolescentes indígenas; intervenção modificada para incluir cerimônias de suor, rodas de conversa e caminhadas, além de reuniões com um curandeiro)			
	Programa de treinamento de habilidades para a vida (<i>Life Skills Training Program</i>)			
Programa <i>Ho'ouana Pono</i> (currículo de prevenção às drogas com base em sala de aula, visando melhorar as habilidades de resistência às drogas da juventude indígena havaiana rural)				
	Estratégia culturalmente adaptada de MICRA - <i>Motivational Interviewing and Community Reinforcement Approach</i>	Atenção Primária à Saúde	Não informado	Aborígenes

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	<p>(Entrevista motivacional e abordagem de reforço comunitário)</p> <hr/> <p>Treinamento terapêutico de conselheiros</p> <hr/> <p>Intervenção multidisciplinar de álcool, incluindo Terapia cognitiva-comportamental associada ao apoio sociocultural e farmacoterapia (naltrexona)</p>			
<p>Roizen et al., 2010 (36)</p>	<p>Programa Reforço da Comunidade e Treinamento da Família (<i>CRAFT - Community Reinforcement and Family Training</i>) pacote de tratamento rigoroso projetado especificamente para envolver usuários de substâncias resistentes no tratamento, trabalhando com seus parceiros íntimos, familiares e amigos próximos</p> <hr/> <p>Intervenção do <i>Johnson Institute</i> (programa que promove um papel ativo de pessoas próximas ao paciente)</p> <hr/> <p>Intervenções com <i>Al-Anon/Nar-Anon</i> (alcoólicos anônimos/narcóticos anônimos)</p>	<p>Não informado</p>	<p>Não informado</p>	<p>Pessoas Significativas Preocupadas (parceiros íntimos, familiares e amigos próximos) com indivíduos com transtornos por uso de substâncias</p>
<p>Stockings et al., 2018 (40)</p>	<p>Estratégia de redução da demanda/desejo de beber e estratégias com base em habilidades (fornecimento de material educacional; implementação de um currículo escolar; e inclusão de treinamento dos pais; treinamento no local de trabalho)</p> <hr/> <p>Estratégias de detecção e redução de danos (triagem e intervenção de álcool ou teste de sangue para vírus transmitidos pelo sangue relacionados com injeção; aplicação da lei, presença em festas, aplicação de menores em leis de posse, aplicação de vendas de álcool para menores e aumento de testes de drogas aleatórios na estrada em momentos problemáticos)</p>	<p>Comunidade, escola e local de trabalho</p> <hr/> <p>Escolas ou serviços de saúde e comunitários</p>	<p>Não informado</p>	<p>Pais de/ou pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas</p> <hr/> <p>Comunidade, pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas</p>

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade	Eventos comunitários ou atividades extracurriculares (por exemplo, produções teatrais locais sem álcool, atividades esportivas)	Mídia de massa	Pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas
	Estratégias de redução de oferta/acesso a bebidas (treinamento de serviço responsável de bebidas que consistia em ajudar servidores e varejistas de bebidas alcoólicas a fazer cumprir as leis de vendas de bebidas alcoólicas e serviço a pessoas embriagadas; alterações legislativas e políticas sobre onde o álcool pode ser comprado, servidos e consumidos)	Comunidade	Não informado	Comunidade, pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.4 Características dos elementos da Opção 4

Acrônimos: ACS - agentes comunitários de saúde; AF - atividade física; DM - diabetes mellitus.

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Bock et al., 2014 (11)	Aconselhamento face a face, sessões de grupo e intervenções mediadas por correio Intervenções de exercícios Lista de exercícios por correio e por telefone Campanhas públicas	Academia, ambientes comunitários	Profissional de saúde	População
Costa et al., 2015 (14)	Intervenção para caminhada Intervenções com propósito de aumentar AF (educação em saúde, com foco no aconselhamento para a promoção de atitudes motivacionais e mudanças de comportamento - reuniões em grupo ou individuais)	Não informado	ACS *Foram feitas sessões de treinamento antes da execução das intervenções	Pacientes
De Meester et al., 2009 (15)	Programa de educação para a saúde (palestras semanais em sala de aula para aumentar o conhecimento dos alunos, educação para a saúde integrada às outras disciplinas escolares, aulas com auxílio de computador para promover a interação e entretenimento dos alunos, informações sobre atividades esportivas e uma palestra de 3 minutos sobre AF e saúde em cada Aula de educação física durante 1 ano, 2 vezes por semana) Programa Desligue, torne-se ativo (<i>Switch off-get active</i>) que combinou uma abordagem educacional individual, incluindo técnicas simples de modificação de comportamento com apoio dos pais	Escola Escola	Professores *Os professores receberam orientação por meio de seminários e material didático Professores	Alunos de educação primária Alunos do ensino médio e pais
	Intervenção de AF com base na comunidade indígena	Comunidades sul asiáticas	Profissionais de educação física	

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Horne et al., 2018 (22)	<p>Programas de dança culturalmente adaptados</p> <hr/> <p>Programa de dança culturalmente adaptado ou programa de exercícios padrão</p> <hr/> <p>Estratégias comportamentais fundamentadas em evidências e princípios de pesquisa participativa com base na comunidade (participação da comunidade para desenvolver a intervenção de exercícios)</p> <hr/> <p>Abordagem participativa/colaborativa com base na teoria social cognitiva</p> <hr/> <p>Programa fundamentado nos princípios da pesquisa participativa com base na comunidade para melhorar o controle da diabetes</p> <hr/> <p>Serviço de mensagens de texto como lembrete da prática de AF</p> <hr/> <p>Abordagem com base na comunidade (20 minutos de AF em grupo durante 8 das 12 sessões conduzidas por um facilitador, associado a mensagens de texto e comunicação por e-mail para participar de sessões, e pedômetros fornecidos para aumentar a motivação)</p>			Pessoas com DM ou fatores de risco para DM, mães imigrantes com fatores de risco para DM
van der Deijl et al., 2014 (41)	Programas de AF (Caminhada em grupo; Programas com atividades multicomponentes como combinação de educação ou materiais educativos; Programa de treinamento com uso de pedômetro ou diferentes programas de exercícios)	Casa, ambiente comunitário, ou combinado	Não informado	Idosos
Williams et al., 2007 (44)	Esquemas de exercícios iniciados na atenção primária (aulas de exercícios, caminhada, programas de exercícios	Academia de ginástica, centros de lazer, igrejas ou centros comunitários	Médico de referência de exercício, educador físico, consultor de educação física	Adultos sedentários com fator de risco cardiovascular

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
	supervisionados, com ou sem fornecimento de material educativo)			

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.5 Características dos elementos da Opção 5

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Bandayrel; Wong, 2011 (10)	<p>Aconselhamento dietético ou aconselhamento nutricional (Programa de nutrição para aumentar a ingestão de FLV; palestras didáticas sobre alimentação saudável, gerenciamento de estresse, dieta e nutrição; distribuição de materiais informativos sobre promoção de saúde)</p> <hr/> <p>Programas de educação nutricional didática</p> <hr/> <p>Suplementos de micronutrientes contendo 800 µg de ácido fólico</p> <hr/> <p>Suplementos de nutrientes líquidos (Latas de 2-235 mL de uma fórmula comercial)</p> <hr/> <p>Suplemento nutricional (multivitamínico e mineral)</p>	Ambientes comunitários	Profissional de saúde	Idosos
Gwynn et al., 2019 (19)	<p>Programas de promoção e educação nutricional com o objetivo principal de melhorar a nutrição e incluindo um componente de programa de 'estilo de vida saudável'</p> <hr/> <p>Retorno à dieta tradicional</p> <hr/> <p>Estratégias de educação e promoção nutricional e de retorno à dieta tradicional</p> <hr/> <p>Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais</p> <hr/> <p>Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou ambiente/política do estabelecimento comercial</p> <hr/> <p>Apoio de gerente de estabelecimento comercial ao fornecimento de alimentos saudáveis em comunidade</p>	Comunidades aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres de áreas classificadas como 'muito remotas', comunidades de áreas classificadas apenas como 'internas' e / ou externas e outras localizações geográficas	Profissionais locais de promoção da saúde; cuidadores; médicos; conselheiros comunitários, profissionais de saúde e membros da comunidade; funcionários da escola e profissionais de saúde	Aborígenes australianos e habitantes das ilhas do Estreito de Torres

remota (um estudo); desconto de 20% no estabelecimento comercial

Subsídio para frutas e vegetais

Retorno à dieta tradicional e intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou ambiente/política do estabelecimento comercial

Política de nutrição (Política de nutrição da ALPA - *ArnhemLand Progress Association* - para aumentar a variedade de alimentos saudáveis nas lojas da comunidade, fornecendo opções mais saudáveis, empregando "bons profissionais da alimentação" na loja e subsidiando frutas e vegetais frescos)

Intervenções de educação e promoção nutricional e Intervenções com base em promoção simultânea de saúde na comunidade por estabelecimentos comerciais ou no meio ambiente/política do estabelecimento

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.6 Características dos elementos da Opção 6

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Limbos et al., 2007 (30)	<p>Programa Respondendo de maneira pacífica e positiva - 7ª série (<i>Responding in Peaceful and Positive Ways—7th grade - RIPP-7</i>) para construção de habilidades e resolução de conflitos</p> <hr/> <p>Projeto de demonstração Movendo-se para a oportunidade (<i>Moving to Opportunity - MTO</i>), um experimento para estudar os efeitos sobre o crime juvenil de realocar famílias de bairros de alta para baixa pobreza</p> <hr/> <p>Programa de intervenção precoce de base comunitária para a prevenção do abuso de substâncias e comportamento delinquente</p> <hr/> <p>Programa terapêutico de cuidado infantil (<i>Childhaven's therapeutic child-care program</i>)</p> <hr/> <p>Programa ponto de virada: repensando a violência (<i>Turning Point: Rethinking Violence - TPRV</i>) - para educar homens infratores pela primeira vez em crimes violentos e seus pais</p> <hr/> <p>Terapia multissistêmica (<i>Multisystemic therapy - MST</i>) - programa para infratores juvenis com abuso e dependência de substâncias</p>	Escolas, ambientes comunitários e instalações	Não informado	Jovens e estudantes com algum risco de comportamento violento

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 5.7 Características dos elementos da Opção 7

Autor, ano	Intervenção	Local	Quem entrega	Para quem
Stockings et al., 2018 (40)	Estratégias de envolvimento e coordenação da comunidade	Eventos comunitários ou atividades extracurriculares (por exemplo, produções teatrais locais sem álcool, atividades esportivas)	Mídia de massa	Pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas
	Redução da demanda e estratégias com base em habilidades (fornecimento de material educacional; implementação de um currículo escolar; e inclusão de treinamento dos pais; treinamento no local de trabalho)	Comunidade, escola, local de trabalho	Não informado	Pais de/ou pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas
	Estratégias de detecção e redução de danos (triagem e intervenção de álcool ou teste de sangue para vírus transmitidos pelo sangue relacionados com injeção; aplicação da lei, presença em festas, aplicação de menores em leis de posse, aplicação de vendas de álcool para menores e aumento de testes de drogas aleatórios na estrada em momentos problemáticos)	Escolas ou serviços de saúde e comunitários	Não informado	Comunidade, pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas
	Estratégias de redução de oferta (treinamento de serviço responsável de bebidas que consistia em ajudar servidores e varejistas de bebidas alcoólicas a fazer cumprir as leis de vendas de bebidas alcoólicas e serviço a pessoas embriagadas; alterações legislativas e políticas sobre onde o álcool pode ser comprado, servidos e consumidos)	Comunidade	Não informado	Comunidade, pessoas sob uso abusivo de álcool e outras drogas

Fonte: Elaboração própria.