MINISTÉRIO DA SAÚDE

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS
PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

REDUZINDO O USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS
PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

REDUZINDO O USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2023

2023 Ministério da Saúde.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia
Coordenação Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde
Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6248
Site: www.saude.gov.br
E-mail: coevi@saude.gov.br

Elaboração:
Ana Paula Soares Gondim (UFC/CE)
Biatriz Bezerra Castelo Cardoso Cruz (UFC/CE) Felipe Moreira de Paiva (UFC/CE)
Ingrid Ramanna Felix dos Santos (UFC/CE) Jamile Carneiro Dourado (UFC/CE)
José Ricardo Rangel Santos Júnior (UFC/CE) Nívia Tavares Pessoa (UFC/CE)

Revisão técnica e de mérito:
Cecília Menezes Farinasso (Nev/Coevi/Decit/MS)

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3ª andar, sala 356-A
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão textual: Tamires Felipe Alcântara e Tatiane Souza
Design editorial: Marcos Melquíades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.
Síntese de evidências para políticas de saúde : reduzindo o uso indiscriminado de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.
102 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_reduzindo_medicamentos_criancas.pdf
ISBN 978-65-5993-471-3

1. Medicamentos. 2. Transtornos mentais. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título.

CDU 615.1:616.89

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0269

Título para indexação:
Synthesis of evidence for health policies: reducing the indiscriminate use of drugs in children and adolescents with mental disorders

SUMÁRIO

MENSAGENS-CHAVE 8

O problema 8

Opções para enfrentar o problema 8

Considerações gerais acerca das opções propostas 10

CONTEXTO E ANTECEDENTES 11

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA 18

Estudos populacionais sobre a taxa de prevalência dos transtornos mentais infantis e juvenis 21

Classificação dos transtornos mentais em crianças e adolescentes 22

Fenômeno da medicalização e uso indiscriminado de psicotrópicos na infância e na adolescência 23

Ações desenvolvidas nos centros atenção psicossociais infantojuvenis 24

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA 26

Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para crianças e adolescentes 28

Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais infantojuvenis 31

Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil 36

Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação 39

Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil 42

Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade 44

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES 45

REFERÊNCIAS 49

APÊNDICES 58

Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para criança e adolescente 59

Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para criança e adolescente 62

Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil 72

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação 80

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil 86

Apêndice F – Bases de dados e estratégias utilizadas para levantar opções para políticas 87

Apêndice G – Fluxograma do processo de seleção dos artigos 99

Apêndice H – Artigos excluídos após leitura do texto completo 100

Síntese de evidências para políticas

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo o uso indiscriminado de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Incluindo

- Descrição de um problema do sistema de saúde.
- Opções viáveis para resolver este problema.
- Estratégias para a implementação dessas opções.

Não incluindo

Recomendações. Esta síntese não faz recomendações sobre qual opção política escolher.

Para quem esta síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por esta síntese de evidências.

Para que esta síntese de evidências foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas e os programas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas[1]) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e os programas de saúde.

Objetivos desta síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

- Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde.
- Subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções.
- Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos.
- Apoiar o monitoramento e a avaliação de resultados das opções.

[1] Revisão sistemática: resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

Resumo Informativo

As evidências apresentadas nesta síntese também podem estar no Resumo Informativo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet) visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e na implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e na implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove, ainda, o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, na gestão dos serviços e sistemas de saúde, na formulação de políticas públicas e na cooperação técnica entre os países participantes. No Brasil, são parceiros da EVIPNet: o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

Laboratório interdisciplinar de saúde coletiva, farmácia social e saúde mental infantojuvenil – Universidade Federal do Ceará

O Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (Lisfarme) é um grupo de pesquisa cadastrado junto ao CNPq, no campo da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC), que apresenta seis linhas de pesquisa: 1) Antropologia farmacêutica e epidemiologia; 2) Desenvolvimento de abordagens metodológicas e de análises para dados estruturados e não estruturados em saúde coletiva, farmácia social e saúde mental infantojuvenil; 3) Formas de cuidar, abordagens teóricas e processos nos serviços da Atenção Primária à Saúde; 4) Geoprocessamento em saúde e farmácia social; 5) Práticas de promoção da saúde no campo da saúde mental infantojuvenil; 6) Processo ensino-aprendizagem em farmácia social e saúde mental. O grupo integra professores/pesquisadores, técnicos e estudantes de pós-graduação (lato sensu e stricto sensu) e de graduação do curso de farmácia e áreas afins. O Lisfarme desenvolve Estudos de Utilização de Medicamentos em crianças e adolescentes que fazem uso de psicofármacos, desde a escolha dos medicamentos, via de administração, doses empregadas, indicações e frequência de utilização; ou quanto ao

padrão de consumo dos medicamentos psicofármacos, como a polifarmácia, a correlação entre indicação e diagnóstico e os benefícios significativos para a população atendida na rede pública de saúde (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – Caps-i e Atenção Primária à Saúde – APS). O grupo participa ativamente do projeto de extensão intitulado "Centro de Assistência Farmacêutica e Saúde Mental para o Desenvolvimento de Habilidades e Competências", fundamenta-se no campo da assistência farmacêutica na rede de saúde mental infantojuvenil no município de Fortaleza e, também, colabora e desenvolve parcerias com outros grupos de pesquisa, como o Grupo de Pesquisa em Melhores Medicamentos para Crianças (MeMeCri), criado em 2010, na UFC, e que tem o objetivo de desenvolver a área de medicamentos pediátricos no Brasil.

Financiamento

Esta síntese de evidências é produto do projeto contemplado pela segunda "Chamada Pública de Apoio a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da EVIPNet", publicada em 2017 e financiada com recursos oriundos de Termo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, na elaboração e na divulgação dos resultados desta síntese.

Revisão do mérito desta síntese de evidências

Esta síntese de evidências foi revisada por investigadores, gestores e partes interessadas externas na busca de rigor científico e relevância para o sistema de saúde.

Agradecimentos

À Célula de Saúde Mental e Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, pela parceria e pelo apoio nesses e em outros projetos desenvolvidos nos Centros de Atenção Psicossocial e na Atenção Primária à Saúde.

Aos trabalhadores, aos gestores e, principalmente, aos pais/cuidadores e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza por suas valorosas contribuições que permitem continuar acreditando que é possível construir um SUS melhor.

Nossos agradecimentos ao bibliotecário Wánderson Cássio Oliveira Araújo, da Biblioteca de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, pelo apoio na obtenção de alguns artigos na íntegra.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: reduzindo o uso indiscriminado de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais. Brasília, DF: MS, 2022. 102 p.

MENSAGENS-CHAVE

O problema

As práticas de promoção, prevenção e controle da atenção psicossocial não estão disponíveis nem disseminadas de forma adequada no sistema de saúde, para lidar com crianças e adolescentes com transtornos mentais, o que faz com que se reduza o tratamento apenas ao uso de medicamentos como único recurso terapêutico disponível.

O fenômeno da medicalização da infância no campo da saúde mental fundamenta essa proposta de síntese, com o objetivo de identificar opções para melhoria, implementação e disseminação de práticas de atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A adoção de estratégias para melhoria, implementação e disseminação de práticas de atenção psicossocial a crianças e adolescentes podem reduzir o uso indiscriminado e precoce de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais. Essas estratégias podem acontecer em todo o sistema de saúde, que incluem: 1) estudos populacionais sobre a taxa de prevalência dos transtornos mentais e do uso de abordagens terapêuticas, incluindo as farmacológicas e não farmacológicas, em crianças e adolescentes com os quais o sistema de saúde deve lidar; 2) programas, serviços e tratamentos custo-efetivos que o sistema de saúde deve prover para satisfazer as necessidades dos pacientes e dos cidadãos; 3) mecanismos do sistema de saúde que determinam o acesso e o uso de programas, serviços e tratamentos custo-efetivos; 4) grau atual de implementação das políticas existentes e guias de prática clínica.

Opções para enfrentar o problema

As buscas por opções para abordar diretamente o problema relacionado à medicalização da infância no campo da saúde mental foram realizadas com foco em ações de promoção e prevenção das abordagens terapêuticas (medicamentosas e não medicamentosas) para tratamento dos transtornos mentais, com a compreensão de que, dentro do contexto infantojuvenil, essas opções contribuem para a melhoria das práticas de atenção psicossocial. Devido à complexidade do campo da saúde mental infantojuvenil, como os aspectos relacionados aos determinantes sociais em saúde, fatores de risco e proteção associados aos transtornos mentais, optou-se por não realizar buscas para outras doenças ou transtornos. Também não foram encontrados estudos que tratassem

da problemática da medicalização de adultos na saúde mental e que apresentassem melhoria, implementação e disseminação de práticas de atenção psicossocial.

Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para criança e adolescente

Os programas de intervenção precoce dizem respeito essencialmente aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças e dos adolescentes (DUNST, BRUDER, 2002). Inclui, assim, atividades e oportunidades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança; e, ainda, serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias promovam o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que elas tenham um papel ativo nesse processo. Essa opção inclui os seguintes componentes: intervenção psicossocial precoce em visita domiciliar; criação de oportunidades de empoderamento dos pais; método mãe canguru; intervenção precoce de terapia ocupacional; programas de saúde e de desenvolvimento infantil, entre outros.

Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais infantojuvenis

Os programas de intervenção psicossocial referem-se a uma variedade de estratégias comportamentais e educacionais. As comportamentais referem-se a diversos tipos de terapias psicossociais envolvendo ou não a família, a escola e a comunidade, de forma individual ou coletiva. As educacionais referem-se ao fornecimento de informações ou a capacitação das crianças, dos adolescentes, dos pais e dos cuidadores com relação à doença e a seu tratamento. As orientações verbais, escritas ou não verbais podem ser oferecidas por meio de sessões únicas ou múltiplas, consultas clínicas ou visitas domiciliares.

Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil

Os programas voltados para educação na atenção psicossocial infantil e juvenil representam estratégias ligadas ao processo pelo qual a educação consegue dar apoio à atenção psicossocial à criança e ao adolescente. As estratégias incluídas nessa opção foram: recursos multimídia, terapias individuais e em grupo e programas que podem trabalhar cada um desses aspectos específicos para determinados transtornos mentais infantis e juvenis.

Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação

As ações de integração da família, saúde e educação objetivam a articulação e a organização de atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e

resolver problemas relacionados aos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Essas ações consideram que as escolas podem assumir um papel fundamental na disseminação de informações de saúde no meio familiar e comunitário no sentido de produzir uma nova cultura em relação ao tratamento dos transtornos mentais.

Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil

As estratégias utilizadas para promover o uso adequado de medicamentos psicotrópicos envolvem, entre outras iniciativas, a promoção da prescrição racional, a realização de ações centradas no provimento de informação adequada sobre a utilização de medicamentos e o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade. As intervenções relacionadas à promoção do uso de medicamentos para a saúde mental referem-se a diversas estratégias que envolvem: adoção de protocolos/diretrizes baseados em evidência; monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos; promoção de iniciativas de treinamento para profissionais de saúde e usuários sobre avaliação crítica de evidência e uso apropriado de medicamentos psicotrópicos; prescrição apropriada de medicamentos para transtornos mentais.

Considerações gerais acerca das opções propostas

A implementação das opções propostas deve levar em consideração o contexto dessas implementações, incluindo as condições socioeconômicas e culturais das famílias, crianças e adolescentes com transtornos mentais, bem como as habilidades, as atitudes e o conhecimentos dos profissionais envolvidos diretamente nas intervenções, e a disponibilidade de estrutura nos serviços, notadamente: recursos humanos e financeiros. A implementação das opções deve levar em consideração que a criança e o adolescente com transtorno mental têm como referência o atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (Caps-i) em detrimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e, nesse sentido, pode haver dificuldade do vínculo da criança, do adolescente e da sua família com os trabalhadores da saúde. Outro ponto importante a ser considerado é a necessidade de adaptação das intervenções em diferentes grupos, considerando principalmente os diferentes estágios do desenvolvimento infantojuvenil. A ampliação e a capacitação das equipes da área da saúde e da educação são imprescindíveis para as opções propostas. Na implementação das opções também se deve considerar que os trabalhadores da saúde que atuam na APS devem estar capacitados e devem desenvolver estratégias para lidar de forma preventiva com os problemas relacionados com a saúde mental infantojuvenil.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

Com o amparo do movimento internacional de defesa de direitos, que gerou profunda mudança nas concepções sobre a criança e o adolescente nas sociedades contemporâneas, com vistas a reconstruir agendas e ações dirigidas a eles, mesmo que tardia, a inserção da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública no Brasil e no notório processo da reforma psiquiátrica (COUTO; DELGADO, 2015), o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010, ratificou a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, por meio da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e intersetorial, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei n.° 10.216, de 6 de abril de 2001, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da política pública de saúde mental no Sistema Único de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL-INTERSETORIAL, 2010; BRASIL, 2002a). Antes, é preciso destacar que a ação político-assistencial se deu pela criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, em 2004, que teve sua implantação concretizada graças ao esforço de representantes de diferentes setores, do âmbito governamental e não governamental, garantindo fortalecer o importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, com o propósito de consolidar as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais.

Em conformidade com essa ratificação, o Relatório da II Conferência Municipal Saúde Mental – Intersetorial de Fortaleza, em 2010, estabelece também criar uma política de saúde mental da criança e do adolescente, enfatizando prevenção e atuação familiar e comunitária, em harmonia com a legislação já existente, como o ECA (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL-INTERSETORIAL DE FORTALEZA, 2010). Quase uma década dessas proposições indica o compromisso assumido pelo município com os órgãos de gestão pública e comunidade, para a melhoria da qualidade de vida e assistência à saúde mental infantil e juvenil de Fortaleza. O Caps-i foi criado com a publicação da Portaria n.º 224, 29 de janeiro de 1992, tendo definidas suas atividades pela Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 1992, 2002b). Esse serviço integra a rede de atenção de saúde mental do SUS, com a missão de disponibilizar um atendimento à criança e ao adolescente que sofre de transtorno mental severo e persistente, por meio

de tratamento intensivo (diário), semi-intensivo (frequente) ou não intensivo (eventual). Esse serviço oferece atendimento individual ou em grupo, favorecendo a integração da pessoa na sua comunidade, a inserção na família e na sociedade (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis constituem a primeira ação concreta oriunda da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da saúde mental da criança e do adolescente (COUTO; DELGADO, 2015). Os Caps-i são a principal estratégia para responder à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que, até então, estavam fora do sistema formal de saúde mental. Sua proposta fundamenta-se na intersetorialidade para o cuidado de crianças e adolescentes, mas a complexidade de sua operacionalização permanece como tarefa a ser efetivamente realizada (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Passados mais de 15 anos, esse "projeto ambicioso" tem indicado potência no desenvolvimento das ações de cuidado nas localidades onde foi implantado, esforçando-se para responder com efetividade às demandas complexas da saúde mental de crianças e jovens, inscrevendo a família como parceira do cuidado e desenvolvendo práticas inovadoras baseadas na interdisciplinaridade e na articulação dos recursos comunitários e intersetoriais (COUTO; DELGADO, 2015).

Até 2013 foram implantados, no País, 183 Caps-i, e dois em Fortaleza. Em 2003, realizou-se um levantamento para verificar os atendimentos registrados no primeiro ano de funcionamento dos primeiros Caps-i habilitados e se esses atendiam os problemas mentais graves para os quais foram planejados. Nesse levantamento, 32 Caps-i foram habilitados e distribuídos em sete estados, sendo um em São Paulo (Sorocaba), três em Minas Gerais (Contagem, Uberaba e Uberlândia), dois no estado do Paraná (Cambé e Londrina) e um em Mato Grosso (Cuiabá), que atenderam um contingente de 1.456 pessoas, a maioria do sexo masculino e com média 11,1 anos (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Os estudos sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes realizados nos serviços de saúde mental (como exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis) apresentam distinções entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2005; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008). Os transtornos mentais identificados nesse tipo de serviço destacam: transtornos do desenvolvimento intelectual e comunicação; espectro do autismo; *deficit* de atenção e hiperatividade; *deficit* de aprendizagem específica, motores, de conduta, de controle do impulso e disrupção; esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; além dos transtornos de ansiedade (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), o tratamento de transtornos mentais implica a adoção de três componentes fundamentais: farmacoterapia (uso de medicamentos psicotrópicos); psicoterapia; e reabilitação psicossocial de uma forma clinicamente significativa e integrada (CARVALHO, 2014).

Contudo, vários estudos têm apontado a predominância, quase que exclusiva, da adoção de manejos terapêuticos iminentemente farmacológicos nos serviços de saúde mental, o que tem contribuído para o aumento do consumo de psicofármacos, o uso irracional de medicamentos e a "medicalização" da infância (DE ARAUJO FIORE, 2005; DINIZ, 2008; KAMERS, 2013; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013; SANCHES; AMARANTE, 2014; SILVA; LIMA, 2017).

Estudos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis de Fortaleza também têm demonstrado que a abordagem terapêutica de maior impacto nesses serviços está centrada no tratamento com psicotrópicos e no atendimento prioritariamente médico, denotando uma hegemonia do modelo biomédico no SUS (CARVALHO, 2012; MACIEL *et al.*, 2013; GONDIM; MACIEL; MONTEIRO, 2017). Sendo assim, a elaboração de uma síntese de evidências sobre a questão da medicalização de crianças e adolescentes com transtornos mentais poderá apoiar a formulação de políticas informadas por evidências nessa área.

Conceitos-Chave

Abordagens terapêuticas do transtorno mental na infância e na adolescência: devem ser fundamentadas em uma clínica de atenção psicossocial como a "clínica ampliada", territorializada, inter e transdisciplinar, voltada para o sujeito e para seu contexto sociocultural. Essas abordagens devem ser constituídas por atividades multi e interdisciplinares, com a participação de educadores, profissionais de saúde e familiares, realizando desde o tratamento medicamentoso individualizado até o tratamento não medicamentoso e coletivo (ZANIANI; LUZIO, 2014).

Modo de atenção psicossocial: é uma nova forma de operar a assistência em saúde mental que necessariamente utiliza novos parâmetros, rompendo com os saberes e as práticas até então instituídos. Devem ser consideradas quatro dimensões essenciais. A primeira diz respeito à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, considerando: a determinação psíquica e sociocultural dos problemas e não orgânica; os conflitos e as contradições como constitutivos do sujeito; o tratamento da demanda, não dos sintomas; a clínica da

escuta e da criação. A segunda fala de uma dada concepção de organização das relações intrainstitucionais, demarcando a necessidade de uma horizontalização das relações, implicando a participação da população, dos usuários, da equipe multiprofissional no processo de tomada de decisão, assegurando uma forma de autogestão e cogestão do trabalho. A terceira toca na concepção das relações da instituição e de seus agentes com a clientela e com a população em geral, defende a porosidade institucional e a interlocução com diferentes setores e atores sociais, propiciando a unicidade de responsabilidade sobre o território. Finalmente, a quarta aborda a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos, a recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social; a implicação subjetiva e sociocultural como forma de singularização dos cuidados e da possibilidade de abrir-se para uma dimensão do saber que transcende o técnico-científico (COSTA-ROSA, 2000).

Medicalização: processo no qual problemas que não eram considerados de ordem médica passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos, o que significa dizer que um problema foi definido em termos médicos, por meio do uso da linguagem médica, da adoção de explicações médicas e de um tratamento para a condição (CONRAD, 1992).

Saúde mental: definida de forma variada por estudiosos de diferentes culturas; assim, concepções sobre saúde mental incluem bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e autorrealização do potencial intelectual e emocional, entre outros. Em uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental diante de sua abrangência. No entanto, geralmente é aceitável que a saúde mental seja mais ampla que a falta de transtornos mentais. O avanço da neurociência e da medicina do comportamento nos permite conhecer a base fisiológica do funcionamento mental, que está vinculado ao funcionamento físico e aos aspectos orgânicos dos indivíduos. Além destes, fatores psicossociais, como pobreza, sexo, idade, vivência de conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais, impactam a saúde mental e determinam a taxa de prevalência, o início e a evolução dos transtornos mentais (WHO, 2005). A saúde mental se mostra como um fenômeno psicossocial e, como tal, deve ser cuidada. As pessoas com transtornos mentais têm necessidades clínicas, comunitárias, familiares e de reabilitação, as quais devem ser observadas e propiciadas como parte integrante de seu tratamento (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010).

Transtorno: o termo "transtorno" é empregado para evitar os problemas ainda maiores e inerentes ao uso de termos como "enfermidade" e "doença". "Transtorno" não é um termo exato, mas é empregado "para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental" (WHO, 2005).

Transtorno mental: denomina-se uma série de elementos, tais como aspectos orgânicos, sociais, culturais, sexuais, econômicos etc., todos inter-relacionados e em interação, não restritos apenas à concepção do sofrimento psíquico como doença localizado no corpo, mas à existência-sofrimento. O transtorno mental apresenta dimensão ampla, que inclui os aspectos sociais, relacionais e biológicos; a história do desenvolvimento do indivíduo e a cultura em que ele se inscreve (JORGE, 2014). Pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como deficiência intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Os transtornos de personalidade são considerados como parte do espectro dos transtornos mentais em um nível clínico, conforme mostra sua inclusão em sistemas classificatórios, como a Classificação Internacional da Doença (CID) e o *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) (WHO, 2005).

Tratamento medicamentoso: baseado no uso de psicotrópicos, segundo o consenso clínico, e em evidências empíricas adaptadas às melhores práticas e experiências clínicas (RIBEIRO, 2007).

Tratamento não medicamentoso: trabalha com as intervenções socioeducativas, consistindo em grupos terapêuticos, orientação familiar e terapia familiar. Tais intervenções são uma forma de trabalhar a humanização do tratamento, desenvolvendo a autonomia, a corresponsabilidade, o protagonismo entre os envolvidos, a solidariedade entre os vínculos estabelecidos, o respeito aos direitos dos usuários e a participação coletiva na gestão do tratamento. Em alguns casos, é necessária a adoção do tratamento medicamentoso imediato, embora sejam recomendadas, como primeira escolha, técnicas psicoterapêuticas para o tratamento de transtornos mentais na infância (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008; VITIELLO, 2012).

Uso racional de medicamentos: significa que os pacientes recebem o medicamento adequado às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes com base em seus requisitos individuais, durante um período adequado e ao menor custo possível para eles e a comunidade (WHO, 2002).

Antecedentes da síntese de evidências:

Esta síntese de evidências para formulação de políticas mobiliza evidências de investigação tanto em nível global como local acerca de estratégias de melhoria, implementação e disseminação de práticas de atenção a crianças e adolescentes com transtorno mental e apresenta cinco opções para abordar o problema e as considerações fundamentais sobre sua implementação.

A preparação da síntese de evidências inclui cinco passos:

1. Elaboração da síntese de evidências surge de um convite da Célula de Saúde Mental do município de Fortaleza para colaborar na construção de trabalhos técnico-científicos, como a construção do protocolo do transtorno do *deficit* de atenção e hiperatividade, com o propósito de reduzir o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos em crianças e adolescentes.
2. O problema foi identificado por meio do desenvolvimento das atividades de pesquisa, ensino e extensão realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis de Fortaleza e nos encontros com a gestão, os trabalhadores, os usuários e seus responsáveis.
3. Identificação, seleção, avaliação e síntese das evidências de pesquisa relevante sobre o problema, as opções e as considerações sobre a implementação.
4. Redação do projeto de síntese de evidências de tal maneira a apresentar, de forma concisa e em linguagem acessível, os resultados das evidências científicas mundial e local.
5. Finalização da síntese de evidências baseando-se nas contribuições de vários revisores de mérito.

As cinco opções para abordar o problema não foram desenhadas para serem mutuamente excludentes. Podem ser levadas a cabo de forma simultânea ou podem ser extraídos elementos de cada opção para criar uma nova.

A síntese foi preparada para informar um diálogo deliberativo no qual a evidência científica é uma de muitas considerações. As opiniões, as experiências e o conhecimento

tácito dos participantes que contribuem para os temas em questão são também aportes importantes para o diálogo. Um dos objetivos do diálogo deliberativo é suscitar ideias – ideias que só ocorrem quando todos os que estão envolvidos ou são afetados pelas decisões futuras sobre o tema possam trabalhar juntos. Um segundo objetivo do diálogo deliberativo é gerar a ação daqueles que participam do diálogo e daqueles que revisam a síntese do diálogo.

Considerações sobre a equidade

As evidências são escassas em relação a como a medicalização de crianças e adolescentes com transtornos mentais afeta diferentes grupos sociais, culturais e étnicos. A maioria dos estudos realizados, principalmente no Brasil, trazem apenas discussões teóricas sobre a problemática sem, contudo, apresentar os dados e indicadores concretos de como a medicalização se dá de fato nos diferentes serviços.

Contudo, a literatura é robusta em mostrar que o caráter social dos transtornos mentais se expressam na sua distribuição desigual entre meninos e meninas e entre diferentes classes sociais. Há alta prevalência dos transtornos mentais em mulheres, nos indivíduos de baixa renda e nos de baixa escolaridade. Em se tratando de saúde mental infantojuvenil, deve-se considerar que a dinâmica familiar pode influenciar em possíveis desigualdades para a implementação das opções.

O acesso aos diferentes serviços do território, os que compõem a rede de apoio (educação, lazer, por exemplo) e os assistenciais, também é um fator importante a ser considerado durante a implementação das opções para não aumentar as desigualdades.

Esta síntese de evidências se esforça para abarcar dois grupos em especial: crianças e adolescentes.

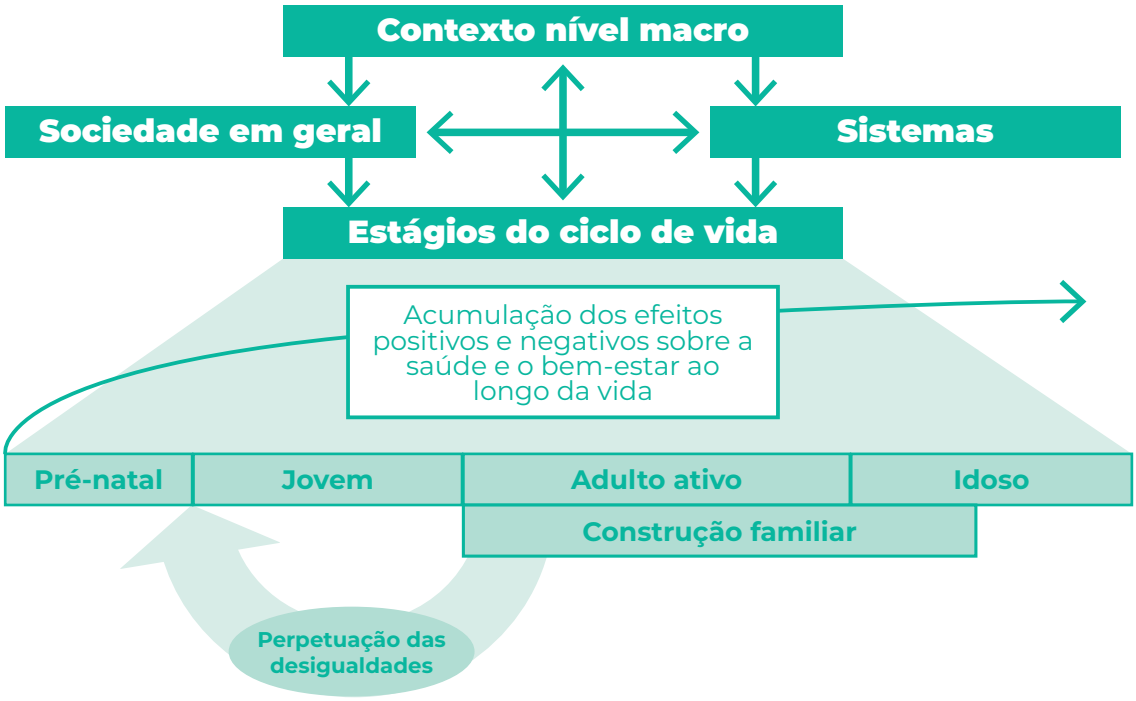
Para esta síntese, utilizou-se a faixa etária para criança e adolescente preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, criança de 0 a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A adoção de estratégias para melhoria, implementação e disseminação de práticas de atenção psicossocial a crianças e adolescentes pode reduzir o uso indiscriminado e precoce de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais. Essas estratégias podem acontecer em todo o sistema de saúde, que incluem: 1) estudos populacionais sobre a taxa de prevalência dos transtornos mentais e do uso de medicamentos psicotrópicos em crianças e adolescentes com o qual o sistema de saúde deve lidar; 2) programas, serviços e tratamentos custo-efetivos que o sistema de saúde deve prover para satisfazer as necessidades dos pacientes e dos cidadãos; 3) mecanismos do sistema de saúde que determinam o acesso a programas, serviços e tratamentos custo-efetivos, e o uso destes; 4) grau atual de implementação das políticas existentes e dos guias de prática clínica.

A Comissão Europeia sobre Determinantes Sociais de Saúde (WHO, 2013) recomenda que se articulem quatro grandes temas com monitoramento – estágios do ciclo de vida, sociedade em geral, nível mais amplo do contexto e sistemas – para promover equidade em saúde dentro e entre os países (Figura 1).

Figura 1 – Abordagem do curso de vida para combater as desigualdades em saúde



Fonte: World Health Organization. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO, 2013. (Tradução).

Estágio do ciclo de vida: a maior prioridade é que os países garantam um bom começo para a vida de todas as crianças. Isso exige, no mínimo, condições sociais e de saúde adequadas de proteção para mulheres, mães e jovens famílias, bem como fazer progressos significativos no sentido de anos iniciais universais, de alta qualidade e acessíveis, educação e sistema de cuidados infantis. Ênfase em um bom começo na vida não significa que as ações em fases posteriores do curso da vida – idades da força de trabalho e idades mais avançadas – não são importantes. Esses estágios são cruciais tanto para reforçar a melhoria de habilidades e empoderamento individual por um bom começo como, também, para alcançar mais saúde e equidade entre as populações adultas existentes de cada país. Em particular, é essencial reduzir o estresse no trabalho, reduzir o desemprego de longa duração por meio de programas ativos de mercado de trabalho e abordar as causas do isolamento social.

Sociedade em geral: as ações mais eficazes para alcançar maior equidade em saúde com alcance social são aquelas que criam ou reafirmam a coesão social e as relações de mútuas responsabilidades. Em particular, o mais tangível e ação prática é assegurar um nível adequado de distribuição da proteção social, de acordo com a necessidade. Em muitos países, isso requer melhorar o nível de provisão. Em todos os países, é necessário melhorar o uso da provisão existente – como fazer aumentar a proporção de pessoas que tem o nível mínimo de vida necessário para participar da sociedade e manter a saúde. Devem-se apoiar ações para criar coesão e resiliência em nível local por meio de uma abordagem de toda a sociedade capaz de incentivar o desenvolvimento de parcerias com aqueles afetados pelos processos de desigualdade e exclusão – trabalhando com a sociedade civil e uma gama de parceiros cívicos. É central para essa abordagem a capacitação, colocando em prática mecanismos que dão aos afetados uma verdadeira palavra em decisões que afetam suas vidas e reconhecendo seus direitos humanos fundamentais, incluindo o direito à saúde.

Contexto em nível macro: influências mais amplas, tanto dentro dos países quanto transnacionalmente, moldam as vidas, os direitos humanos e a saúde das pessoas. De curto a médio prazo, a prioridade é abordar os efeitos na saúde da atual crise econômica mundial, reconhecendo suas consequências para a saúde. Na Europa, as estratégias de austeridade com pacotes econômicos devem ser prioritários para moldar ainda mais a política econômica fiscal de seus países.

Sistemas: melhorias diante dos determinantes sociais em saúde não serão alcançadas sem reorientação significativa dos sistemas de distribuição para todo o governo e abordagens de toda a sociedade. O ponto de partida é o sistema de saúde

– o que ele faz e como influencia outros para alcançar melhor saúde e mais equidade. Isso requer maior coerência da ação em todos os setores (políticas, investimentos e serviços) e partes interessadas (público, privado e voluntário) em todos os níveis de governo (transnacional, nacional, regional e local). O acesso universal ao cuidados de saúde é uma prioridade – onde isso é estabelecido é para ser protegido e deve ser progressivamente estendido para todos os países da Europa. A ação na prevenção de doenças deve incluir a redução de causas imediatas da desigualdade no e entre países – consumo de álcool, tabagismo e obesidade. A ação na prevenção de doenças deve incluir a redução de causas imediatas da desigualdade no país e entre países, como consumo de álcool, tabagismo e obesidade.

Os **determinantes sociais dos transtornos mentais** apresentam uma estrutura multinível em que podem ser aplicadas estratégias e intervenções para reduzir os transtornos mentais e promover o bem-estar mental. A seguir, são listadas as áreas que são importantes, pois podem influenciar o risco de transtornos e apresentam oportunidades para intervir na redução do risco:

Curso de vida: pré-natal, gravidez e períodos perinatais, primeira infância, adolescência, trabalho e anos de construção familiar, idades mais antigas, todas relacionadas também ao gênero.

Pais e famílias: comportamentos/atitudes parentais; condições materiais (renda, acesso a recursos, alimentação/nutrição, água, saneamento, habitação, emprego), condições de emprego e desemprego, saúde física e mental dos pais, gravidez e cuidados maternos, apoio social.

Comunidade: confiança e segurança na vizinhança, participação na comunidade, violência/crime, atributo do ambiente natural e construído, privação de vizinhança.

Serviços locais: prestação de cuidados e educação nos primeiros anos, escolas, serviços para jovens/adolescentes, cuidados com a saúde, serviços sociais, água potável e saneamento.

Fatores no âmbito do país: redução da pobreza, da desigualdade, da discriminação; governança; direitos humanos; conflito; políticas nacionais para promover o acesso a educação, emprego, saúde, habitação e serviços proporcionais à necessidade; políticas de proteção social que sejam universais e proporcionais à necessidade.

Estudos populacionais sobre a taxa de prevalência dos transtornos mentais infantis e juvenis

Os primeiros inquéritos populacionais sobre a taxa de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, realizados na primeira metade do século XX, procuravam medir a frequência de crianças com problemas emocionais e comportamentais. Esses inquéritos usavam técnicas não padronizadas, estratégias de amostragem limitadas que influenciavam a validade interna e externa dos resultados. Somente na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento de princípios e métodos fortes em epidemiologia, surgiu a psiquiatria infantil, disciplina emergente no momento. Em paralelo, a introdução de critérios diagnósticos, incluindo transtornos da infância, no *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-3), em 1980, permitiu o desenvolvimento de entrevistas psiquiátricas padronizadas para estimular pesquisas epidemiológicas empíricas. Atualmente, os inquéritos populacionais empregam métodos epidemiológicos sólidos, além de seguirem critérios diagnósticos padronizados publicados entre as décadas de 1980 e 1990 e estimativas confiáveis das taxas de transtornos mentais em populações de crianças e adolescentes (POLANCZYK *et al.*, 2015). A revisão sistemática com meta-análise sobre estudos populacionais da taxa de prevalência global de transtornos mentais em crianças e adolescentes de 27 países e de todas as regiões do mundo, entre 1985 e 2012, revelou prevalência global de 13,4% (IC 95%: 11,3-15,9) de crianças e adolescentes que são afetados por qualquer transtorno mental em qualquer parte do mundo. Em 2015, o departamento de prospecção populacional das Nações Unidas estima que a população mundial de crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos é de aproximadamente 2,5 bilhões (UNITED NATIONS, 2017). Com a estimativa de 13,4%, indica-se que aproximadamente 338 milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo são afetados por um transtorno mental. No Brasil, segundo o Censo de 2010, estima-se que a população de 62.923,166 corresponde à faixa etária abaixo de 19 anos (IBGE, 2010). Assim, isso aponta uma estimativa de aproximadamente 8,5 milhões de crianças e adolescentes afetados por transtornos mentais.

No Brasil, realizou-se uma revisão da literatura em que foram identificados 15 estudos epidemiológicos entre os anos de 1980 a 2009, a maioria com bom rigor metodológico. Esses estudos indicam que problemas de saúde mental são frequentes em crianças e adolescentes brasileiros, com taxas de prevalência variando de 12,0% a 24,6%, com base em instrumentos de rastreamentos, e de 7,0% a 12,7% com base em entrevistas diagnósticas (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). Entretanto, esses autores chamam atenção dos profissionais e gestores, que devem olhar os estudos com

cautela, em função das discrepâncias regionais. Eles advêm de três estados: São Paulo (dez estudos), Rio Grande do Sul (quatro estudos) e Bahia (um estudo). Também recomendam que pesquisas sejam desenvolvidas nas regiões como Centro-Oeste, Norte e Nordeste, visto que, na Região Nordeste, foi realizado somente um estudo, enquanto nas demais regiões não houve nenhum. Estudos multicêntricos podem formular um melhor modelo para caracterizar a saúde mental da população brasileira de crianças/adolescentes, considerando as características regionais, culturais e socioeconômicas.

Classificação dos transtornos mentais em crianças e adolescentes

Há duas classificações para transtornos mentais empregadas nos serviços de saúde mental em vários países. A primeira é conhecida como a *Classificação Internacional das Perturbações Mentais*, edição n.o 10 (CID-10), ainda vigente, que aborda de maneira didática, especificamente, os transtornos mentais com as diretrizes diagnósticas, de tratamento, informações para pacientes, familiares, recomendações no manejo dos sintomas, dados sobre o consumo dos medicamentos e sugestões quando procurar especialista (OMS, 1993). A segunda é o *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), que está em sua quinta edição (DSM-5), o qual classifica os transtornos nos contextos clínicos, educacionais e em pesquisas de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2013). O DSM é um instrumento desenvolvido para ser aplicado por profissionais habilitados, com experiência clínica e sólido conhecimento da psicopatologia. A principal crítica acerca do DSM-5 é que essa classificação se tornou pouco criteriosa, fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticados com algum transtorno mental. No entanto, é preciso notar que o Manual não deve ser usado como simples lista de sintomas para serem assinalados por indivíduos não habilitados, pois isso implicaria falsos diagnósticos positivos. Quanto à inclusão de novos transtornos mentais na classificação, é importante reconhecer que eles representam problemas graves que trazem sofrimento e prejuízo a pessoas que, até então, poderiam não receber diagnóstico e tratamento adequados (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Independentemente dos transtornos que acometem na infância, é necessária uma avaliação criteriosa e cuidadosa dos diagnósticos, pois é uma fase do desenvolvimento em que é difícil traçar limites claros entre fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e outros anormais (GAMA *et al.*, 2004). Assim, problemas mal compreendidos podem ensejar soluções inapropriadas e ineficazes, prejudicando a saúde da criança e do adolescente.

Fenômeno da medicalização e uso indiscriminado de psicotrópicos na infância e na adolescência

O fenômeno da medicalização e da medicamentalização na infância, no campo da saúde mental, fundamenta esta proposta de síntese. A medicalização da saúde é um processo doentio, que é levado para sustentar a "máscara sanitária de uma sociedade destrutiva". Além disso, o modelo biomédico, influenciado hegemonicamente pela indústria farmacêutica, gera uma medicina de reparo e manutenção, na qual o prescritor é voltado simplesmente para o ato de aliviar os sintomas (ILLICH, 1975). A medicamentalização (farmaceuticalização) não é um conceito totalmente novo na sociologia e, nos últimos anos, houve aumento do seu uso (ABRAHAM, 2010; FOX; WARD, 2008; WILLIAMS *et al.*, 2011). Denota da transformação do ser humano de suas condições, recursos e capacidades em oportunidades para a utilização de medicamentos psicotrópicos para responder a um transtorno, que muitas vezes distorcem os comportamentos humanos em simples sintomas passíveis de tratamento. Daí a necessidade de criar ferramentas para dar conta dessa situação no campo da saúde mental infantojuvenil, bem como desenvolver estratégias educativas infantojuvenis para o uso de medicamentos psicotrópicos com a finalidade de desmedicamentalizar a criança e o adolescente.

A partir da década de 1920, a tendência à psiquiatrização e à medicalização de problemas de ordem comportamental ou educacional adotou como diretriz a suposição de que muitas famílias não apresentavam condições de cuidar e de se responsabilizar pelo bem-estar de seus filhos, levando muitas crianças e jovens à internação em abrigos e educandários (SCHECHTMAN, 1992; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004). Assim, a medicalização é vista como um desvio social, que produz maior controle social, e as intervenções devem ser dirigidas às escolas, às famílias, às crianças e aos adolescentes (GUARIDO, 2010).

Nesse contexto, é fundamental desenvolver ações que promovam o uso adequado de psicotrópicos, o que pode ser favorecido pela preocupação com a oferta de estratégias educativas apropriadas às crianças. Outras são ações junto aos prescritores, e a colaboração com os outros membros da equipe de saúde quanto aos processos de trabalho, educação, informação e orientação das famílias. A educação dos pacientes também entraria nesse pacote de promoção do uso racional de medicamentos, vislumbrando a promoção da saúde.

Estudo realizado com cuidadores de crianças que buscaram o primeiro atendimento médico nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, no município de Fortaleza, em 2012, demonstra que a hipótese diagnóstica frequentemente referida pelo cuidador

é o transtorno mental (44,9%), e a abordagem terapêutica mais utilizada é o tratamento medicamentoso (44,5%), seguido pela combinação de tratamento medicamentoso e não medicamentoso (43,8%), e pelo tratamento não medicamentoso (11,6%) (GONDIM; MACIEL; MONTEIRO, 2017).

Ações desenvolvidas nos centros atenção psicossociais infantojuvenis

Os Caps-i foram planejados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares, como residências terapêuticas, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, oficinas de geração de renda, entre outros. No entanto, nos últimos anos, em todo o País, observa-se o aumento da demanda por atendimentos de transtornos leves a problemas neurológicos ou motores, influenciando negativamente o desempenho dos Caps-i como ordenador que a rede de saúde mental exige (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; DELFINI; REIS, 2012). Os casos leves podem ser acompanhados e tratados na Atenção Primária à Saúde, considerando uma equipe qualificada para esse atendimento (OPAS, 2018).

A base comunitária e territorial dos Caps-i visa à promoção da saúde mental e ao desenvolvimento de práticas clínicas de atenção integral e da reabilitação dos portadores de transtornos mentais graves, trazendo, portanto, o usuário como protagonista do próprio processo terapêutico. Para isso, devem-se considerar a experiência vivida do usuário infantojuvenil, o seu diálogo, o contexto histórico-cultural e socioambiental, utilizando ferramentas clínicas que devem ultrapassar as clássicas variáveis do modelo biomédico (etiologia, diagnóstico, agudeza e cronicidade, curso da enfermidade, entre outras) (SERPA JUNIOR *et al.*, 2014).

Os psiquiatras devem direcionar sua prática para a dimensão subjetiva quando operacionalizam os sistemas classificatórios e diagnósticos, impreterivelmente, em um trabalho multidisciplinar, assim a sua atuação fica mais diluída, tornando-se mais flexível a operacionalização desses sistemas classificatórios e diagnósticos (SERPA Jr. *et al.*, 2014). A clínica psiquiátrica infantil é desenvolvida em uma prática diagnóstica pautada unicamente pela listagem e pela classificação de sintomas, como preconiza seu mais importante representante, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Sociedade Americana de Psiquiatria ou na Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, sendo essa classificação adotada nos Caps-i e na Atenção Primária à Saúde (CAVALCANTE; ROCHA, 2014).

As classificações – tanto na psiquiatria, na neurologia, na psicologia quanto no contexto da cultura em geral – provocam uma influência decisiva no modo como se compreende o sofrimento psíquico e o comportamento humano infantil, esse último genuinamente sob efeito da patologização; ou seja, a criança pode ter um "transtorno" por manifestar recusa a alimentos, incontinência urinária, crises de fúria intensas e agressividade, sem motivo aparente (CAVALCANTI; ROCHA, 2014).

A psiquiatria contemporânea propõe uma intervenção precoce e de poder decisivo para a compreensão do processo de subjetivação em relação à escuta do indivíduo em seu ambiente, e não recomenda um diagnóstico precoce baseado genuinamente na classificação psicopatológica (CAVALCANTI; ROCHA, 2014).

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Este trabalho focou a busca de artigos publicados nas principais bases de dados na literatura científica e a análise de opções que pudessem contribuir para a melhoria, a implementação e a disseminação de práticas de atenção que podem reduzir o uso indiscriminado e precoce de medicamentos em crianças e adolescentes com transtornos mentais. Contudo, não foram encontradas intervenções diretamente relacionadas à redução da medicalização, notadamente do uso de medicamentos psicotrópicos em crianças e adolescentes com transtornos mentais. Além disso, as intervenções têm sido estudadas sem o necessário rigor metodológico ou são pouco discutidas quanto a seu benefício, dano potencial, custo e/ou custo-efetividade em relação à situação atual. Como resultado, as revisões sistemáticas são escassas ou apresentam resultados inconclusivos. Trinta e duas revisões sistemáticas e duas sínteses de evidências foram analisadas e possibilitaram a formulação das cinco opções para políticas descritas a seguir: Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para criança e adolescente; Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais infantojuvenis; Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil; Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação; Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil.

Buscando evidências científicas sobre as opções

A busca de evidências para opções que pudessem propor soluções para o problema foi realizada de janeiro a maio de 2018 nos repositórios da SciELO, LILACS, Health Systems Evidence, PubMed, Cochrane Library, PQD-Evidence, Rx for Change. Para a estratégia de busca, foram utilizados os seguintes termos extraídos do MeSH Database e Descritores BVS: "mental disorders", "infant", "infant, newborn", "child, preschool", "child", "adolescent", "prescription drug misuse", "drug utilization", "off label use", "medicalization", "pharmaceuticalization", "pharmaceuticalisation" "pharmacologization"or "pharmacologisation", "demedicalization" or "demedicalisation".

Inicialmente, foram realizadas buscas exploratórias nas bases de dados com todas as estratégias de busca para identificação do volume de estudos sobre a temática. Ao ser verificado um pequeno número de revisões sistemáticas sobre o tema

"medicalização de crianças e adolescentes com transtornos mentais", optou-se por não restringir a busca por tipo de estudo, ano de publicação ou idioma, o que proporcionou uma busca mais ampla. Excepcionalmente para a busca com a especificidade de cada base de dados, para o PubMed foi utilizada a restrição "revisão sistemática" para o tipo de estudo.

Para a seleção dos dados, inicialmente, procedeu-se a uma avaliação prévia dos artigos pelo título e pelo *abstract*, sendo excluídos os artigos que não tinham relação com o escopo dessa síntese e os em duplicidade.

Todos os artigos recuperados foram organizados e analisados por dois revisores de forma independente. No caso de divergências de opiniões na inclusão ou na exclusão de artigos entre os revisores, havia a participação de outro pesquisador para a decisão de consenso. Os dados foram extraídos utilizando um formulário criado no Epi Info versão 7.2.2. para essa finalidade.

A qualidade metodológica das revisões sistemáticas selecionadas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR 2 (*assessing the methodological quality of systematic reviews*) (SHEA *et al.*, 2017), utilizando o checklist disponível no site desse instrumento. Para a avaliação da qualidade das sínteses de evidências, foi utilizado o checklist fornecido pelo Centro de Políticas em Saúde de Mulheres e Crianças, da Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg (Women's and Children's Health Policy Center), traduzido em português e adaptado por Toma *et al.* (2017). Deu-se prioridade à evidência de pesquisa mais recentemente aplicada em âmbito local e que levou em conta considerações sobre a equidade.

A partir da busca nas bases, obteve-se um total de 3.177 artigos, Cocrhane (400), SciELO (442), Health System Evidence (189), LILACS (529), Rx for Change (243), PQD-Evidence (192), PubMed (1.182). Foram retirados 2.421 artigos que não tinham relação com o escopo da síntese, restando 756 artigos que foram classificados por revisores e incluídos no banco de acordo com o tipo de estudo, o que resultou em 188 revisões sistemáticas. Após a conferência de duplicidade e uma segunda avaliação em relação ao escopo da síntese, 55 estudos foram selecionados para leitura dos textos completos. Após a leitura na íntegra, foram selecionados 29 artigos, não sendo adotada uma pontuação limite de qualidade para a exclusão das revisões sistemáticas. Depois da seleção, foram encontradas, nas referências dos artigos, duas síntese de evidências, as quais se optou por incluir, tendo em vista o

reduzido número de revisões encontradas que se relacionavam diretamente ao foco do problema (medicalização) na população de interesse (crianças e adolescentes com transtornos mentais).Também foram incluídos três artigos recomendados pelos revisores da síntese. Os artigos incluídos não alteraram as opções definidas anteriormente, mas serviram para reforçar os componentes dessas opções. Dessa forma, foram incluídos nesta síntese 32 artigos e 2 sínteses de evidências.

Os resultados foram extraídos das revisões e sínteses identificadas. Cada revisão foi avaliada também em termos de sua qualidade (qualificação AMSTAR 2/Policy Brief Checklist), aplicabilidade local (proporção de estudos que foram levados a cabo no País), considerações sobre a equidade (proporção de estudos que tratam explicitamente dos grupos priorizados) e grau de enfoque da revisão sobre o tema.

Os resultados-chave foram extraídos das revisões selecionadas, assim como a aplicabilidade local (proporção de estudos realizados no país), as considerações sobre a equidade (proporção de estudos que tratam explicitamente dos grupos priorizados) e o grau de enfoque sobre o tema. Foram introduzidas advertências relevantes sobre os resultados principais dos autores da revisão com base nas avaliações de qualidade, aplicabilidade local, equidade e aplicabilidade do tema.

Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para crianças e adolescentes

Os programas de intervenção precoce dizem respeito essencialmente a serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças e dos adolescentes (DUNST; BRUDER, 2002). Incluem, assim, atividades e oportunidades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança; e, ainda, serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias promovam o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que elas tenham um papel ativo nesse processo. Essa opção inclui os seguintes componentes: intervenção psicossocial precoce em visita domiciliar; criação de oportunidades de empoderamento dos pais; método mãe canguru; intervenção precoce de terapia ocupacional; programas de saúde e de desenvolvimento infantil, entre outros.

Para essa opção, foram identificadas cinco revisões sistemáticas que analisaram diferentes tipos de intervenção precoce para prevenir transtornos mentais em crianças e adolescentes. Três dessas revisões foram classificadas como de qualidade baixa e duas de qualidade criticamente baixa. No Quadro 1, é apresentado resumo dos principais

resultados da evidência de investigação sintetizada. Para mais informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 1 (ou para obter citações para as revisões), no Apêndice A se encontra uma descrição mais completa dessas revisões.

Quadro 1 – Achados relevantes para a Opção 1, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	A revisão sistemática realizada por Park *et al.* (2014) avaliou a relação entre programas de intervenção precoce, avaliação da função mental, programas de intervenção precoce, neuromusculoesquelética e avaliações de funções relacionadas ao movimento. Os resultados dessa revisão apoiam a hipótese de que crianças nascidas com baixo peso ao nascer (BPN) ou prematuras (PMT) podem se beneficiar com programas de intervenção precoce de forma significativa, com evidências de menor desenvolvimento de doenças mentais, neuromusculoesqueléticas e melhoria nas funções relacionadas ao movimento em comparação com crianças nascidas com as mesmas condições que não receberam essa intervenção no início do desenvolvimento infantil. Os resultados mostram que a intervenção precoce, em geral, melhorou significativamente as funções mentais de crianças com BPN ou PMT em relação ao aumento do desempenho verbal, do funcionamento executivo e dos escores de quociente intelectual (QI). Além disso, em relação aos aspectos neuromusculoesqueléticos e às funções relacionadas, crianças com BPN ou PMT que receberam intervenção precoce tiveram melhor comportamento e melhora neurocomportamental do que grupos de comparação que não receberam a intervenção precoce. Os resultados sugerem, ainda, que a intervenção precoce é benéfica na melhoria dos resultados funcionais das crianças com BPN e PMT, fornecendo-lhes os serviços necessários para apoiar o desenvolvimento. O estudo aponta, ainda, que a intervenção precoce pode fornecer importantes melhorias para o desenvolvimento da vida diária, da aprendizagem, de habilidades acadêmicas, emocionais e sociais em crianças, para articular as funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento e as ações que desempenham um grande papel no desenvolvimento de crianças. Portanto, a intervenção precoce do transtorno mental e nas funções neuromusculares e motoras pode diminuir o risco de atrasos no desenvolvimento neurológico durante a fase escolar. O estudo de Vanderveen *et al.* (2009) também demonstrou efeito positivo em uma variedade de estratégias diferentes destinadas a promover o desenvolvimento infantil em populações pré-termo. Um efeito positivo da intervenção precoce foi encontrado em até 36 meses, após intervenções para aumentar o envolvimento dos pais no desenvolvimento de bebês prematuros. A capacidade de desenvolvimento neurológico é apenas uma das medidas de acompanhamento dos resultados. As intervenções focadas em melhorar o relacionamento entre pais e filhos aprimoraram o ambiente doméstico por meio da educação dos pais, bem como melhoraram a estimulação infantil. Perry *et al.* (2010) avaliaram o impacto da consulta da saúde mental na primeira infância para melhorar problemas de comportamentos e habilidades sociais em crianças pequenas, principalmente por meio de mudanças no ambiente de sala de aula e nas práticas dos professores. As evidências encontradas mostraram que, no geral, os serviços de consulta de saúde mental na primeira infância foram associados a reduções nos comportamentos externalizantes relatados pelos professores. Os resultados relacionados com reduções em comportamentos internalizantes foram inconclusivos. As classificações dos professores de comportamentos pró-sociais das crianças foram melhoradas na maioria dos estudos que informaram sobre esse domínio.

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	A revisão de Mutamba *et al.* (2013) avaliou a eficácia das intervenções para melhorar a saúde mental das mulheres no período perinatal, e os efeitos dessas intervenções sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento de seus filhos em países de baixa e média renda. Essa revisão avaliou 13 ensaios representando 20.092 participantes. Em todos os estudos, não especialistas em saúde e trabalhadores comunitários realizaram as intervenções, que se mostraram mais benéficas do que os cuidados de rotina para mães e crianças. Quando os benefícios para a criança foram avaliados, eles incluíram melhor interação mãe-bebê, melhor desenvolvimento cognitivo e crescimento, redução de episódios diarreicos e aumento das taxas de imunização. Em países de baixa e média renda, a carga dos transtornos comuns associados ao pré-natal pode ser reduzida por meio de intervenções de saúde mental prestadas por não especialistas supervisionados. Tais intervenções beneficiam tanto as mulheres quanto seus filhos. Contudo, são necessários mais estudos para entender como essas intervenções podem ser ampliadas nos ambientes altamente diversificados que existem nos países de baixa e média renda. A revisão sistemática de Rahman *et al.* (2013) mostra como os transtornos mentais perinatais comuns podem ser reduzidos nos países de média e baixa renda por meio de intervenções de saúde mental fornecidas por não especialistas supervisionados. Além disso, as intervenções podem ser efetivamente implementadas também por profissionais de saúde treinados e supervisionados na Atenção Primária à Saúde em ambientes comunitários. Intervenções em que as mães são ensinadas sobre o desenvolvimento infantil e mostram como engajar e estimular seus bebês e como serem mais responsivas e afetivas parecem melhorar o humor materno, além de fortalecer a relação mãe-bebê e avançar no desenvolvimento da saúde infantil. Intervenções expressamente projetadas para melhorar a saúde mental materna têm um impacto positivo na saúde e no desenvolvimento infantil. O efeito de uma intervenção na saúde e no desenvolvimento infantil parece ser mais forte quando os componentes materno e infantil são integrados, cuja saúde infantil é o foco direto da intervenção. Dependendo das situações, abordagens baseadas na comunidade são benéficas e podem ser preferíveis a programas verticais isolados.
Danos potenciais	Apenas uma revisão sistemática cita danos potenciais. Essa revisão descreve que, em alguns casos, uma atenção voltada especificamente para a saúde mental pode causar estigma por parte de outros integrantes da comunidade, entretanto, uma vez que os profissionais são capacitados para atenção a saúde mental e também fazem parte da própria comunidade, esse estigma é minimizado (RAHMAN *et al.*, 2013).
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custos ou custo-efetividade das estratégias.
Incertezas em relação aos benefícios, aos danos potenciais e aos riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	A grande variedade entre os serviços de intervenção precoce pode constituir uma incerteza para a sua implementação. O pequeno número de evidencias disponíveis não garante a eficácia das intervenções, não havendo garantias quanto à sua implementação (PARK *et al.*, 2014). Um grande número de resultados foi examinado, contudo muitos estudos não discutiram a confiabilidade e a validade das várias medidas de desfechos utilizadas, o que pode comprometer os benefícios e riscos das intervenções (VANDERVEEN *et al.*, 2009). Perry *et al.* (2010) não avaliam as incertezas das estratégias de intervenção, mas ressalvam que a grande maioria dos dados veio de relatórios de professores sobre o comportamento das crianças. A revisão aponta que pode ter havido mudanças reais no comportamento das crianças, o que resultou de mudanças nas habilidades e práticas de sala de aula dos professores, como também pode ser que o comportamento das crianças não tenha mudado, mas sim as percepções dos professores sobre o comportamento das crianças.

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	A revisão sistemática de Mutamba *et al.* (2013) destaca que a maioria dos estudos que mostram evidências de eficácia utilizou amostras subdimensionadas, o que levanta questões sobre a distribuição dessas intervenções em escala. Todos os estudos identificados tinham avaliações pouco claras ou de alto risco de viés, questionando a validade interna dos achados do estudo e levantando a necessidade de uma interpretação cautelosa. Notavelmente, nenhum dos estudos incluídos nesta revisão envolveu estratégias preventivas universais, destacando uma lacuna de pesquisa em países de baixa e média renda. Nenhum estudo teve como alvo a prevenção secundária de transtornos mentais, neurológicos ou do uso de substâncias em crianças.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	No estudo de Vanderveen *et al.* (2009) foram avaliadas três categorias de intervenções da opção: programa de desenvolvimento de cuidados e avaliação individualizada de recém-nascido, método mãe canguru e uma estimulação educacional de apoio, o pacote intra-hospitalar e/ou pós-alta, cada um com um componente do envolvimento parental. Já a revisão de Perry *et al.* (2010) destaca os seguintes elementos da opção: intervenção psicossocial precoce em visita domiciliar; criação de oportunidades de empoderamento dos pais; método mãe canguru; intervenção precoce de terapia ocupacional; programas de saúde e desenvolvimento infantil. Todas as intervenções avaliadas foram implementadas nos Estados Unidos (EUA). Na revisão sistemática (MUTAMBA *et al.*, 2013) são destacados fatores do sistema de saúde como: fatores políticos e socioeconômicos nacionais e fatores comunitários relacionados à liderança; infraestrutura e capacitação da comunidade, como elementos que podem interferir na implementação, nos riscos e nos benefícios dessa intervenção. A revisão sistemática de Rahman *et al.* (2013) demonstra que as abordagens que são culturalmente adaptadas e fundamentadas em técnicas cognitivas de solução de problemas educacionais podem ser aplicadas efetivamente a grupos ou indivíduos. Os estudos apresentam evidências da viabilidade de treinar os trabalhadores (profissionais e agentes comunitários) envolvidos na atenção à saúde para fornecer intervenções de saúde mental de forma eficaz em um tempo relativamente curto. Os componentes psicológicos e educacionais das intervenções devem ser adaptados às circunstâncias em que vivem as mulheres de cada país.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Não foram incluídas percepções e experiências das partes interessadas da opção.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais infantojuvenis

Para essa opção, foram identificadas 12 revisões sistemáticas que analisaram programas de intervenção psicossocial para criança e adolescente. Uma dessas revisões foi classificada como de qualidade alta, quatro dessas revisões foram classificadas como de qualidade moderada, duas como de qualidade baixa, e cinco de qualidade criticamente baixa. No Quadro 2, é apresentado um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para mais informações sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 2 (ou para obter citações para as revisões), consultar o Apêndice B.

Quadro 2 – Achados relevantes para a Opção 2, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Intervenções parentais comportamentais e cognitivo-comportamentais baseadas em grupos parecem ser clinicamente eficazes para conduzir práticas para lidar com problemas em saúde mental dos pais e da parentalidade. Programas de paternidade parecem eficazes para os pais, independentemente de questões socioeconômicas. No entanto, os profissionais devem observar que a implementação fiel do programa parece ser um componente importante para a eficácia clínica, portanto devem considerar se sua organização está disposta a fornecer recursos suficientes para que eles possam entregar a intervenção com fidelidade (HAWTON *et al.*, 2016). Revisão sistemática conduzida por Meekums, Karkou & Nelson, (2015), que avaliou a eficácia da terapia do movimento da dança para depressão, não reportou benefícios específicos, uma vez que o baixo número de estudos e a baixa qualidade da evidência não possibilitaram tirar conclusões sobre essa estratégia. Revisão sistemática conduzida por Roberts *et al.* (2015) demonstrou que o tratamento não medicamentoso administrado com o tratamento medicamentoso foi melhor do que o tratamento medicamentoso isolado como intervenção mínima para a redução da gravidade no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e no seguimento de longo prazo, contudo a redução foi observada apenas no seguimento de longo prazo. Há evidências que sugerem que a terapia psicológica que inclui um componente focado em trauma ao lado do tratamento medicamentoso pode ajudar a reduzir a gravidade dos sintomas de TEPT em pessoas com transtorno pós-traumático (TPT). Também há evidências que sugerem que os participantes alocados para receber intervenção focada no trauma eram menos propensos a concluir o tratamento medicamentoso do que aqueles que não receberam intervenção focada no trauma. O cuidado colaborativo (gestão de doenças crônicas envolvendo a equipe multiprofissional) está associado à melhora significativa nos desfechos de depressão e ansiedade em comparação com os cuidados usuais, e representa uma adição útil às alternativas clínicas para pacientes adultos com depressão e ansiedade. Em termos de desfechos primários, o cuidado colaborativo para pacientes com depressão é mais eficaz do que o cuidado usual. São considerados resultados em torno de 6 meses, 12 meses e 24 meses, embora os efeitos não tenham sido significativos após 24 meses. O cuidado colaborativo é mais eficaz que o cuidado usual em termos de satisfação do paciente pós-intervenção (ARCHER *et al.*, 2012). A revisão sistemática conduzida por Littell, Popa e Forsythe (2005) aponta que a terapia multissistêmica (TMS) tem várias vantagens sobre outros serviços para jovens e famílias com problemas. Trata-se de uma intervenção abrangente, baseada em conhecimentos e teorias atuais sobre os problemas e as perspectivas de jovens e famílias. Não há evidências de que quaisquer intervenções conhecidas sejam mais eficazes que a TMS, no entanto ainda existem lacunas no conhecimento sobre a ampla implementação da TMS, seus efeitos em longo prazo e os importantes mecanismos de mudança. Entrevista motivacional é uma intervenção breve, caracterizada por uma a quatro sessões. Se os terapeutas estão confortáveis com esse estilo de trabalho com clientes, eles devem se sentir confiantes de que fornecer entrevista motivacional (EM) será mais eficaz do que não fazer nada. Porém, se eles, por exemplo, preferem a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a evidência é muito fraca para concluir que a TCC será mais eficaz, igualmente eficaz ou menos eficaz que a EM (SMEDSLUND *et al.*, 2011).

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	Há poucas evidências conclusivas sobre que tipo de abordagem de tratamento é mais eficaz na prevenção de recaídas ou recorrências de episódios depressivos em crianças e adolescentes. Estudos com resultados limitados mostraram que o uso de medicamentos antidepressivos reduz as chances de ocorrência de recaídas, no entanto existem diferenças metodológicas nesses estudos, dificultando a comparação dos resultados. Pesquisas envolvendo terapias psicológicas são encorajadoras, contudo ensaios com amostras maiores precisam ser conduzidas para explorar melhor essa abordagem de tratamento (COX *et al.*, 2012). Segundo Ahlen, Lenhard e Ghaderi (2015), as intervenções universais mostraram que os sintomas de ansiedade e depressão foram significativamente menores no grupo intervenção do que no grupo-controle, mesmo após a correção do efeito de agrupamento nos estudos de ensaio clínico randomizado. Uma revisão sistemática demostrou que intervenções de apoio ao autocuidado estão associadas a um efeito intermediário na saúde mental de crianças e adolescentes em curto e médio prazo, mas o efeito diminui com o passar do tempo (um pequeno efeito de intervenção foi mantido aos 6 meses de seguimento, tornando-se clinicamente insignificante em 12 meses). As intervenções de apoio ao autocuidado melhoram problemas relacionados à saúde mental de crianças e jovens. Em relação às dimensões específicas do apoio ao autocuidado que podem influenciar a eficácia de uma intervenção, há algumas evidências que demostram que as intervenções individuais podem ter vantagens sobre as intervenções em grupo. O tempo dedicado com o agente de apoio ao autocuidado pode ser benéfico, enquanto o cenário da intervenção (casa, escola etc.) é considerado irrelevante. Alguns benefícios específicos relacionados ao gerenciamento de medicamentos podem ser citados de acordo com os estudos levantados na revisão sistemática. A adição da terapia cognitivo-comportamental minimiza a ideação suicida persistente e os eventos suicidas emergentes associados ao tratamento medicamentoso (PRYJMACHUK *et al.*, 2014). Intervenções psicossociais para crianças com problemas mentais e outras comorbidades pode proporcionar aos profissionais informação sobre a utilidade dos tratamentos para outras condições que não são necessariamente alvos das intervenções psicossociais, mas que podem trazer benefícios para crianças com comorbidades (RIOSA; MCARTHUR; PREYDE, 2011). Programas de prevenção da ansiedade para crianças e adolescentes resultaram em efeitos significantes em termos de diagnóstico de ansiedade, bem como ansiedade sintomatológica, no pós-teste e em acompanhamento (em média 8,2 meses) após o final do programa de prevenção. Além disso, o programa de prevenção resultou em pós-teste e em acompanhamento de efeitos desejáveis para a depressão, assim como para a autoestima de crianças e adolescentes participantes (TEUBERT; PINQUART, 2011).
Danos potenciais	São poucos os estudos de intervenção para pacientes adolescentes com automutilação, especialmente em comparação com o número de tentativas de tratamentos psicossociais para adultos. Dessa forma, as conclusões dos estudos estão limitadas a uma pequena gama de intervenções e resultados. Além disso, como não houve ensaios elegíveis de intervenções farmacológicas, talvez devido a preocupações com a segurança nessa população clínica, os achados dos estudos se limitam a intervenções psicossociais. As taxas de desistência se referem a uma medida de dano potencial, pois elas sugerem inaceitabilidade. Destaca-se, ainda, a necessidade de mais ensaios a serem realizados na área de prevenção de recaída para depressão em crianças e adolescentes. Devido ao número limitado de tamanhos de efeito, esses resultados devem ser interpretados com cautela. Assim, a revisão sistemática recomenda que futuros estudos de prevenção se concentrem não apenas nos sintomas de ansiedade, mas também no diagnóstico de transtornos de ansiedade como variáveis de resultado (HAWTON *et al.*, 2015).

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	Destaca-se a necessidade de mais ensaios a serem realizados na área de prevenção de recaída para depressão em crianças e adolescentes. Existe o potencial metodológico para ensaios rigorosos a serem realizados, que analisam uma variedade de abordagens e refletem as diretrizes de melhores práticas. Enquanto terapias psicológicas são recomendadas como tratamento de primeira escolha para crianças e adolescentes com depressão leve a moderada, a maioria dos ensaios identificados nessa revisão sistemática mostra o uso de medicamento antidepressivo como primeira escolha para tratar a depressão, e apenas uma tentativa comparando a psicoterapia ao uso de medicamento antidepressivo numa fase de prevenção de recaída (COX *et al.*, 2012). Os resultados, embora positivos, devem ser interpretados com cuidado, visto que há várias inconsistências entre as descobertas. Além disso, os investigadores utilizaram uma variedade de medições dos resultados, tornando difícil a comparação dos efeitos do tratamento. Em termos de sustentabilidade dos efeitos dos tratamentos, parece haver inconsistências no que diz respeito ao impacto do tratamento sobre o comportamento dos participantes. Alguns foram negativos, sugerindo resultados prejudiciais, enquanto outros sugeriram efeitos positivos do tratamento. Talvez diferentes problemas da infância e da adolescência variem nas suas trajetórias de desenvolvimento, portanto reflete-se sobre os efeitos dos tratamentos mistos de longo prazo (RIOSA; MCARTHUR, PREYDE, 2011). Uma meta-análise revelou que muitos estudos não relataram características completas de sua amostra, como origem étnica da criança, estado civil dos pais, status socioeconômico da família da criança ou saúde mental dos pais. Dessa forma, não foi possível incluir essas variáveis nas análises de moderadores devido ao poder estatístico limitado. Os dados disponíveis sobre os efeitos de acompanhamento são limitados, pois não existem estudos com um intervalo de acompanhamento superior a dois anos após o término do programa de prevenção. Como a maioria dos estudos não forneceu tamanhos de efeito separados para diferentes manifestações de ansiedade em crianças e adolescentes, como ansiedade social, ansiedade de separação, sintomas de pânico ou aspectos psicofisiológicos da ansiedade, foram calculados o tamanho médio dos efeitos para a ansiedade em geral. Além disso, apenas um pequeno número de estudos relatou o percentual de crianças e adolescentes nos grupos-controle e intervenção que preencheram os critérios diagnósticos para um transtorno de ansiedade no pós-teste ou no acompanhamento. Em função do número limitado de tamanhos de efeito, esses resultados devem ser interpretados com cautela. Assim, os autores da revisão recomendam que futuros estudos de prevenção se concentrem não apenas nos sintomas de ansiedade, mas também no diagnóstico de transtornos de ansiedade como variáveis de resultado (TEUBERT; PINQUART, 2011).
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Avaliou-se que a terapia multissistêmica (TMS) tem um alto custo. Dessa forma, nos casos em que essa terapia não reduza a internação, a hospitalização, a reincidência e os problemas de comportamento, que são onerosos em longo prazo, essa estratégia não se mostra custo-efetiva em comparação com alternativas menos dispendiosas (LITTELL, POPA; FORSYTHE, 2005).
Incertezas em relação aos benefícios, aos danos potenciais e aos riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	Os estudos incluídos nesta revisão foram, em geral, relativamente pequenos para detectar diferenças significativas nas proporções de pacientes que participaram de um episódio repetido de autoflagelação. Além disso, a qualidade das evidências, avaliadas usando a abordagem GRADE, foi, em geral, baixa, sugerindo que pesquisas futuras provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa da eficácia do tratamento, e podem, de fato, mudar a estimativa. É particularmente provável que isso afete os resultados das intervenções que até agora foram avaliadas apenas em testes únicos. No entanto, deve-se notar que, devido à impossibilidade virtual de cegar os participantes e o pessoal clínico para a condição de tratamento em estudos de intervenção psicossocial, é provável que os estudos recebam classificações de qualidade relativamente baixas (HAWTON *et al.*, 2016).

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	A evidência de baixa qualidade de 3 pequenos ensaios com 147 participantes não permite tirar conclusões firmes sobre a eficácia da terapia do movimento da dança (TMD) para depressão. Ensaios maiores de alta qualidade metodológica são necessários para avaliar a TMD para depressão, com análises econômicas e medidas de aceitabilidade e para todas as faixas etárias (MEEKUMS; KARKOU; NELSON, 2015). A revisão questiona a eficácia da TMS. Estudos adicionais e independentes são necessários para confirmar ou refutar a hipótese de que a TMS tem efeitos significativos na saúde mental de crianças e adolescentes quando comparadas com outras terapias (LITTELL *et al.*, 2005). Há evidências limitadas de que o uso de medicamento antidepressivo continuado é mais eficaz do que o placebo na prevenção do próximo episódio de depressão, uma vez que uma criança ou adolescente tenha inicialmente respondido ao medicmento durante o tratamento da fase aguda. No entanto, no momento, nenhum estudo investigou o curso de tratamento mais eficaz após uma criança ou adolescente ter respondido à psicoterapia de fase aguda, ou a uma combinação do uso de medicamento antidepressivo e psicoterapia. Não está claro se o tratamento continuado com o uso de medicamento antidepressivo é necessário nesse caso, ou se a psicoterapia isoladamente seria suficiente, dado que a psicoterapia é recomendada como um tratamento de primeira linha em crianças e adolescentes com depressão (COX *et al.*, 2012). Intervenções universais não reduzem os sintomas de ansiedade em longo prazo. Não houve diferença significativa nos sintomas de ansiedade ou nos sintomas depressivos após seguimento. Com relação aos sintomas de ansiedade, não houve indicação de efeitos maiores no pós-intervenção em relação às intervenções especificamente direcionadas à ansiedade. Uma análise de sensibilidade usando um método de agrupamento mais conservador não revelou diferença significativa tanto nos sintomas de ansiedade quanto nos sintomas depressivos no acompanhamento. Não existe um efeito claro e bem definido de moderação em relação ao objetivo principal da intervenção em estudos universais (AHLEN; LENHARD; GHADERI, 2015). Os resultados encontrados precisam ser tratados com cautela porque essa análise é exploratória e pode haver outros fatores que confundem os resultados; e a natureza prospectiva e o propósito das intervenções de prevenção podem ser tais que não seja adequado compará-las com intervenções destinadas a tratar condições específicas (PRYJMACHUK *et al.*, 2014). A revisão sistemática realizada por Riosa, Mcarthur; Preyde (2011) foi limitada por abranger apenas estudos que relataram internalização e/ou externalização comportamental ou resultados do funcionamento psicossocial, incluindo apenas estudos de língua inglesa. Nesses estudos, também havia um pequeno número de participantes, assim como a variabilidade de medições de resultados adotados tornou difícil a comparação dos efeitos dos tratamentos. Pesquisas futuras devem examinar se os programas de prevenção homogêneos ao gênero resultam em maior tamanho de efeito para as meninas do que os programas mistos de gênero. Finalmente, como os efeitos reais de prevenção podem surgir em longo prazo, é de vital importância examinar as crianças e adolescentes participantes por mais de dois anos após o final de um programa de prevenção TEUBERT; PINQUART, 2011).
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os principais elementos da opção foram: terapia cognitivo-comportamental; aprendizagem interativa e colaborativa; discussão em grupos; tarefas de casa (FURLONG *et al.*, 2012). Também foram avaliadas as intervenções que incluem trabalhos que desenvolvem a consciência do corpo, da sala e do grupo (expressões de movimento e qualidade simbólica do movimento; movimento, sentimento, imagens e palavras; e diferenciação e integração de sentimentos; terapia do movimento (MEEKUMS; KARKOU; NELSON, 2015).

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	Abordagens multiprofissionais de atendimento ao paciente, cujas comparações envolveram um provedor de cuidados primários profissional e pelo menos um outro profissional de saúde (por exemplo: psiquiatra, enfermeira, psicólogo). Em termos de abordagem multiprofissional, alguns estudos incluíram apenas dois profissionais de saúde (provedor de cuidados primários e especialista em saúde mental), enquanto outros incluíram um prestador de cuidados, gerente de caso e especialista em saúde mental (ARCHER *et al.*, 2012). Intervenção voltada à utilização da terapia farmacológica é eficaz na prevenção da recaída, mas somente durante o período em que está sendo tomada; terapia cognitivo-comportamental (COX *et al.*, 2012). A intervenção universal utilizada envolveu: programas de autoinstrução cognitiva, intervenção comportamental cognitiva, intervenção psicoeducativa, entre outros programas. Também é citado que avaliações futuras devem investigar os moderadores e mediadores dos efeitos para identificar os componentes ativos de cada programa (AHLEN; LENHARD; GHADERI, 2015). Apoio ao autocuidado na saúde mental de crianças e jovens que requer parceria entre os prestadores de serviços, crianças e adolescentes e aqueles que cuidam deles. Crianças e adolescentes e suas famílias querem apoio contínuo e contato com os serviços. Os serviços não precisam necessariamente ser ministrados por pessoal treinado em saúde mental. Escolha e flexibilidade são aspectos importantes do apoio ao autocuidado na saúde mental de crianças e jovens (PRYJMACHUK *et al.*,2014) Terapias individuais para resolução de problemas cognitivos: terapia cognitivo-comportamental (TCC); psicoterapia interpessoal; família e terapia comportamental (TC); terapia de interação entre pais e filhos; intervenção familiar comportamental; família e TCC; TCC para ansiedade e agressividade; grupo de TCC; habilidades para a vida (RIOSA; MCARTHUR; PREYDE, 2011).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Os autores sugerem que mudanças de percepções sobre as respostas a eventos da vida que possam contribuir para a manutenção da condição da depressão podem ser operacionalizadas com mudança na percepção da depressão, conforme avaliado por um psiquiatra ou por meio de uma ferramenta de autorrelato válida e confiável, como o Beck Depression Inventory (BECK *et al.*, 1961). A revisão sistemática compila dados relacionados a percepções, que sugerem que as crianças, os jovens e seus pais estão frequentemente satisfeitos com qualquer intervenção, incluindo aqueles como atenção ou controles com placebos. Fica claro que pode ser mais importante que suas necessidades e preocupações recebam alguma forma de atenção daqueles que prestam serviços. Os dados de satisfação não dizem com quais aspectos específicos das várias intervenções as crianças, adolescentes e seus pais estão satisfeitos (PRYJMACHUK *et al.*, 2014).

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil

Os programas voltados para educação na atenção psicossocial infantil e juvenil representam estratégias ligadas ao processo pelo qual a educação consegue dar apoio à atenção psicossocial à criança e ao adolescente. As estratégias incluídas nessa opção foram: recursos multimídia, terapias individuais e em grupo e programas que podem

trabalhar cada um desses aspectos específicos para determinados transtornos mentais infantis e juvenis. Os maiores desafios relacionados à implementação desses programas estão relacionados à qualidade dos estudos, que, muitas vezes, apresentam problemas metodológicos, e aos custos e custos-benefícios, que ainda não são bem explorados pelos estudos. Para essa opção, foram identificadas cinco revisões sistemáticas, das quais duas foram classificadas como de qualidade baixa e três de qualidade criticamente baixa.

No Quadro 3, é apresentado um resumo dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que queiram saber mais sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 3 (ou para obter citações para as revisões), no Apêndice C se encontra uma descrição mais completa dessas revisões.

Quadro 3 – Achados relevantes para a Opção 3, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Segundo o estudo realizado por Ciciriello *et al.* (2013), a educação multimídia – em que é usado mais de um recurso para fornecer informações sobre medicamentos para uso em crianças e adolescentes, tais como palavras escritas, diagramas, imagens, áudios, internet, entre outros – mostrou-se mais eficaz do que não realizar nenhuma educação ou realizar educação não padronizada fornecida pelos profissionais de saúde como parte do cuidado clínico na melhoria do conhecimento e na aquisição de habilidades. Também sugere que a educação multimídia é pelo menos equivalente a outras formas de educação, incluindo educação escrita e educação fornecida por um profissional de saúde. A educação multimídia para informar sobre medicamentos poderia, portanto, ser considerada um complemento aos cuidados habituais, mas não há evidências adequadas para recomendá-la como um substituto para a educação escrita ou educação por um profissional de saúde. Uma revisão sistemática realizada por Ahmed e Bower (2008) avaliou que os tratamentos de autoajuda podem ser especialmente úteis para adolescentes com sintomas precoces de ansiedade, depressão ou estresse emocional, para os casos em que esses transtornos não atingiram os limiares formais de diagnósticos. Segundo o estudo realizado por Furlong *et al.* (2012), em geral, as intervenções baseadas em terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental em grupo parecem ser eficazes na redução de problemas de conduta em crianças e na melhoria das habilidades dos pais e da saúde mental deles, incluindo desfechos de efeito moderado. Outra revisão sistemática, realizada por Richardson, Starllard e Velleman (2010), mostrou que a terapia cognitivo-comportamental computadorizada foi capaz de reduzir a gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes, bem como melhorar estágios de severidade dos transtornos mentais. Estudo realizado por Hoagwood (2005) mostrou que existem poucos estudos bem conduzidos que demonstram que intervenções baseadas na família influenciam em serviços para saúde mental de crianças de modo a melhorar os desfechos clínicos destas. Estudos sobre os processos de envolvimento, como engajamento e empoderamento, demonstram que esses processos podem melhorar a retenção, a satisfação e os níveis de participação ativa no planejamento de serviços para saúde mental infantil.

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Danos potenciais	Não foram relatados.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Um estudo realizado por Furlong *et al.* (2012) mostrou que intervenções baseadas em terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental em grupo parecem ser custo-efetivas para melhoria de problemas de conduta em crianças e na melhoria das habilidades dos pais e da saúde mental deles em curto prazo. O custo do programa foi modesto quando comparado com os custos de saúde, sociais, educacionais e outros legais, em longo prazo, associados a problemas de conduta na infância.
Incertezas em relação aos benefícios, aos danos potenciais e aos riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	Segundo o estudo realizado por Ciciriello *et al.* (2013), a heterogeneidade nos resultados relatados e os instrumentos utilizados para medir esses resultados geraram uma meta-análise limitada para todas as comparações. Não foi possível discutir acerca da importância clínica dos resultados devido à falta de informações sobre a diferença mínima clinicamente importante dos resultados medidos. Além disso, a variabilidade dos objetivos e do conteúdo das intervenções educativas multimídia, a falta de informação sobre em qual basear a avaliação da sua qualidade e as conclusões desta revisão são limitadas. A comparação de estudos sobre educação multimídia só pode ser realizada com outros programas multimídia, o que dificulta a extração dos dados para avaliação, causando confusão em algumas interpretações. Outra incerteza refere-se aos estudos utilizados, que fornecem evidências de baixa qualidade. Em outras situações, o efeito de educação multimídia pode ter sido superestimado pelo desenho metodológico de alguns dos estudos. Revisão sistemática realizada por Furlong *et al.* (2012) demonstra que há necessidade de estudos em larga escala de ensaios bem desenhados para abordar os riscos em torno dos procedimentos de randomização, dos erros de seleção, do tamanho de amostra e do nível de fidelidade da implementação. Outra incerteza relaciona-se às medidas independentes que não são comumente relatadas, de modo a fornecer resultados mais robustos. Os resultados aplicam-se, assim, a intervenções parentais em grupos, baseadas na teoria social de aprendizagem, e para crianças de 3 a 12 anos com um nível clínico de problemas de conduta no início do estudo. Em revisão sistemática realizada por Hoagwood (2005), poucos estudos identificados eram focados especificamente em populações com transtornos mentais. Os resultados avaliados e relativos ao tratamento são muito limitados do ponto de vista metodológico para que se tenha uma visão mais adequada do impacto das intervenções familiares. O número limitado de estudos avaliados impede qualquer conclusão relacionada a maior ou menor eficácia no tratamento da ansiedade e da depressão relativa à terapia cognitivo-comportamental computadorizada. O atrito nas intervenções da terapia cognitivo-comportamental é alto, e pode ser que a manutenção do envolvimento seja difícil ao conduzir a terapia cognitivo-comportamental computadorizada com crianças e adolescentes, que podem ter níveis variados de motivação devido a sintomas depressivos. A terapia cognitivo-comportamental computadorizada tem sido raramente usada em crianças menores de 10 anos, e, com uma ampla faixa etária de alguns programas, não está claro se ela é igualmente benéfica para crianças menores e adolescentes mais velhos (RICHARDSON; STARLLARD; VELLEMAN, 2010).
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os elementos relacionados à educação multimídia consistiram na utilização de vídeos, programas baseados em computadores, incluindo um jogo de computador, e em apresentações audiovisuais em slidetape. A educação multimídia poderia ser usada nos casos em que profissionais de saúde não conseguissem fornecer um serviço de educação (CICIRIELLO *et al.*, 2013).

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
	Na revisão sistemática realizada por Ahmed e Bower (2008), os elementos relacionados à autoajuda foram representados por intervenções utilizando computador, como: programas educacionais, biblioterapia, leituras de material com funções terapêuticas e áudio e vídeo. No estudo realizado por Furlong *et al.* (2012), a terapia comportamental e a terapia cognitivo-comportamental em grupo incluiu a gravação de vídeos relacionados à interação pai-filho, às discussões em grupo, aos jogos de interpretação (role-plays) e aos trabalhos a serem desenvolvidos no ambiente doméstico. Além disso, tiveram como elementos, em outros programas, o fornecimento de material educativo e o acompanhamento dos participantes dos programas. No estudo realizado por Hoagwood (2005), os elementos relacionados aos programas relatam treinamento para pais para estimulação do apoio a crianças em casa, desenvolvimento emocional das crianças e jogos interativos. Além disso, citam-se outros treinamentos com os pais para transtorno de humor, transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (TDAH), educação cognitiva dos pais, avaliação de atitudes sobre tratamento em saúde mental, terapias de grupo e participação dos pais em tratamento domiciliar para autismo. Em estudo realizado por Richardson, Starllard e Velleman (2010), os elementos referentes ao uso de terapia cognitivo-comportamental computadorizada incluíram programas interativos e multimídia, além de psicoeducação, exercícios e questionários, tarefas de trabalho em casa, vinhetas de casos, narração, desenhos animados e vídeos.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Quanto à percepção do cuidado, não foram observadas diferenças entre a educação multimídia e a educação fornecida por profissionais de saúde, como médicos e farmacêuticos. A percepção dos participantes sobre a educação multimídia revelou um aprendizado de informações sobre medicamentos que antes não era conhecido (CICIRIELLO *et al.*, 2013). Na revisão realizada por Richardson, Starllard e Velleman (2010), demonstrou-se que os estudos que mediram a satisfação dos clientes encontraram níveis moderados a altos de satisfação infantil. Os participantes pareciam apreciar os componentes específicos dos programas, bem como o anonimato que esses programas permitiam aos participantes.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação

Para essa opção, foram identificadas sete revisões sistemáticas que analisaram diferentes tipos de intervenções precoces para prevenir transtornos mentais em crianças e adolescentes. Duas dessas revisões foram classificadas como de qualidade moderada, outras duas como de qualidade baixa, e três de qualidade criticamente baixa. No Quadro 4, são apresentados resumos dos principais resultados da evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que queiram saber mais sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 4 (ou para obter citações para as revisões), no Apêndice D se encontra uma descrição mais completa dessas revisões.

Quadro 4 – Achados relevantes para a Opção 4, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	A revisão sistemática (THOMAS; LORENZETTI; SPRAGINS, 2011) aponta que apenas dois ensaios clínicos randomizados encontraram redução significativa no uso de álcool e drogas, e outro apontou menos uso de drogas. Portanto, o benefício do grande esforço despendido nos programas pode ser modesto. Benefícios separados podem ter resultado da comunidade, atividades de crescimento e habilidades de pais e pessoal (não avaliados separadamente nesta revisão). Foxcroft e Tsertsvadze (2011) salientam que os programas de prevenção baseados na família não se concentram exclusivamente na prevenção de um comportamento (por exemplo, uso indevido de álcool), pois eles têm uma orientação psicossocial de desenvolvimento projetada para impactar uma série de comportamentos de saúde e estilo de vida entre os jovens. Tais programas oferecem uma vantagem sobre os programas de prevenção do uso indevido de álcool, impactando potencialmente um conjunto mais amplo de comportamentos problemáticos, por exemplo, maconha, tabaco, drogas "pesadas", comportamento antissocial. No geral, as evidências apontam eficácia de certos programas baseados na família para a prevenção do abuso de álcool entre jovens, com tamanhos de efeito geralmente pequenos, mas potencialmente importantes baseados em modelos econômicos. A revisão de Karki *et al.* (2012) demonstrou uma variedade de intervenções implementadas para reduzir o comportamento de uso de substâncias por adolescentes, entre as quais: intervenção baseada na família, intervenção com base individual, intervenção baseada na comunidade, intervenção na escola e intervenção combinada, mostrando que os resultados são efetivos para redução do uso de substâncias. Além disso, há intervenções que fornecem informações desde o início da adolescência, integrando indivíduos, pais, professores, grupos e domínios comunitários para reduzir o uso de substância entre adolescentes ≤18 anos de idade. A prevenção do uso de drogas ilícitas nos ensaios utilizados nesta revisão (SALVO *et al.*, 2012) foi a mais bem-sucedida para prevenir uso de substâncias (por exemplo, maconha, álcool). Estudos demonstram que programas que incorporam o desenvolvimento de habilidades sociais na faixa etária de adolescentes tem maior promessa de prevenção do uso de substâncias. O estudo (DRETZKE *et al.*, 2009) avalia que, no geral, os programas parentais são um tratamento eficaz para crianças com problemas de conduta, porém a eficácia relativa de diferentes programas parentais requer mais pesquisas. A revisão (HARKNESS; BOWER, 2009) fornece algum suporte para hipótese em cuidados primários e profissionais em saúde mental que fornecem terapia psicológica e psicossocial na atenção primária à saúde. Essas intervenções causam reduções nas taxas de consultas, na prescrição de psicotrópicos e nas referências de saúde mental entre pacientes tratados pelos prestadores de cuidado, no entanto os efeitos são modestos. No geral, a evidência sugere que os cuidados primários no local de atendimento são associados a mudanças no comportamento dos cuidadores. A evidência não apoia a adição de cuidados primários e profissionais em saúde mental, com objetivo de reduzir a demanda dos cuidadores ou alcançar mudanças duradouras no seu comportamento clínico, que generaliza para prática mais ampla na população. A revisão (VAN GINNEKEN *et al.*, 2013) sugere que a atuação de profissionais de saúde não especializados em saúde mental e neurológica quanto ao uso de substâncias que atuam sobre o sistema nervoso central tem algum impacto nos resultados, embora a evidência seja globalmente de baixa qualidade. Considerando a multiplicidade de configurações, distúrbios, intervenções e profissionais de saúde abordados nesta revisão, ainda há poucos estudos sobre cada categoria para tirar conclusões acerca das características específicas de intervenção (como tipo de profissional de saúde, duração da intervenção, níveis de treinamento e supervisão etc.) que podem ter impacto na eficácia.

continua

continuação

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Danos potenciais	A revisão sistemática não identificou possíveis danos potenciais, entretanto é citado que benefícios separados podem ter resultado na comunidade, nas atividades de crescimento e nas habilidades de pais e pessoal (não avaliados separadamente na revisão). Harkness e Bower (2009) relacionam a questão de compensação de custos com efeitos dos trabalhadores em saúde mental na utilização dos serviços em vez de questões referentes à qualidade dos cuidados ou aos resultados dos pacientes. Deve-se notar que mudanças no comportamento dos cuidadores e reduções na prescrição de antidepressivos são, geralmente, vistos como positivos, pois reduzem os custos dos cuidados. Contudo, outros estudos apontaram que essa suposição pode gerar desafios, pois as reduções podem alterar a relação custo-eficácia diante do novo padrão de cuidado, devido aos resultados clínicos inferiores aos tratamentos. A revisão (VAN GINNEKEN *et al.*, 2013) não apresenta evidências suficientes para tirar conclusões sobres os danos potenciais das intervenções de profissionais de saúde não especializados.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Foi avaliado que, como os efeitos pequenos podem fornecer importantes benefícios em termos de custo-benefício para programas de prevenção, é importante realizar estudos com poder estatístico suficiente para detectar pequenos efeitos. Esses pequenos efeitos podem variar em tamanho e importância entre subgrupos, portanto pesquisas adicionais também devem ser realizadas para detectar efeitos de subgrupos hipotéticos. O presente estudo sugestiona a implementação da opção em relação ao custo-benefício, mas não faz essa análise detalhada. A revisão sistemática (DRETZKE *et al.*, 2009) avalia que problemas de conduta entre crianças e adolescentes estão associados a altos custos psicológicos e financeiros, além de prognósticos ruins se não forem tratados, sugerindo que os programas de educação parentais possam ser rentáveis ou possam levar à economia de custos, evitando o tratamento alternativo. A revisão sistemática (HARKNESS; BOWER, 2009) apresenta vários estudos que determinam os custos como foco. Esses estudos demonstraram que os custos estão relacionados aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, às prescrições de medicamentos, bem como os custos relacionados à aplicação de novas intervenções. Os custos sugerem que as intervenções dos profissionais de saúde não especializados pode se rentável para depressão e transtorno de estresse pós-traumático, não havendo evidências suficientes para conclusões definitivas (VAN GINNEKEN N *et al.*, 2013).
Incertezas em relação aos benefícios, aos danos potenciais e aos riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	A incorporação de profissionais em saúde mental às equipes de Atenção Primária à Saúde é uma intervenção complexa no sentido de que opera alterando tanto as relações interprofissionais quanto as relações interpessoais de trabalho. Tais intervenções podem ser tratadas como "caixa-preta", e geralmente dão pouca informação sobre como ou por que uma intervenção específica causou (ou não) mudanças (HARKNESS; BOWER, 2009). As atividades dos profissionais de saúde leigos e de professores, para reduzir os sintomas de depressão ou transtorno de estresse pós-traumático entre as crianças, são incertas. Os dados não foram suficientes para tirar conclusões sobre a relação de custo-eficácia ou sobre o impacto do uso de profissionais de saúde não especializados ou de professores nas pessoas com outras condições, como epilepsia, esquizofrenia, problemas com álcool e abuso de drogas (VAN GINNEKEN *et al.*, 2013).

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Segundo a revisão, deve ser realizada por meio de três métodos: orientação frequente, treinamento dos orientadores, que devem receber supervisão constante e manutenção dos programas, devendo ter suas atividades explicitadas, com um extenso programa envolvendo o orientador e o adolescente (aprendiz). As estratégias subjacentes envolvem manter o aprendiz ocupado e envolvido em experiências positivas, recebendo feedback e incentivo dos orientadores, deixando menos tempo para envolvimento com álcool e outras drogas, e fornecendo a eles mesmos motivos para a redução do uso dessas substâncias. Foram conduzidos 12 ensaios nos EUA e 1 ensaio na Holanda. Em todos os 12 ensaios, programas universais de prevenção baseados na família foram implementados (THOMAS; LORENZETTI; SPRAGINS, 2011). De outros 27 estudos, 23 foram realizados nos Estados Unidos, 2 na Austrália, 1 na Índia e 1 no Canadá. Portanto, mais pesquisas devem ser conduzidas em outros países a fim de avaliar a eficácia da intervenção de diferentes pontos de vista culturais e éticos (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011). A revisão sistemática (DRETZKE *et al.*, 2009) não refere os locais de implementação ou de teste da intervenção. A revisão inclui estudos de aconselhamento não diretivo, terapia cognitivo-comportamental, terapia cognitivo-analítica, psicoterapia dinâmica breve, terapia de resolução de problemas, terapia interpessoal, autoajuda facilitada, terapia ocupacional, clínicas psiquiátricas baseadas na prática e trabalho social (HARKNESS; BOWER, 2009). Outros elementos que compõem essa opção são: intervenções clínicas (médicas e psicológicas) e de serviços prestados na atenção primária ou na comunidade por profissionais de saúde não especializados, destinados a melhorar os distúrbios do sistema nervoso central; psicoterapia ou tratamento farmacológico; acompanhamento ou reabilitação de pessoas com distúrbios e em tratamento de recaída (VAN GINNEKEN *et al.*, 2013).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Os programas parentais podem ter impacto significativo no bem-estar psicossocial dos pais, incluindo estresse e autoestima, e pode haver algum benefício de tais programas, independentemente do grupo étnico (DRETZKE *et al.*, 2009).

Fonte: Elaboração própria.

Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil

As estratégias utilizadas para promover o uso adequado de medicamentos psicotrópicos envolvem, entre outras iniciativas, a promoção da prescrição racional, a realização de ações centradas no provimento de informação adequada sobre a utilização de medicamentos e o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade. As intervenções relacionadas à promoção do uso de medicamentos para a saúde mental referem-se a diversas estratégias que envolvem: adoção de protocolos/diretrizes baseados em evidência; monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos; promoção de iniciativas de treinamento para profissionais de saúde e usuários sobre avaliação crítica de evidência e uso apropriado de medicamentos psicotrópicos; prescrição apropriada de medicamentos para transtornos mentais.

Foi utilizada uma síntese de evidências de boa qualidade. Há evidência de investigação sintetizada disponível sobre um número de estratégias que abordam os componentes dessa opção. No Quadro 5, é fornecido um resumo dos resultados-chaves dessa evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 5 (obter citações para as revisões), no Apêndice E encontra-se uma descrição mais completa dessas revisões.

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

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Uma revisão da Cochrane avaliou a eficácia das estratégias de implementação de diretrizes na melhoria dos resultados do processo (desempenho dos prestadores de cuidados de saúde) e dos resultados dos cuidados em pacientes com transtornos mentais. Foram incluídos cinco ensaios clínicos randomizados, que, embora tenham fornecido evidências de que a implementação de diretrizes de tratamento pode alcançar pequenas práticas de saúde mental, destacaram uma lacuna no conhecimento, com escassa informação disponível para pessoas com problemas de saúde mental, profissionais de saúde e decisores políticos (WHO, 2017). A utilização de bancos de dados administrativos, para investigar associações entre a exposição a medicamentos e resultados adversos ou benéficos, e a realização de revisões de utilização de medicamentos podem contribuir para prevenção de erros de medicação, além de auxiliar a identificação do seguimento das diretrizes clínicas (*guidelines*) pelos profissionais de saúde (BARBUI *et al*, 2014). Um conjunto de cuidados baseados em uma breve intervenção educativa para as famílias, mais supervisão e fácil acesso ao medicamento, pode ser usado para melhorar os serviços para pessoas com esquizofrenia nos países de baixa e média renda (GRIMSHAW *et al*, 2005). As iniciativas de pesquisa também podem ser consideradas estratégias de apoio ao uso mais adequado de medicamentos psicotrópicos. A realização de estudos independentes "multicêntricos", cujos investigadores atuam simultaneamente como médicos e pesquisadores, pode ser ferramenta poderosa para estimular uma atitude crítica em relação aos hábitos de prescrição (WHO, 2017). O aprimoramento de habilidades de avaliação crítica baseada em evidências ligadas a diretrizes clínicas e listas de medicamentos essenciais pode ajudar a estabelecer bons hábitos de prescrição. A formação é mais bem-sucedida se for concentrada nos problemas de saúde comuns, considerando conhecimentos, atitudes e competências prévias para se apropriar a prescrição (WHO, 2017). Uma revisão Cochrane realizada para avaliar se o ensino de habilidades de avaliação crítica para os profissionais de saúde levou a mudanças nos processos de cuidados, nos resultados de saúde dos pacientes e no conhecimento dos profissionais de como avaliar criticamente os trabalhos de pesquisa, ou todas as três intervenções juntas, descobriu que intervenções de ensino de avaliação crítica de baixa intensidade podem resultar em ganhos. No entanto, havia falta de evidências de qualidade sobre se o ensino de habilidades de avaliação levou a mudanças no processo de atendimento ou a mudanças nos resultados dos pacientes (HORSLEY, 2011).
Danos potenciais	Não foram identificados danos potenciais.

continua

conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	As evidências de como as diretrizes devem ser implementadas para maximizar os custos e os benefícios são limitadas.
Incertezas em relação aos benefícios, aos danos potenciais e aos riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	Não foram relatadas incertezas.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os principais elementos dessa síntese são: adoção de protocolos/diretrizes baseados em evidência; monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos; promoção de iniciativas de treinamento para profissionais de saúde e usuários sobre avaliação crítica de evidência e uso apropriado de medicamentos psicotrópicos; prescrição apropriada de medicamentos para transtornos mentais. As intervenções já foram implementadas em países de baixa e média renda, contudo o grau de implementação das intervenções varia de acordo com questões econômicas e sociais dos países (WHO, 2017).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Não foram relatados.

Fonte: Elaboração própria.

Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade

As iniquidades na infância e na adolescência podem se manifestar no surgimento dos transtornos mentais. O desemprego no ambiente familiar pode ser uma causa importante de desigualdades em transtornos mentais. Um relatório recente do Institute of Health Equity acerca dos impactos das crises econômicas sobre a saúde descreve evidências que sugerem associações próximas entre perda de emprego e sintomas (embora não diagnósticos clínicos) de depressão e ansiedade, e demonstra que esses impactos são particularmente claros para os desempregados de longa duração. Para minimizar a iniquidade, pode ser no oferecimento de serviços maternais bons e acessíveis, informações e conselhos sobre estratégias parentais que ajudam a gerenciar transições para a parentalidade são protetores da saúde mental de adultos e crianças. O suporte deve ser mantido durante toda a infância e na adolescência. Além disso, o apoio deve ser apropriado para circunstâncias parentais e para aquelas do estágio de desenvolvimento da criança (WHO, 2014).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

Embora as opções apresentadas não tenham que, necessariamente, ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão de sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da Opção 1

Níveis	Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para criança e adolescente
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	Estudos demonstram que é necessária a implementação de treinamentos específicos para os agentes comunitários e a comunidade que executam intervenções preventivas psicossociais e psicológicas (MUTAMBA *et al.*, 2013).
Trabalhadores de saúde	O estudo realizado por Park *et al.* (2014) mostra que há implicações para prática terapêutica ocupacional dos profissionais. As equipes multidisciplinares de intervenção precoce devem integrar aspectos mentais e relacionados ao movimento ao projetar programas de intervenção precoce. O estudo realizado por Perry *et al.* (2010) enfatiza a importância do nível de educação dos consultores em saúde mental, treinamento em consulta de saúde mental na primeira infância e tópicos relacionados, bem como supervisão. A maioria dos estudos empregou consultores de saúde mental com mestrado ou superior, e muitos forneceram a esses consultores de saúde mental treinamento e supervisão adicionais. Infelizmente, vários estudos forneceram informações limitadas sobre o modo de treinamento e supervisão de consultores (PERRY *et al.*, 2010). É importante considerar a redistribuição racional de tarefas entre as equipes de saúde, a fim de fazer o uso mais eficiente dos trabalhadores de saúde no sistema (MUTAMBA *et al.*, 2013).
Organização de serviços de saúde	Perry *et al.* (2010) não relatam com relação à organização de serviços de saúde, mas considera que os pesquisadores devem se unir a formuladores de políticas estaduais e municipais e gerentes de programas para gerar novos conhecimentos sobre os elementos críticos da consulta efetiva. A redistribuição racional de tarefas entre as equipes de força de trabalho de saúde existente torna-se mais eficiente no sistema, quando essa intervenção envolver os responsáveis pela organização dos serviços de saúde (MUTAMBA *et al.*, 2013).
Sistemas de saúde	Fatores associados aos sistemas de saúde, como supervisão em países de baixa e média renda, precisam de implementação para que as ações funcionem (MUTAMBA *et al.*, 2013).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da Opção 2

Níveis	Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para criança e adolescente
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	O apoio ao autocuidado na saúde mental de crianças e jovens requer uma parceria entre os prestadores de serviços, crianças e adolescentes e aqueles que cuidam deles. Crianças, adolescentes e suas famílias necessitam de apoio contínuo e contato com os serviços (PRYJMACHUK *et al.*, 2014). Embora as intervenções lideradas por professores possam ser mais fáceis de oferecer para um grande número de jovens e sejam menos dispendiosas de implementar, ainda é necessário demonstrar que essas intervenções têm efeitos estáveis. Sessões adicionais com pais não influenciaram os tamanhos dos efeitos (TEUBERT; PINQUART,2011). A capacitação específica dos pacientes e dos indivíduos é importante para utilização dos programas de saúde (WADDELL *et al.*,2007).
Trabalhadores de saúde	Os profissionais da saúde não foram consultados sobre a aplicabilidade, apesar de os autores deixarem clara a necessidade de mais profissionais da área de saúde mental para garantir os resultados encontrados (HAWTON *et al.*, 2015). Littell, Popa e Forsythe (2005) salientam a importância do nível de educação e capacitação dos profissionais envolvidos com a terapia multissistêmica. Equipes de tratamento consistem em terapeutas profissionais e assistentes de casos de crise, que são supervisionados por psicólogos clínicos ou psiquiatras. Terapeutas no contexto do estudo representam os profissionais de saúde mental com mestrado ou doutorado. Segundo Ahlen, Lenhard e Ghaderi (2015), os profissionais de saúde mental e professores executam as intervenções nos programas. Os profissionais de saúde devem ter qualificação para atuar nos serviços de atenção primária, mesmo que, por vezes, essa qualificação não seja específica para saúde mental (PRYJMACHUK *et al.*, 2014). Segundo Teubert e Pinquart (2011), a análise univariada de moderadores mostrou efeitos significativos em longo prazo apenas em intervenções lideradas por profissionais de saúde mental, porém a profissão do intervencionista não foi significativa na análise multivariada. É necessária a capacitação dos profissionais de saúde para execução dos programas de saúde (WADDELL *et al.*, 2007).
Organização de serviços de saúde	O estudo realizado por Teubert e Pinquart (2011) não descreve o serviço de saúde adequado para a intervenção, mas deixa clara a aplicabilidade da intervenção proposta em várias esferas, sendo possível a aplicação em escolas e unidades de saúde. Os formuladores de políticas podem implementar esses programas, idealmente mantendo a fidelidade aos protocolos originais e avaliando simultaneamente os resultados por meio de métodos de ensaios clínicos randomizados (WADDELL *et al.*, 2007).
Sistemas de saúde	Não foram relatados.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da Opção 3

Níveis	Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	Os participantes precisam ser orientados quanto ao uso de medicamentos, à forma correta de utilizá-los e às possíveis reações adversas, com objetivo de incentivar a autonomia racional do acompanhamento do tratamento (CICIRIELLO *et al.*, 2013). É necessário avaliar o grau de aceitabilidade das tecnologias por parte dos adolescentes, incluindo educação, habilidades e questões socioculturais, como o estigma (AHMED; BOWER, 2008). O empoderamento familiar é importante, uma vez que houve aumento significativo ao longo do tempo enquanto a criança estava recebendo serviços de saúde mental. Houve tendência de fortalecimento da relação em comunidade relatada pelos pais. A mudança no empoderamento familiar ao longo do tempo foi preditor significativo de mudança na externalização de crianças com problemas durante os serviços (HOAGWOOD, 2005).
Trabalhadores de saúde	Os profissionais de saúde devem ser habilitados a fornecer informações sobre medicamentos prescritos e a orientar os participantes a tarefas de autogerenciamento. Devem saber informar sobre tomada do medicamento em doses e tempos corretos, monitorando a resposta a tratamentos (CICIRIELLO *et al.*, 2013). A capacitação dos profissionais quanto à prestação das intervenções de autoajuda influenciam na sua aplicabilidade (AHMED; BOWER, 2008).
Organização de serviços de saúde	Ahmead e Bower (2008) mencionam a estrutura dos sistemas de saúde e educação como fator que pode influenciar na implementação das tecnologias de autoajuda.
Sistemas de saúde	Há a necessidade da criação de uma política que suporte um sistema de saúde racional, além de maior esforço para melhorar o envolvimento da família nas intervenções parentais. A criação de programas sobre os conteúdos e os processos de envolvimento da família pode acelerar o progresso para melhorar a vida de crianças, adolescentes e suas famílias (HOAGWOOD, 2005).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9 – Considerações sobre a implementação da Opção 4

Níveis	Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	A revisão sistemática (Thomas; Lorenzetti; Spragins, 2011) não cita as qualificações quanto a aprendiz, entretanto cita a importância dos orientadores (ou mentores) informais durante o andamento das intervenções. Os trabalhos dos orientadores treinados devem ser cuidadosamente avaliados. As características sociais dos adolescentes, bem como a idade-alvo, são importantes para o sucesso das intervenções (FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011).
Trabalhadores de saúde	A revisão sistemática (THOMAS; LORENZETTI; SPRAGINS, 2011) inclui programas de orientação cujo objetivo é impedir o uso de álcool e outras drogas, independentemente da intervenção, por meio de orientadores. Não são incluídos os pais nessa orientação, pois o papel deles pode se confundir (papel da família confronta o papel de orientação). Os orientadores (ou mentores) podem ser "orientadores informais", indivíduos da comunidade que o aprendiz descobre e com os quais se relaciona, ou "orientadores formais", designados como parte de um programa. Segundo Salvo *et al.* (2012), os pesquisadores podem realizar desenvolvimento de protocolos de pesquisa que abordam as metodologias necessárias para construir melhores revisões sobre o abuso de substâncias por crianças e adolescentes, problemas que caracterizam a pesquisa disponível.

continua

conclusão

Níveis	Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação
Organização de serviços de saúde	Não é descrita a organização dos serviços de saúde para a implementação da opção, porém entende-se que as intervenções devem ser feitas junto ao nível de Atenção Primária à Saúde (SALVO *et al.*,2012).
Sistemas de saúde	Os sistemas de saúde devem integrar tomadores de decisão e profissionais, de modo a harmonizar os programas de intervenção (SALVO *et al.*,2012).

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Considerações sobre a implementação da Opção 5

Níveis	Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental
Pacientes/indivíduos/ tomadores de decisão	Quando em uso de tratamento medicamentoso, os pacientes devem ser informados sobre os possíveis efeitos secundários do tratamento e as medidas para gerir os efeitos colaterais (por exemplo, redução da dose), devendo ser orientados sobre a importância da adesão. A adesão ao tratamento é essencial para uma resposta ótima e é bastante variável, podendo ser melhorada por meio de programas de educação ao paciente (WHO, 2017).
Trabalhadores de saúde	Os profissionais de saúde devem ser orientados de que as diretrizes não devem apenas ditar as decisões a serem tomadas com pacientes individuais. O raciocínio clínico sobre psicopatologia e fenomenologia clínica, a avaliação cuidadosa das necessidades dos pacientes, as expectativas e as experiências da equipe clínica devem ser destacadas como características de qualquer processo de decisão clínica (WHO, 2017). A auditoria das atividades clínicas e o feedback aos profissionais de saúde também devem ser considerados componentes relevantes de quaisquer estratégias de implementação de diretrizes (WHO, 2017).
Organização de serviços de saúde	A implementação de diretrizes deve ser sempre descrita e documentada, a fim de aumentar a compreensão de como as evidências disponíveis podem ser mais bem utilizadas para melhorar a prática clínica. Se possível, o impacto dos programas de implementação deve ser estudado usando modelos de estudo confiáveis, incluindo ensaios randomizados e ensaios randomizados de cluster (WHO, 2017). Se as recomendações de tratamento internacionais ou nacionais forem adotadas, a implementação local deve levar em conta questões como juízos de valor, uso de recursos, características do contexto local e viabilidade, todos os quais podem diferir amplamente em diferentes contextos de cuidados de saúde (WHO, 2017).
Sistemas de saúde	No nível local de saúde, uma utilização mais apropriada pode ser conseguida por meio de iniciativas de educação e formação para pessoal de saúde sobre avaliação crítica de evidências científicas e sobre o uso e o monitoramento de medicamentos psicotrópicos (WHO, 2017).

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. **Sociology**, v. 44, n. 4, p. 603-622, 2010.

AHLEN, Johan; LENHARD, Fabian; GHADERI, Ata. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. **The journal of primary prevention**, v. 36, n. 6, p. 387-403, 2015.

AHMED, Muna; BOWER, Peter. The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, v. 2, n. 1, p. 20, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5**. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

AMSTALDEN, Ana L. Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina C. Lopes; MONTEIRO, Taciane P. Maia. A Política de Saúde Mental Infanto-juvenil: seus percursos e desafios. *In:* RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Osvaldo Yoshimi. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 34-45.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais–o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 16, n. 1, 2014.

ARCHER, Janine *et al.* Collaborative care for depression and anxiety problems. **Cochrane Database Syst. Rev**., n. 10, p. CD006525, 17 Oct. 2012.

BARBUI, Corrado *et al.* Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 4, p. 737-739, 2014.

BECK, Aaron T. *et al.* Beck depression inventory (BDI). **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 224/1992**. Brasília, DF: MS, 1992. Disponível em: http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicaçoes/legislação_mental.pdf.2002. Acesso em: 2 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 336/2002**. Brasília, DF: MS, 2002b. Disponível em: http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicaçoes/legislação_mental.pdf.2002. Acesso em: 2 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS, 2004.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicol. ciênc. prof**., v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

CARVALHO, Igho Leonardo do Nascimento. CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 6, n. 14, p. 42- 60, 2014.

CARVALHO, Igho Leonardo do Nascimento. **Uso de psicofármacos em adolescentes atendidos pelos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza-CE**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Ana Maria. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. *In:* ZORZANELLI, R; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F. (org.). **A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 7-273.

CICIRIELLO, Sabina. *et al*. Multimedia educational interventions for consumers about prescribed and over- the-counter medications. **Journal of evidence-based medicine**, v. 6, n. 2, p. 121, 2013.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL-INTERSETORIAL DE FORTALEZA, 2., 6/7 abr. 2010, Fortaleza. **Relatório Final.** Fortaleza: Conselho Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010. 66 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL-INTERSETORIAL, 4., 27 jun./1 jul 2010. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, 1992.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In:* AMARANTE, P. (org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia clínica**, v. 27, n. 1, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 30, n. 4, p. 390- 398, 2008.

COX, Georgina R. *et al*. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. **Cochrane Database Syst. Rev**., n. 11, p. CD007504, 14 Nov. 2012.

DE ARAUJO FIORE, Mariana. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 364-380, 2005.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 357-366, 2012.

DINIZ, Margareth. Os equívocos da infância medicalizada. *In:* FORMACAO DE PROFISSIONAIS E A CRIANCA-SUJEITO, 7., 2008, São Paulo. **Proceedings** […]. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 13 fev. 2022.

DRETZKE, Janine *et al.* The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, v. 3, n. 1, p. 7, 2009.

DUNST, Carl J.; BRUDER, Mary Beth. Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervention, and Natural Environments. **Exceptional Children**, v. 68, n. 3, p. 361-375, 2002. DOI 10.1177/001440290206800305. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001440290206800305. Acesso em: 13 fev. 2022.

EVANS, Tim; BROWN, Hilary. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. **Injury control and safety promotion**, v. 10, n. 1-2, p. 11-12, 2003.

FOX, Nick J.; WARD, Katie J. Pharma in the bedroom. and the kitchen The pharmaceuticalisation of daily life. **Sociology of health & illness**, v. 30, n. 6, p. 856-868, 2008.

FOXCROFT, David R.; TSERTSVADZE, Alexander. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 9, p. CD009308, 2011.

FURLONG, Mairead. *et al.* Behavioral and cognitive-behavioural group-based parenting interventions for early-onset conduct problems in children age 3-12 years. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, 2012.

GAMA, Clarissa Severino *et al.* Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Esado do Rio Grande do Sull. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 1, p. 21-28, jan./abr. 2004.

GONDIM, Ana Paula Soares; MACIEL, Ana Paula Pessoa; MONTEIRO, Mirian Parente. Therapeutic approach and its relationship with social and economic characteristics of users of centers for psychosocial care for children and adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 383-390, 2017.

GRIMSHAW, J. M. *et al.* Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 149-149, 2005.

GUARIDO, Renata *et al.* A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. *In:* CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 27-39.

HARKNESS, Elaine F.; BOWER, Peter J. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. **Cochrane Database Syst. Rev**., n. 1, p. CD000532, Jan. 2009.

HAWTON, K. *et al.* Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 8, p. 740-750, Aug. 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30070-0. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27422028.

HAWTON, Keith *et al.* Interventions for self-harm in children and adolescents. **BJPsych Advances**, v. 22, n. 5, p. 286-286, 2016.

HOAGWOOD, Kimberly Eaton. Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 46, n. 7, p. 690-713, 2005.

HOFFMANN, Maria Cristina Corrêa Lopes; SANTOS, Darci Neves; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 633-642, 2008.

HORSLEY, Tanya *et al.* Teaching critical appraisal skills in healthcare settings. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 11, p. CD001270-CD001270, 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf. Acesso em: 6 jun. 2012.

ILLICH, Ivan; CAVALCANTI, José Kosinski. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro, 1975.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clinica**, v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013.

KARKI, Suyen *et al.* The effects of interventions to prevent substance use among adolescents: A systematic review. **Journal of Child & Adolescent Substance Abuse**, v. 21, n. 5, p. 383-413, 2012.

LITTELL, Julia H.; POPA, Melania; FORSYTHE, Burnee. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 (Cochrane Review). **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2005.

MACIEL, Ana Paula Pessoa. **Utilização de psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infantojuvenvil de Fortaleza**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MEEKUMS, Bonnie; KARKOU, Vicky; NELSON, E. Andrea. Dance movement therapy for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, 2015.

MORETTO, Cybele Carolina; CONEJO, Simone Peixoto; TERZIS, Antonios. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 55-67, jun. 2008.

MUTAMBA, Byamah Brian *et al.* Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 412, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: ArtMed, 1993. 352 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2018. Versão 2.0. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PARK, Hae Yean *et al*. Effects of early intervention on mental or neuromusculoskeletal and movement- related functions in children born low birthweight or preterm: a meta-analysis. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 3, p. 268-276, 2014.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. *In:* TANAKA, O.; YOSHIMI, L.; RIBEIRO, E. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 75-92.

PERRY, Deborah F. *et al*. The evidence base for mental health consultation in early childhood settings: A research synthesis addressing children's behavioral outcomes. **Early Education and Development**, v. 21, n. 6, p. 795-824, 2010.

POLANCZYK, Guilherme V. *et al*. Annual Research Review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

PRYJMACHUK, Steven *et al*. Developing a model of mental health self-care support for children and young people through an integrated evaluation of available types of provision involving systematic review, meta- analysis and case study. **Health Services & Delivery Research**, v. 2, n. 18, 2014.

RAHMAN, A. *et al*. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bull. World Health Organ**., v. 91, n. 8, p. 593-601I, 1 Aug. 2013. DOI: 10.2471/BLT.12.109819. Epub 2013 Apr 18. PMID: 23940407, PMCID: PMC3738304.

RIBEIRO, Mário Sérgio. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. *In:* RIBEIRO, Mário Sérgio. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007. p. 9-292.

RICHARDSON, Thomas; STALLARD, Paul; VELLEMAN, Sophie. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. **Clinical child and family psychology review**, v. 13, n. 3, p. 275-290, 2010.

RIOSA, Priscilla Burnham; MCARTHUR, Brae Anne; PREYDE, Michèle. Effectiveness of psychosocial intervention for children and adolescents with comorbid problems: a systematic review. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 16, n. 4, p. 177-185, 2011.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

ROBERTS, Neil P. *et al.* Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. **Clinical psychology review**, v. 38, p. 25-38, 2015.

SALVO, Nadia *et al.* Prevention of substance use in children/adolescents with mental disorders: a systematic review. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 21, n. 4, p. 245, 2012.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014.

SCHECHTMAN, A. Psiquiatria e infância: uma abordagem histórica. *In:* RUSSO, J.; SILVA FILHO, J. F. (org.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992. p. 85-93.

SERPA JUNIOR, Octavio *et al.* Experience, narrative and knowledge: the perspective of the psychiatrist and the user. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1053-1077, 2014.

SHEA, Beverley J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, v. 358, p. j4008, 2017.

SHECHTMAN, Marya. Philosophical reflections on narrative and deep brain stimulation. **Journal of Clinical Ethics**, v. 21, n. 2, p. 133-139, 2010.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães. Prescrições em serviços de saúde mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p. 6, 2017.

SMEDSLUND, Geir *et al.* Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 5, n. 5, 2011.

TEUBERT, Daniela; PINQUART, Martin. A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. **J. Anxiety Disord.**, v. 25, n. 8, p. 1046-1059, 2011.

THOMAS, Roger E.; LORENZETTI, Diane; SPRAGINS, Wendy. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. **The Cochrane Library**, v. 9, n. 11, p. CD007381, 9 Nov. 2011.

TOMA, Tereza Setsuko *et al.* **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. 456 p. (Temas em saúde coletiva, 22).

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects**: the 2017 Revision. New York: UN, 2017. DVD Edition.

VAN GINNEKEN, Nadja *et al.* Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low-and middle-income countries. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 11, n. 11, p. CD009149, 2013.

VANDERVEEN, Jessica A. *et al.* Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. **Journal of perinatology**, v. 29, n. 5, p. 343-351, 2009.

VITIELLO, Benedetto. Principles in using psychotropic medications in children and adolescents. *In:* REY, J. M. (ed.). **IACAPAP etextbook of child and adolescent mental health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. chap. A.7.

WADDELL, Charlotte *et al.* Preventing mental disorders in children: A systematic review to inform policy-making. **Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique**, v. 98, n. 3, p. 166-173, 2007.

WILLIAMS, Simon J.; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. The pharmaceuticalisation of society?: a framework for analysis. **Sociology of Health & Illness**, v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.

WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH POLICY CENTER. Use this checklist to critique your own policy brief or review another author's brief. *In:* JOHNS HOPKINS. Bloomberg School of Public Health. **Writing Policy Briefs**: Distance Education Module. [2018]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/policy_brief/checklist.pdf. Acesso em: 3 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calouste Gulbenkian Foundation. **Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting mental health**: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO, 2005. 310 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting rational use of medicines**. WHO Policy Perspectives on Medicines Office. Genebra: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region**: final report. Copenhagen: WHO, 2013.

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. A intersetorialidade nas Publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. **Psicologia em Revista**, [*s. l.*], v. 20, n. 1, p. 56-77, jul. 2014.

APÊNDICES

Os quadros a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão sistemática ou a um estudo em particular. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna; e as principais conclusões do estudo que se relacionam com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão sistemática utilizando o instrumento AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess the Methodological Quality of Systematic Reviews*), que avalia a qualidade global usando uma escala de 0 a 16, em que 16/16 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pôde ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR foi diferente de 16. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas, e não os aspectos de políticas analisados nesta síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais, uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa. As demais colunas trazem a proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda (*low and middle income countries* – LMIC), a proporção dos estudos com foco no problema e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.

Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a Opção 1 – Oferecer programas de intervenção precoce para criança e adolescente

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTA R 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
PARK *et al.*, 2014	Intervenção precoce e neurodesevolvimento.	Realizar uma meta-análise para examinar a associação entre intervenção precoce e funções mentais ou neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento de crianças nascidas com baixo peso ao nascer (BPN) ou prematuras.	Os resultados desse estudo apoiam a hipótese de que crianças nascidas com baixo peso ao nascer ou prematuras podem se beneficiar da intervenção precoce de forma significativa, evidências do desenvolvimento de doenças mentais, neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas ao movimento em comparação com crianças nascidas com as mesmas condições que não recebem a intervenção no início. Os resultados mostram que a intervenção precoce, em geral, melhorou significativamente funções mentais de crianças nascidas com baixo peso ao nascer ou prematuras em relação ao aumento do desempenho verbal, funcionamento executivo e escores de QI. Além disso, em relação aos aspectos neuromusculoesqueléticos e às funções relacionadas, crianças nascidas com baixo peso ao nascer ou prematuras que receberam intervenção precoce tiveram melhor comportamento e melhoria neurocomportamental do que os grupos de comparação que não receberam a intervenção precoce. Os resultados sugerem, ainda, que a intervenção precoce é benéfica na melhoria dos resultados funcionais com baixo peso ao nascer e de crianças prematuras, fornecendo-lhes os serviços necessários para apoiar o desenvolvimento.	Revisão de qualidad e criticamente baixa	16/16	0/16	16/16	2013

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTA R 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
			A intervenção precoce pode fornecer importantes contribuições para o desenvolvimento da vida diária, a aprendizagem e as habilidades acadêmicas, emocionais e sociais em crianças, para articular as funções neuromusculoesquelética e as relacionadas ao movimento. Portanto, intervir cedo nas áreas de saúde mental e nas funções neuromusculares e motoras pode diminuir o risco de atrasos no desenvolvimento neurológico durante a fase escolar.					
PERRY et al.,2010	Consulta de saúde mental na primeira infância e o resultado no comportamento das crianças.	Avaliar os efeitos da consulta de saúde mental em ambientes de primeira infância.	Os serviços de consulta em saúde mental na primeira infância foram consistentemente associados a reduções nos comportamentos de externalização relatados pelos professores. As classificações de comportamentos pró-sociais pelos professores foram melhoradas na maioria dos estudos que informaram sobre este domínio.	Revisão de qualidad e criti cam ente baixa	14/14	0/14	0/14	2009

continua

conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTA R 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
MUTAMBA, *et al.*, 2013	Supervisão em países de baixa e média renda; fatores políticos e socioeconômicos nacionais; e fatores comunitários relacionados à liderança, à infraestrutura e à capacitação da comunidade.	Avaliar a base de evidências existente para os papéis e a eficácia dos agentes comunitários na prevenção primária e secundária de distúrbios mentais, neurológicos e de uso de substâncias em países de baixa e média renda.	Um total de 15 estudos, dos quais 11 foram randomizados, preencheu os critérios de inclusão. Os estudos foram heterogêneos em relação às intervenções, aos resultados e aos papéis dos agentes comunitários. A redução dos sintomas de depressão e a melhoria do desenvolvimento mental da criança foram os resultados comuns avaliados. Estratégias de prevenção primária e prevenção secundária foram realizadas em 11 e em 4 estudos, respectivamente. Houve evidência de eficácia das intervenções, entretanto a maioria dos estudos (n=13) envolveu pequenas amostras e todos foram julgados como tendo alto risco ou risco não claro de viés.	Revisão de baixa qualidad e	06/15	15/15	0/15	2013

Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a Opção 2 – Oferecer programas de intervenção psicossocial para criança e adolescente

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Hawton *et al.*, 2015	Não disponível.	Identificar todos os ensaios clínicos randomizados de intervenções psicossociais, agentes farmacológicos ou produtos naturais para crianças SH (autoflagelação) em adolescentes, e realizar meta-análises (quando possível) para comparar os efeitos de tratamentos específicos com tipos de comparação de tratamento (por exemplo, tratamento usual (TAU), placebo ou tratamento farmacológico alternativo) para crianças e adolescentes que apresentam episódios de SH.	Psicoterapia individual baseada em terapia cognitivo-comportamental (TCC). As análises da revisão mostraram benefícios significativos da terapia comportamental dialética para adolescentes (DBT-A), tanto para desesperança quanto para ideação suicida na avaliação de 19 semanas (pós-intervenção) em Mehlum 2014, mas não na avaliação pós-intervenção em Cooney 2010. Há, portanto, algumas evidências de efeitos benéficos para DBT-A, embora as evidências sobre a repetição de autoflagelação (SH) e depressão devam ser atualmente consideradas equivocadas. Em um único ensaio de terapia baseada em mentalização, houve um efeito significativo sobre a repetição de autoflagelação (SH) em favor da mentalização na avaliação pós-intervenção. No entanto, isso foi baseado em menos adolescentes com pontuação acima do ponto de risco no Inventário de Risco e Autodano (RTSHI), e não está claro como essa escala pode se relacionar ao comportamento real da autoflagelação (SH). Os achados desse estudo estão em desacordo com o da avaliação terapêutica, que também se concentrou em melhorar a adesão ao tratamento.	Revisão de qualidade baixa	11/11	(0/11) (1) Nova Zelândia, (6) Reino Unido, (2) EUA, (3) não tiveram os locais dos estudos descritos na revisão	11/11	2015

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
			No entanto, esse último estudo pareceu envolver uma abordagem terapêutica mais intensiva e pró-ativa como parte da avaliação. – Intervenção familiar domiciliar: uma intervenção familiar domiciliar não pareceu produzir um resultado melhor do que o tratamento-padrão em termos de repetição de autoflagelação (SH), ideação suicida, resolução de problemas e desesperança.					
Meekums; Karkou; Nelson, 2015	Intervenções que incluem trabalhos que desenvolvem a consciência do corpo, da sala e do grupo (expressões de movimento e qualidade simbólica do movimento; movimento, sentimento, imagens e palavras; e diferenciação e integração de sentimentos, terapia do movimento).	Avaliar os efeitos da terapia do movimento da dança para depressão com ou sem tratamento-padrão, comparado a nenhum tratamento ou a tratamento-padrão sozinho, terapias psicológicas, tratamento com drogas ou outras intervenções físicas. Além disso, comparar a eficácia de diferentes abordagens de terapia do movimento da dança.	A evidência de 3 estudos em 96 mulheres e 51 homens foi inconclusiva sobre quaisquer efeitos da terapia do movimento da dança (TMD) na depressão. Quando uma análise de subgrupo planejada de 2 estudos adultos homogêneos (51 homens e 56 mulheres) foi realizada, houve evidência de redução na depressão para o grupo TMD realizado durante um período entre 4 e 10 semanas, com um total de 20 sessões combinadas com cuidados-padrão, em comparação com o tratamento-padrão sozinho; no entanto, esse resultado não satisfaz os critérios para uma diferença mínima clinicamente importante e deve ser tratado com cautela, pois é baseado em uma análise de subgrupo de apenas dois estudos de qualidade moderada à baixa (107 participantes). Não foi possível concluir nada sobre a aceitabilidade da TMD das taxas de abandono.	Revisão de qualidade moderada	0/3	02/03 Reino Unido (1); Coreia (1); China (1)	0/3	2014

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
			Efeitos sobre o funcionamento social, a autoestima e a qualidade de vida eram inconclusivos. Todos os resultados devem ser tratados com cautela devido à baixa qualidade das evidências.					
Roberts *et al.*, 2015	Não disponível.	Determinar a eficácia de terapias psicológicas destinadas a tratar sintomas de estresse traumático, sintomas de abuso de substâncias ou ambos em pessoas em tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com comorbidade relacionada ao uso de substâncias psicoativas, em comparação com condições de controle (cuidados habituais, condições de lista de espera e nenhum tratamento) e outras terapias psicológicas.	Terapias psicológicas individuais com um componente focado no trauma mais a intervenção adjunta de desordem relacionada ao uso de substâncias psicoativas foram mais efetivas que o tratamento usual (TAU)/intervenção mínima para pós-tratamento de pessoas com transtorno pós-traumático (PTSD). Terapia psicológica baseada em indivíduos com um componente focado em trauma não teve melhor desempenho do que a terapia psicológica para desordem relacionada ao uso de substâncias psicoativas somente para gravidade do tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).	Revisão de	01/14	12/14 (EUA); 2/14 (Austrália)	0/14	2015

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Archer *et al.*, 2012	Abordagem multiprofissional de atendimento ao paciente: todas as comparações envolveram um profissional provedor de cuidados primários e pelo menos um outro profissional de saúde (ex.: psiquiatra, enfermeira, psicólogo). Em termos de abordagem multiprofissional, alguns estudos incluíram apenas dois profissionais de saúde (provedor de cuidados primários e especialista em saúde mental), enquanto outros incluíram um prestador de cuidados, gerente de caso e especialista em saúde mental.	Avaliar a eficácia do atendimento colaborativo para pacientes com depressão ou ansiedade.	Os resultados das análises primárias demonstraram melhora significativamente maior nos desfechos de depressão em adultos tratados com o modelo de cuidados colaborativos em curto, médio e longo prazos. Os resultados também demonstraram melhora significativamente maior nos desfechos de ansiedade para adultos tratados com a colaboração-modelo de cuidados no curto e no médio prazo.	Revisão de qualidade criticamente baixa	05/90	5/90; EUA (68); Reino Unido (10); outros países europeus – Alemanha e Holanda (5); outros países – Canadá, Chile, Índia e Porto Rico (7)	0/90	2012

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Littel; Popa; Forsythe, 2005	Não disponível	Avaliar os impactos da terapia multissistêmica (TMS) em acordos restritivos de moradia fora de casa, crime e delinquência e outros resultados comportamentais e psicossociais para jovens e suas famílias.	As evidências sugerem que a TMS não é consistentemente mais eficaz do que outras alternativas para jovens com problemas sociais, emocionais ou comportamentais. Não há evidências de que a TMS tenha efeitos prejudiciais em comparação com essas alternativas (que incluem terapia individual e serviços habituais).	Revisão de qualidade moderada	08/08	0/8; EUA (6), Canadá (1) e Noruega (1)	0/8	2003
Smedslund *et al.*, 2011	Intervenção para prevenção do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).	Avaliar a eficácia da entrevista motivacional para prevenção do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), retenção no tratamento, prontidão para mudar e número de condenações repetidas.	A entrevista motivacional (EM) pode reduzir a extensão do abuso de substâncias em comparação com nenhuma intervenção.	Revisão de qualidade baixa	05/59	44/59 (EUA); 5/59 (Austrália); 3/59 (Reino Unido); 2/59 (Canáda); 1/59 (Alemanha); 1/59 (Nova Zelândia); 3/59 (baixa renda do Reino Unido)	0/59	2010

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Cox *et al.*, 2012	Intervenção voltada à utilização da terapia farmacológica é eficaz na prevenção da recaída, mas somente durante o período em que está sendo tomada; terapia cognitivo-comportamental; terapia de continuação em indivíduos que têm início mais precoce do transtorno depressivo; abordagens psicodinâmicas; terapia familiar, relacionamento interpessoal; terapia de aceitação e compromisso (ACT) e ativação comportamental prolongada (ambas consideradas como abordagem terapia cognitivo-	Determinar a eficácia de intervenções precoces, incluindo intervenções psicológicas e farmacológicas, para prevenir recaídas ou recorrência de transtornos depressivos em crianças e adolescentes.	Foram apresentados dados de nove ensaios publicados sobre a eficácia de intervenções farmacológicas e psicológicas para prevenir a ocorrência de recaída após um primeiro episódio de transtorno depressivo em crianças e adolescentes. Houve poucos ensaios direcionados à prevenção de recaída em crianças e adolescentes, e neles havia uma quantidade limitada de dados que poderiam ser agrupados para meta-análise. No momento, é difícil tirar conclusões quanto à abordagem de tratamento mais eficaz a adotar quando se pretende prevenir um segundo ou um próximo episódio de depressão nessa população. Os resultados dessa revisão sugerem que o uso de medicamentos pode ser eficaz na prevenção da ocorrência de recaída de depressão em crianças e adolescentes quando comparados com placebo. Esse resultado é baseado em três ensaios. Uma advertência para o uso de medicação em longo prazo nessa faixa etária é a incerteza sobre os efeitos, em longo prazo, de medicamentos antidepressivos no cérebro em desenvolvimento. Essa revisão identificou dados limitados com base em apenas um único estudo, que sugerem que a terapia psicológica pode ser superior à medicação na produção de menores taxas de recidiva da depressão. No entanto, dada a escassez de dados disponíveis para esse resultado, e o fato de que a fase de prevenção de recaída do julgamento não foi randomizado, esses resultados devem ser interpretados com cuidado.	Revisão de	09/09	0/9 Canadá (1); EUA (8)	0/9	2009

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Ahlen; Lenhard; Ghaderi, 2015	Programas de autoinstrução cognitiva, intervenção comportamental cognitiva, intervenção psicoeducativa, entre outros programas.	Determinar a eficácia de intervenções universais para prevenir ansiedade e sintomas depressivos.	Setenta por cento dos estudos usaram randomização no nível do agrupamento. Houve pouco, porém significante efeito relacionado aos sintomas de ansiedade (0,13) e depressão (0,11), medidos no pós-teste imediato. No seguimento, que variou de 3 a 48 meses, os efeitos foram significativamente maiores que zero em relação aos sintomas depressivos (0,07), mas não aos de ansiedade (0,11). Não houve efeito significativo das seguintes variáveis pré-selecionadas: o objetivo primário da intervenção (ansiedade ou depressão), o fornecedor da intervenção (profissionais de saúde mental ou professores), a distribuição de gênero, a idade das crianças e a duração da intervenção.	Revisão de qualidade criticamente baixa	30/30	0/30 (não foram identificados os países em que os estudos ocorreram)	0/30	2012

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Pryjmachuk *et al.*, 2014	Os resultados encontrados apontam como elementos o apoio ao autocuidado na saúde mental de crianças e jovens que requerem uma parceria entre os prestadores de serviços, as crianças e adolescentes e aqueles que cuidam deles. Crianças e adolescentes e suas famílias querem apoio contínuo e contato com os serviços. Os serviços eficazes não precisam necessariamente ser ministrados por pessoal treinado em saúde mental. Escolha e flexibilidade são aspectos importantes do apoio ao autocuidado na saúde mental de crianças e jovens.	Identificar e avaliar os tipos de apoio de autocuidado em saúde mental usados por, e disponíveis para, crianças e jovens e seus pais, além de estabelecer como esse apoio interage com a prestação de serviços estatutários e não estatutários.	Em 65 dos 71 estudos incluídos, foi possível realizar meta-análise. Esses 65 estudos provocaram 71 comparações que, quando foram analisadas, sugeriram que as intervenções de apoio ao autocuidado foram eficazes aos 6 meses (diferença média padronizada (SMD) = - 0,20; intervalos de confiança de 95% (IC): - 0,28 a -0,11) e aos 12 meses (SMD = -0,12; IC 95%: -0,17 a -0,06). No entanto, julgados de acordo com os critérios da Colaboração Cochrane, os estudos eram em sua maioria de baixa qualidade. Os principais elementos de apoio ao autocuidado identificados	Revisão de	66/71	0/71 EUA (33); Austrália (17); Canadá (3); Espanha (3); Itália (2); Islândia (1); Bélgica (1); Alemanha (1); Nova Zelândia (1); Países Baixos (1); Guernsey (1); Indonésia (1)	0/71	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Riosa; McArthur; Preyde, 2011	Terapias individuais para resolução de problemas cognitivo; TCC; psicoterapia interpessoal; família e TCC; terapia de interação entre pais e filhos; intervenção familiar comportamental; família e TCC; TCC para ansiedade e agressividade; grupo de TCC; habilidades para a vida.	Examinar a eficácia das intervenções psicossociais (não farmacológicas) para tratar problemas de comorbidade da infância e adolescência.	Foram incluídos dez estudos para a análise final. Destes, cinco foram realizados em formato individual e três foram baseados em TCC. Os dois estudos restantes com foco individual incluíram psicoterapia interpessoal para jovens com depressão e uma intervenção de habilidades de enfrentamento denominada "Bucando Segurança".	Revisão de	10/10	0/10 Austrália (3); EUA (7)	0/10	2007
Teubert; Pinquart, 2011	Não disponíveis os elementos da opção.	Investigar os tamanhos médios de efeito de estudos visando à prevenção de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes.	Os programas de prevenção da ansiedade para crianças e adolescentes resultam em significantes e desejáveis efeitos para a ansiedade (em termos de diagnóstico de ansiedade, bem como ansiedade sintomatológica) no pós-teste e no acompanhamento. Além disso, os programas de prevenção resultaram em pós-teste e em acompanhamento de efeitos desejáveis para a depressão, bem como para a autoestima de crianças e adolescentes participantes. Apenas no pós-teste foi encontrado um tamanho significativo e desejável do efeito médio.	Revisão de	37/65	(4/65) (1) Noruega, (15) Austrália, (1) Israel, (1) Chile, (1) México, (3) Reino Unido, (18) EUA, (1) Alemanha, (1) Espanha, (3) Canadá, (1) Peru, (1) Países Baixos, (2) Itália	36/65	2010

continua

conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR 2	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Waddell *et al.*, 2007	Não disponíveis os elementos da opção.	Discutir acerca das melhores evidências de pesquisas disponíveis sobre programas de prevenção de transtornos de conduta, ansiedade e depressão, três dos transtornos mentais mais prevalentes em crianças.	Quinze ensaios clínicos randomizados preencheram os critérios de seleção: nove (em oito programas) para prevenção de transtornos de conduta; um para ansiedade; quatro (em três programas) para depressão; e um para todos os três. Dez ensaios clínicos randomizados demonstraram reduções significativas no sintoma infantil e/ou medidas de diagnóstico no acompanhamento. Os programas mais notáveis para transtorno de conduta dirigidos a crianças de risco nos primeiros anos, usando treinamento dos pais ou treinamento de habilidades sociais da criança, para ansiedade, empregaram treinamento cognitivo-comportamental universal em crianças em idade escolar; e, para depressão, crianças em idade escolar em risco, também usando treinamento cognitivo-comportamental. Os tamanhos de efeito para esses programas notáveis foram modestos, mas consequentes. Houve poucos estudos canadenses e poucos que avaliaram os custos.	Revisão de qualidade criticame nte baixa	15/15	0/15 EUA (9); Austrália (3); Canadá (2); Reino Unido (1)	0/15	2013

Apêndice C – Revisões sistemáticas sobre a Opção 3 – Oferecer programas de educação na atenção psicossocial infantil e juvenil

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Ciciriello *et al.*, 2013	Entre as intervenções multimídia dos estudos incluídos na revisão, 14 consistiram em vídeos, 9 foram relacionadas a programas baseados em computador, incluindo 1 jogo, e em 1 um *slide-tape*, que se refere à apresentação audiovisual. A complexidade dos programas de computador também variou de pequenos vídeos acompanhados por texto e *voice-over* a programas que fornecem informações detalhadas, utilizando texto, gráficos estáticos, animações e vídeo, nos quais o usuário foi capaz de navegar livremente.	Avaliar os efeitos de intervenções educativas de multimídia em pacientes, sobre medicamentos prescritos e de venda livre, em pessoas de todas as idades, incluindo crianças e cuidadores.	Fornece evidências de que a educação multimídia é superior a uma educação não padronizada fornecida como parte dos cuidados clínicos usuais para melhorar o conhecimento do paciente. No geral, os resultados sugerem que a educação multimídia é superior para resumir a educação padronizada fornecida por um profissional de saúde, mas não para intervenções mais intensivas em que o profissional de saúde fornece informações iguais ou semelhantes ao que está incluído no programa de educação multimídia.	Revisão de qualidade baixa	01/24	0/24 EUA (19); Canadá (1); Austrália (2); Reino Unido (1); Holanda (1)	0/24	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Ahmead; Bower, 2008	Intervenção com o uso de tecnologias de informação.	Determinar a eficácia da tecnologia de autoajuda para o tratamento de problemas emocionais em adolescentes.	Apesar da alta prevalência de depressão entre adolescentes, foram identificados apenas 2 estudos que envolveram tecnologia de autoajuda para sintomas de depressão, entre os 14 selecionados de acordo com os critérios de exclusão. A maior parte dos estudos se dividiu de modo que seis envolveram sintomas de ansiedade e seis referiram outros resultados teoricamente ou empiricamente relacionados à depressão. Apesar da explosão no uso da internet, quase metade dos estudos envolveu a biblioterapia escrita.	Revisão de qualidade baixa	08/14	0/14; EUA (13) e Austrália (1)	0/14	2006
Furlong *et al.*, 2012	Intervenção de programas parenterais para crianças com problemas de conduta.	Avaliar a eficácia e a relação custo-eficácia de programas de educação parental, comportamental e cognitivo-comportamental para melhorar os problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e habilidades parentais.	Os resultados indicam que o treinamento dos pais produziu uma redução estatisticamente significativa nos problemas de conduta da criança, se avaliados pelos pais. A intervenção levou a melhorias estatisticamente significativas na saúde mental dos pais. O treinamento dos pais também produziu uma redução estatisticamente significativa nas práticas parentais negativas ou severas, de acordo com os relatórios dos pais e das avaliações independentes. Intervenções comportamentais baseadas em grupo comportamentais e cognitivas são eficazes e custo-efetivas para melhorar problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e habilidades parentais em curto prazo.	Revisão de qualidade baixa	12/13	Não disponível	0/13	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Hoagwood, 2005	Treinamento para pais para estimulação do apoio a crianças em casa, desenvolvimento emocional, jogos interativos, treinamento dos pais para transtorno de humor, autismo e estresse, educação cognitiva dos pais, avaliação de atitudes sobre tratamento em saúde mental, protoloco de engajamento, terapia de grupo, treinamento dos pais para transtorno do deficit de atenção e hiperatividade, participação dos pais em tratamento domicilar para autismo.	Descrever a base de conhecimento sobre serviços baseados na família para saúde mental das crianças.	Entre os 41 estudos incluídos na revisão, 3 englobaram categorias distintas: (a) famílias como receptoras de intervenções (por exemplo, educação familiar, apoio, engajamento, empoderamento); (b) famílias como co-terapeutas; e (c) estudos dos processos de envolvimento (por exemplo, aliança terapêutica, envolvimento, empoderamento, expectativas e escolha). Poucos estudos experimentais existem para concluir de forma decisiva que os serviços baseados na família melhoram os resultados clínicos dos jovens. No entanto, os estudos que foram rigorosamente examinados demonstram melhorias inequívocas em outros tipos de resultados, como retenção em serviços, conhecimento sobre problemas de saúde mental, autoeficácia e melhores interações familiares – todos os resultados que são ingredientes essenciais de um atendimento de qualidade.	Revisão de qualidade criticamente baixa	08/41	Não disponível	0/41	2003

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Richardson; Stallard; Velleman, 2010	Intervenção com o uso de tecnologias de informação.	Revisar sistematicament e a literatura sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental computadorizad a (CCBT) na prevenção e no tratamento da depressão e ansiedade em crianças e adolescentes.	Em um ambiente escolar, aqueles com menor ansiedade inicial eram mais propensos a concluir a terapia cognitivo-comportamental computadorizada; já em um ambiente comunitário, aqueles com maior ansiedade eram mais propensos a completá-la. Sugere-se que a terapia cognitivo-comportamental computadorizada tenha potencial como uma intervenção aceitável e clinicamente eficaz para depressão e ansiedade em crianças e adolescentes, mas faz-se necessário um estudo de coorte para compará-lo com o atendimento presencial a fim de testar a eficácia nessa faixa etária.	Revisão de qualidade criticamente baixa	05/10	Não disponível	06/10	2009

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Ciciriello *et al.*, 2013	Entre as intervenções multimídias dos estudos incluídos na revisão, 14 consistiram em vídeos, 9 foram relacionadas a programas baseados em computador, incluindo 1 jogo, e em 1 um slide-tape, que se refere à apresentação audiovisual. A complexidade dos programas de computador também variou de pequenos vídeos acompanhados por texto e voice-over a programas que fornecem informações detalhadas, utilizando texto, gráficos estáticos, animações e vídeo, nos quais o usuário foi capaz de navegar livremente.	Avaliar os efeitos de intervenções educativas de multimídia em pacientes, sobre medicamentos prescritos e de venda livre, em pessoas de todas as idades, incluindo crianças e cuidadores.	Fornece evidências de que a educação multimídia é superior a uma educação não padronizada fornecida como parte dos cuidados clínicos usuais para melhorar o conhecimento do paciente. No geral, os resultados sugerem que a educação multimídia é superior para resumir a educação padronizada fornecida por um profissional de saúde, mas não a intervenções mais intensivas em que o profissional de saúde fornece informações iguais ou semelhantes ao que está incluído no programa de educação multimídia.	Revisão de qualidade baixa	01/24	0/24; EUA (19); Canadá (1); Austrália (2); Reino Unido (1); Holanda (1)	0/24	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Ahmead; Bower, 2008	Intervenção com o uso de tecnologias de informação.	Determinar a eficácia da tecnologia de autoajuda para o tratamento de problemas emocionais em adolescentes.	Apesar da alta prevalência de depressão entre adolescentes, foram identificados apenas dois estudos que envolveram tecnologia de autoajuda para sintomas de depressão, entre os 14 selecionados de acordo com os critérios de exclusão. A maior parte dos estudos se dividiu de modo que seis envolveram sintomas de ansiedade e seis referiram outros resultados teoricamente ou empiricamente relacionados à depressão. Apesar da explosão no uso da internet, quase metade dos estudos envolveu a biblioterapia escrita.	Revisão de qualidade baixa	08/14	0/14; EUA (13) e Austrália (1)	0/14	2006
Furlong *et al.*, 2012	Intervenção de programas parenterais para crianças com problemas de conduta.	Avaliar a eficácia e a relação custo-eficácia de programas de educação parental comportamental e cognitivo-comportamental para melhorar os problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e habilidades parentais.	Os resultados indicam que o treinamento dos pais produziu uma redução estatisticamente significativa nos problemas de conduta da criança, se avaliados pelos pais. A intervenção levou a melhorias estatisticamente significativas na saúde mental dos pais. O treinamento destes também produziu uma redução estatisticamente significativa nas práticas parentais negativas ou severas de acordo com os relatórios dos pais e as avaliações independentes. Intervenções comportamentais baseadas em grupo comportamentais e cognitivas são eficazes e custo-efetivas para melhorar problemas de conduta infantil, saúde mental dos pais e habilidades parentais em curto prazo.	Revisão de qualidade baixa	12/13	Não disponível	0/13	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Hoagwood, 2005	Treinamento para pais para estimulação do apoio a crianças em casa, desenvolvimento emocional, jogos interativos, treinamento dos pais para transtorno de humor, autismo e estresse, educação cognitiva dos pais, avaliação de atitudes sobre tratamento em saúde mental, protoloco de engajamento, terapia de grupo, treinamento dos pais para transtorno do deficit de atenção e hiperatividade, participação dos pais em tratamento domicilar para autismo.	Descrever a base de conhecimento sobre serviços baseados na família para saúde mental das crianças.	Entre os 41 estudos incluídos na revisão, 3 englobaram categorias distintas: (a) famílias como receptoras de intervenções (por exemplo, educação familiar, apoio, engajamento, empoderamento); (b) famílias como coterapeutas; e (c) estudos dos processos de envolvimento (por exemplo, aliança terapêutica, envolvimento, empoderamento, expectativas e escolha). Poucos estudos experimentais existem para concluir de forma decisiva que os serviços baseados na família melhoram os resultados clínicos dos jovens. No entanto, os estudos que foram rigorosamente examinados demonstram melhorias inequívocas em outros tipos de resultados, como retenção em serviços, conhecimento sobre problemas de saúde mental, autoeficácia e melhores interações familiares – todos os resultados que são ingredientes essenciais de um atendimento de qualidade.	Revisão de qualidade criticamente baixa	08/41	Não disponível	0/41	2003

continua

conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Richardson; Stallard; Velleman, 2010	Intervenção com o uso de tecnologias de informação.	Revisar sistematicamente a literatura sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental computadorizada (CCBT) na prevenção e no tratamento da depressão e da ansiedade em crianças e adolescentes.	Em um ambiente escolar, aqueles com menor ansiedade inicial eram mais propensos a concluir a terapia cognitivo- comportamental Computadorizada; já em um ambiente comunitário, aqueles com maior ansiedade eram mais propensos a completá-la. Sugere-se que a terapia cognitivo-comportamental computadorizada tenha potencial como uma intervenção aceitável e clinicamente eficaz para depressão e ansiedade em crianças e adolescentes, mas faz-se necessário um estudo de coorte para compará-lo com o atendimento presencial a fim de testar a eficácia nessa faixa etária.	Revisão de qualidade criticamente baixa	05/10	Não disponível	06/10	2009

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a Opção 4 – Estruturar ações visando à integração da família, saúde e educação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Thomas; Lorenzetti; Spragins, 2011	A opção pode ser realizada por meio de três métodos: orientação frequente; treinamento dos orientadores que devem receber supervisão constante e manutenção dos programas que devem ter suas atividades explicitadas, com um extenso programa com atividades envolvendo o orientador e o adolescente (aprendiz).	Avaliar a eficácia de intervenções de orientação de qualquer tipo para prevenir o uso de drogas e álcool por adolescentes.	Foram identificados 4 ensaios clínicos randomizados (1.194 adolescentes). Nenhum ensaio clínico randomizado relatou detalhes suficientes para avaliar se um forte método de randomização foi usado ou se a alocação foi ocultada. O cegamento não foi possível. Três ensaios clínicos randomizados forneceram dados completos. Três estudos forneceram evidências sobre a orientação e a prevenção do uso de álcool. Foram agrupados dois estudos (risco relativo para intervenção de orientação versus nenhuma intervenção = 0,71 (IC 95%: 0,57 a 0,90; p valor = 0,005). Um terceiro estudo não encontrou diferenças significativas. Três estudos forneceram evidências sobre a orientação e a prevenção do uso de drogas, mas não puderam ser agrupados. Um estudo encontrou diminuição significativa no uso de drogas ilícitas, outro estudo não encontrou o mesmo resultado, e outro estudo avaliou apenas o uso da maconha e não encontrou diferença significativa. Um estudo mensurou uso de substâncias sem separar álcool e drogas e não encontrou diferença com a intervenção de orientação.	Revisão de qualidade moderada	04/04	0/4 EUA (4)	0/4	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
	As estratégias subjacentes envolvem manter o aprendiz ocupado e envolvido em experiências positivas, recebendo feedback e incentivo dos orientadores, deixando menos tempo para envolvimento com álcool e outras drogas e fornecendo a eles menos motivos para o uso dessas substâncias.							
Foxcroft; Tsertsvadze, 2011	Intervenção de programas parentais para crianças com problemas de conduta.	Analisar sistematicamente as evidências sobre a efetividade de programas universais de prevenção baseados na família e na prevenção do abuso de álcool em crianças de até 18 anos em idade escolar.	Foi descoberto que 9 dos 12 estudos incluídos demonstraram efeitos estatisticamente significativos em várias medidas de resultados para a prevenção do abuso de álcool entre os jovens, em curto prazo e também em longo prazo. Há evidências de que intervenções específicas de gênero entre filhas e pais, tipicamente mães, podem ser eficazes em curto e médio prazo.	Revisão de qualidade moderada	12/12	0/12; EUA (11) e Holanda (1)	0/12	2010

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Karki *et al.*, 2012	Intervenção para prevenção do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).	Avaliar os efeitos da intervenção usada para prevenir ou reduzir o uso de substâncias em adolescentes com menos de 18 anos de idade.	Intervenções baseadas na família e intervenções combinadas têm resultados significativos para a prevenção do uso de substâncias entre adolescentes. Da mesma forma, as intervenções escolares foram eficazes em fornecer conhecimento sobre o uso de substâncias, o que acabou reduzindo esse uso.	Revisão de qualidade baixa	27/27	1/27; EUA (23), Austrália (2), Canadá (1) e Índia (1)	0/27	2010
Salvo *et al.*, 2012	Intervenção para prevenção do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas)	Responder à seguinte questão: entre os jovens com idade ≤18 anos com transtorno mental, a prevenção do uso de substâncias, em comparação com nenhuma prevenção, resulta em taxas reduzidas de uso de substâncias/abuso/desordem?	Intervenções eficazes para prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias em jovens. Prevenção primária de desordens relacionadas ao uso de substâncias psicoativas em programas eficazes existem e devem ser avaliados nesse grupo de alto risco.	Revisão de qualidade criticamente baixa	03/08	Não disponível	03/08	2011

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Dretzke *et al.*, 2009	Não refere os locais de implementação ou de teste da intervenção.	Revisar sistematicamente ensaios clínicos randomizados de programas parentais para o tratamento de crianças com problemas de conduta.	Avaliar se problemas de conduta entre as crianças e adolescentes estão associados com altos custos psicológicos e financeiros e com mau prognóstico se não tratado; programas parentais de curto prazo demonstraram ser eficazes no tratamento de problemas de conduta em determinados grupos de crianças; não houve provas suficientes para determinar diretamente a eficácia relativa de um tipo de abordagem do programa de parentalidade em detrimento de outro.	Revisão de qualidade criticamente baixa	57/57	Não disponível	0/57	2006

continua

continuação

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Harkness; Bower, 2009	Aconselhamento não diretivo, terapia cognitivo--comportamental, terapia cognitivo--analítica, psicoterapia dinâmica breve, terapia de resolução de problemas, terapia interpessoal, autoajuda facilitada, terapia ocupacional, clínicas psiquiátricas baseadas na prática e trabalho social.	Determinar os efeitos diretos e indiretos da saúde no local de trabalho de trabalhadores que prestam terapia psicológica e psicossocial na atenção primária sobre o comportamento clínico de prestadores de cuidados; investigação de efeitos diretos que envolveram a comparação do comportamento dos prestadores de cuidados para pacientes que foram alocados em um serviço de terapia psicológica e intervenção psicossocial; investigação de efeitos indiretos que envolveram a comparação do comportamento dos prestadores de cuidado em relação às populações de pacientes em clínica, outras organizações de atenção primária ou sem acesso.	Estudos poderiam ser amplamente categorizados de acordo com o envolvimento de profissionais para gerir problemas de saúde mental comuns (por exemplo: ansiedade e depressão), que representou a maior parte dos estudos, e aqueles envolvendo profissionais que lidam com pacientes com mais distúrbios graves e duradouros. Dos estudos que apresentaram problemas comuns de saúde mental, dois lidaram especificamente com pacientes identificados como utilizadores, e dois estudos foram realizados em pacientes com doença crônica. Na maioria dos estudos randomizados de efeitos diretos, os pacientes foram recrutados pelo cuidador participante, embora alguns tenham usado alternativas, como pacientes recrutados por meio de triagem no centro de atenção primária. Os tipos de pacientes recrutados para os ensaios variaram. Alguns estudos utilizaram grupos específicos de pacientes identificados através de procedimentos de triagem. Estes incluíram grupos diagnósticos específicos, tipos de problemas relacionados à intervenção fornecida pelo grupo de profissionais em saúde mental (por exemplo, neuroses passíveis de tratamento comportamental, problemas conjugais) ou outros grupos como grandes utilitários de serviços ou frequentadores). Outros estudos com pacientes recrutados foram identificados pelo grupo de cuidados primários como requerendo terapia ou intervenção psicossocial, portanto incluíram uma mistura heterogênea de pacientes.	Revisão de qualidade criticamente baixa	0/42	01/42; Reino Unido (35); EUA (2); Austrália (1); Nova Zelândia (1); Sri Lanka (1); Holanda (1); Alemanha (1)	0/42	2007

continua

conclusão

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
van Ginneken *et al.*, 2013	Intervenções clínicas (médicas e psicológicas) e de serviços prestados na atenção primária ou na comunidade por profissionais de saúde não especializados, destinados a melhorar os distúrbios do sistema nervoso central; psicoterapia ou tratamento farmacológico; acompanhamento ou reabilitação de pessoas com distúrbios e tratamento de recaída.	Avaliar a efetividade da oferta de serviços para transtornos mentais, neurológicos e abuso de substância com efeito no sistema nervoso central, intervenções por trabalhadores de saúde não especializados e outros profissionais com funções de saúde em países de média e baixa renda.	Foram identificados estudos avaliando a efetividade dos profissinoais em saúde mental em cuidar de transtornos do sistema nervoso central em países de média e baixa renda. Vinte e dois estudos usaram profissionais leigos e abordaram a depressão ou depressão e transtorno pós-traumático. A diversidade de estudos incluídos limitou a meta-análise aos resultados para oito comparações. Todas as análises apresentadas comparam intervenções versus cuidado usual. A revisão mostrou que o uso de profissionais de saúde não especializados, comparado com os serviços de saúde habituais, pode: aumentar o número de adultos que se recuperam da depressão e ansiedade após dois a seis meses de tratamento; pode reduzir ligeiramente os sintomas para as mães com doença perinatal e sintomas de depressão; provavelmente melhora ligeiramente os sintomas de pessoas com demência; provavelmente melhora ligeiramente o bem-estar mental, o fardo e a angústia dos cuidadores de pessoas com demência; pode diminuir a quantidade de álcool consumida pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool; pode ter pouco ou nenhum efeito sobre a depressão ou conduta.	Revisão de qualidade baixa	11/38	38/38; Burundi (1); Quênia (2); Nepal (1); Paquistão (3); Ruanda (2); Sri Lanka (2); Uganda (4); Argentina (1); Bósnia (1); Chile (3); China (3); Hungria (1); Índia (1); Indonésia (2); Jamaica (1); Kosovo (1); Malásia (1); territórios Palestinos (2); Rússia (1); Tailândia (2); Turquia (1); Vietnã (1)	0/38	2012

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a Opção 5 – Promover o uso apropriado de medicamentos para saúde mental infantil e juvenil

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	*Policy Brief Checklist (Women's and Children's Health Policy Center)*	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
WHO, 2017	Adoção de *guidelines* baseados em evidência; monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos; promoção de iniciativas de treinamento para profissionais de saúde e usuários sobre avaliação crítica de evidência e uso apropriado de medicamentos psicotrópicos; prescrição apropriada de medicamentos para transtornos mentais.	O documento fornece informações simples, adequadas e baseadas em evidências para os decisores políticos, profissionais de saúde pública e prescritores, especialmente em países de baixa e média renda, para melhorar o acesso e o uso apropriado de medicamentos para transtornos mentais.	O desenvolvimento de diretrizes de tratamento baseadas em evidências, desenvolvidas ou adaptadas em conjunto com uma lista de medicamentos essenciais, é um componente crucial das intervenções para promover o uso apropriado de medicamentos psicotrópicos. A utilização de bancos de dados administrativos para investigar associações entre exposição a medicamentos e resultados adversos ou benéficos e a realização de revisões de utilização de medicamentos, podem contribuir para prevenção de erros de medicação e auxiliam a identificar o seguimento dos *guidelines* pelos profissionais de saúde. As iniciativas de pesquisa podem ser consideradas como estratégias de apoio ao uso mais adequado de medicamentos psicotrópicos.	A síntese foi avaliada utilizando o *Policy Brief Checklist* com obtenção de 20 respostas "sim". Todos os domínios do instrumento tiveram resposta "sim".	O estudo é voltado para pessoas com transtornos mentais, e não aborda uma população-alvo específica.	A síntese foi	O estudo aborda diversas	Não foi

Apêndice F – Bases de dados e estratégias utilizadas para levantar opções para políticas

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
5/4/2018	PubMed	Estratégia de busca 1: A – "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR "Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR "Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] AND systematic[sb] B – "Mental Disorders"[Majr] AND "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR "Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] C – "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] AND systematic[sb] D – "Mental Disorders"[Majr] AND "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] E – "Mental Disorders"[Majr] AND "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr]	692 resultados; destes, 35 se tratavam de revisões sistemáticas.

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
20/4/2018	PubMed	Estratégia de busca 2: "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR "Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR "Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] OR "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR "Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] OR "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] OR "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] OR "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr] AND "Prescription Drug Misuse"[Mesh] OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields] AND "prescription"[All Fields])) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("misuse"[All Fields] AND "prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields])) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("non"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "prescription"[All Fields] AND "drugs"[All Fields]) OR "non medical use of prescription drugs"[All Fields]) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("non"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "prescription"[All Fields] AND "drugs"[All Fields]) OR "non medical use of prescription drugs"[All Fields]) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR "nmupd"[All Fields]) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("prescription"[All Fields] AND "medicine"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription medicine misuse"[All Fields]) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("medicine"[All Fields] AND "misuse"[All Fields] AND "prescription"[All Fields])) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription drug misuse"[All Fields] OR ("misuse"[All Fields] AND "prescription"[All Fields] AND "medicine"[All Fields])) OR ("prescription drug misuse"[MeSH Terms] OR ("prescription"[All Fields] AND "drug"[All Fields] AND "misuse"[All Fields] OR ("prescription"[All Fields] AND "medicine"[All Fields] AND "misuse"[All Fields]) OR "prescription medicine misuse"[All Fields]) AND (systematic[sb] AND "humans"[MeSH Terms])	438 resultados; destes, 15 se tratavam de revisões sistemáticas.

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
20/5/2018	PubMed	Estratégia de busca 5: "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR"Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR"Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] OR "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR"Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] OR "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] OR "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] OR "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr] AND "Medicalization"[Mesh] OR " Medicalizations"	3 resultados
20/5/2018	PubMed	Estratégia de busca 6: "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR"Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR"Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] OR "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR"Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] OR "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] OR "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] OR "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr] AND "Pharmaceuticalization" OR "Pharmaceuticalisation"	32 resultados
20/5/2018	PubMed	Estratégia de busca 7: "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR"Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR "Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] OR "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR "Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] OR "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] OR "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] OR "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr] AND "Pharmacologisation"[All Fields]OR "Pharmacologisation" [All Fields]	1 resultado
20/5/2018	PubMed	Estratégia de busca 8: "Mental Disorders"[Majr] AND "Infant, Newborn"[Majr] OR "Infants, Newborn" [Majr] OR "Newborn Infant" [Majr] OR "Newborn Infants" [Majr] OR "Newborns" [Majr] OR "Newborn" [Majr] OR "Neonate" [Majr] OR "Neonates" [Majr] OR "child, preschool"[MeSH Major Topic] OR "Preschool Child" [Majr] OR "Children, Preschool" [Majr] OR "Preschool Children" [Majr] OR "Infant"[Majr] OR "Infants" [Majr] OR "Child"[Majr] OR "Children" [Majr] OR "Adolescent"[Majr] OR "Adolescents" [Majr] OR "Adolescence" [Majr] OR "Teens" [Majr] OR "Teen" [Majr] OR "Teenagers" [Majr] OR "Teenager" [Majr] OR "Youth" [Majr] OR "Youths" [Majr] AND "Demedicalization" OR"Demedicalisation"	16 resultados

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
17/12/2017	LILACS	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent. Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool	529 resultados, em que 1 se tratava de revisão sistemática

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
	LILACS	Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Infant Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	
23/2/2018	Cochrane Library	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant. Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child	400 resultados; destes, 59 se tratavam de revisão sistemática

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
		Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Infant Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
22/2/2018	Rx for Change	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn	243 resultados, destes, 2 se tratavam de revisões sistemáticas

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
		Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	
24/2/2018	PQD-Evidence	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent	192 resultados; destes, 1 se tratava de revisão sistemática

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
		Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Infant Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	

continua

continuação

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
17/2/2018	SciELO	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn	442 resultados, destas 3, se tratavam de Revisões Sistemáticas

continua

continuação

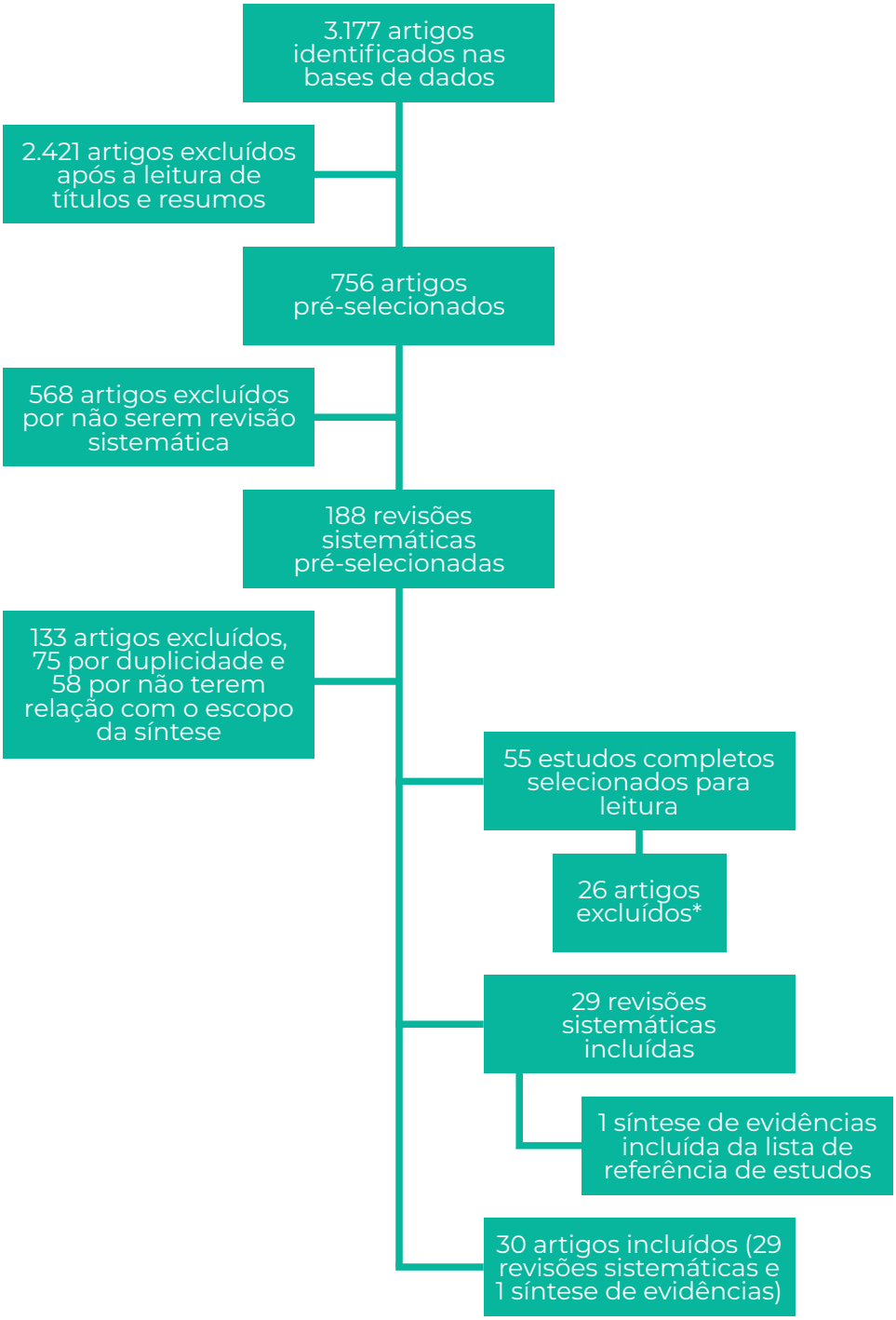
Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
		Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Infant Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	
28/2/2018	Health System Evidence	Estratégia 1: Mental Disorders and Infant, Newborn; Mental Disorders and Child, Preschool; Mental Disorders and Infant; Mental Disorders and Child; Mental Disorders and Adolescent Estratégia 2: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn Estratégia 3: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child, Preschool Estratégia 4: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant Estratégia 5: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Child Estratégia 6: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Adolescent Estratégia 7: Mental Disorders and Prescription Drug Misuse and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 8: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn Estratégia 9: Mental Disorders and Drug Utilization and Child, Preschool Estratégia 10: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant Estratégia 11: Mental Disorders and Drug Utilization and Child Estratégia 12: Mental Disorders and Drug Utilization and Adolescent Estratégia 13: Mental Disorders and Drug Utilization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 14: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn Estratégia 15: Mental Disorders and Off Label Use and Child, Preschool Estratégia 16: Mental Disorders and Off Label Use and Infant; Mental Disorders and Off Label Use and Child Estratégia 17: Mental Disorders and Off Label Use and Adolescent Estratégia 18: Mental Disorders and Off Label Use and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	189 resultados, destas 45, se tratavam de Revisões Sistemáticas

continua

conclusão

Data	Base de dados	Estratégia	Resultado
		Estratégia 19: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn Estratégia 20: Mental Disorders and Medicalization and Child, Preschool Estratégia 21: Mental Disorders and Medicalization and Infant Estratégia 22: Mental Disorders and Medicalization and Child Estratégia 23: Mental Disorders and Medicalization and Adolescent Estratégia 24: Mental Disorders and Medicalization and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 25: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn Estratégia 26: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child, Preschool Estratégia 27: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant Estratégia 28: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Child Estratégia 29: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Adolescent Estratégia 30: Mental Disorders and pharmaceuticalization or pharmaceuticalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 31: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn Estratégia 32: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child, Preschool Estratégia 33: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant Estratégia 34: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Child Estratégia 35: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Adolescent Estratégia 36: Mental Disorders and pharmacologization or pharmacologisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent Estratégia 37: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn Estratégia 38: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Child, Preschool Estratégia 39: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Infant Estratégia 40: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and and Child Estratégia 41: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Adolescent Estratégia 42: Mental Disorders and demedicalization or demedicalisation and Infant, Newborn or Child, Preschool or Infant or Child or Adolescent	

Apêndice G – Fluxograma do processo de seleção dos artigos



* Os artigos excluídos e a justificativa da exclusão estão no Apêndice H.

Apêndice H – Artigos excluídos após leitura do texto completo

Referência	Base de dados	Justificativa da exclusão
POTON, Wanêssa Lacerda *et al.* Breastfeeding and behavior disorders among children and adolescents: a systematic review. **Revista de saude publica**, v. 52, p. 9, 2018.	SciELO	O artigo avalia a relação entre a amamentação e o transtorno mental em crianças.
LEÓN, Tomás *et al.* Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. **Revista médica de Chile**, v. 142, n. 8, p. 1014-1022, 2014.	LILACS	O artigo avalia a relação entre violência intrafamiliar e transtorno mental.
CLARKE, Kelly; KING, Michael; PROST, Audrey. Psychosocial interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis**. PLoS medicine**, v. 10, n. 10, p. e1001541, 2013.	Health Systems Evidence	O artigo avalia o impacto de intervenções psicossociais desenvolvidas por profissionais não especialistas, em mulheres com transtornos perinatais, mas não faz relação com a saúde mental nem com o desenvolvimento da criança.
SHELDRICK, R. Christopher; MERCHANT, Shela; PERRIN, Ellen C. Identification of developmental- behavioral problems in primary care: a systematic review. **Pediatrics**, v. 128, n. 2, p. 356-363, 2011.	Health Systems Evidence	O artigo apenas avalia problemas no desenvolvimento, mas não traz intervenções.
MOREIRA, Rafaela S.; MAGALHÃES, Lívia C.; ALVES, Claudia R. L. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Jornal de pediatria**, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
PARIKH, Nehal A. Advanced neuroimaging and its role in predicting neurodevelopmental outcomes in very preterm infants. **Seminars in perinatology**, v. 40, n. 8, p. 530-541, 2016.	PubMed	O artigo avalia o uso de neuroimagem como preditora de desfechos de neurodesenvolvimento em crianças nascidas a pré-termo.
DE RODRIGUES, Maura C. C.; MELLO, Rosane R.; FONSECA, Sandra C. Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 1, p. 6-14, 2006.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
VIEIRA, Martina Estevam Brom; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool-and school-age. **Jornal de pediatria**, v. 87, n. 4, p. 281-291, 2011.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
AARNOUDSE-MOENS, Cornelieke Sandrine Hanan *et al.* Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. **Pediatrics**, v. 124, n. 2, p. 717-728, 2009.	PubMed	O estudo avalia a relação entre nascimento prematuro com desfechos de neurocomportamento. O estudo não traz intervenções.
BHUTTA, Adnan T. *et al.* Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. **Jama**, v. 288, n. 6, p. 728-737, 2002.	PubMed	O estudo avalia a relação entre nascimento prematuro com desfechos cognitivos e de comportamento. O estudo não traz intervenções.

continua

continuação

Referência	Base de dados	Justificativa da exclusão
BURNETT, A. C. *et al.* Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: a meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 12, p. 2463-2474, 2011.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
CASSIANO, Rafaela G. M.; GASPARDO, Claudia M.; LINHARES, Maria Beatriz M. Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: a systematic review. **Infant mental health journal**, v. 37, n. 3, p. 274-288, 2016.	PubMed	O estudo avalia a relação entre nascimento prematuro, status de saúde e problemas tardios de comportamento e emocionais. O estudo não traz intervenções.
LINSELL, Louise *et al.* Prognostic factors for behavioral problems and psychiatric disorders in children born very preterm or very low birth weight: a systematic review. **Journal of developmental and behavioral pediatrics**: JDBP, v. 37, n. 1, p. 88, 2016.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
MATHEWSON, Karen J. *et al.* Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis. **Psychological bulletin**, v. 143, n. 4, p. 347, 2017.	PubMed	O estudo não traz intervenções.
MILNER, K. M. *et al.* Long-term neurodevelopmental outcome in high-risk newborns in resource-limited settings: a systematic review of the literature. **Paediatrics and international child health**, v. 35, n. 3, p. 227-242, 2015.	PubMed	O estudo avalia a relação entre nascimento prematuro com desfechos cognitivos e de comportamento.
MICHAELIS, R. *et al.* Psychological treatments for people with epilepsy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, 2016.	Cochrane Library	O estudo enfoca um problema específico, que não é escopo desta síntese.
PLAISIER, Annemarie *et al.* Optimal timing of cerebral MRI in preterm infants to predict long-term neurodevelopmental outcome: a systematic review. **American Journal of Neuroradiology**, v. 35, n. 5, p. 841-847, 2014.	PubMed	O artigo avalia o uso de neuroimagem como preditora de desfechos de neurodesenvolvimento em crianças nascidas a pré-termo.
VAN'T HOOFT, Janneke *et al.* Predicting developmental outcomes in premature infants by term equivalent MRI: systematic review and meta-analysis. **Systematic reviews**, v. 4, n. 1, p. 71, 2015.	PubMed	O artigo avalia o uso de neuroimagem como preditora de desfechos de neurodesenvolvimento em crianças nascidas a pré-termo.
BENNETT, Trevor; HOLLOWAY, Katy. Motives for illicit prescription drug use among university students: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Drug Policy**, v. 44, p. 12-22, 2017.	PubMed	O estudo avalia os motivos de uso de medicamentos ilícitos, mas não traz intervenções.
BENSON, Kari *et al.* Misuse of stimulant medication among college students: a comprehensive review and meta-analysis. **Clinical child and family psychology review**, v. 18, n. 1, p. 50-76, 2015.	PubMed	O estudo avalia os motivos de uso de medicamentos ilícitos, mas não traz intervenções.
WILENS, Timothy E. *et al.* Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 47, n. 1, p. 21-31, 2008.	PubMed	O estudo avalia os motivos de uso de medicamentos ilícitos, mas não traz intervenções.

continua

conclusão

Referência	Base de dados	Justificativa da exclusão
NARGISO, Jessica E.; BALLARD, Erica L.; SKEER, Margie R. A systematic review of risk and protective factors associated with nonmedical use of prescription drugs among youth in the United States: a social ecological perspective. **Journal of studies on Alcohol and Drugs**, v. 76, n. 1, p. 5-20, 2015.	PubMed	O estudo avalia os motivos de uso de medicamentos por jovens, mas não traz intervenções.
SHEHNAZ, Syed Ilyas; AGARWAL, Anoop Kumar; KHAN, Nelofer. A systematic review of self- medication practices among adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 55, n. 4, p. 467-483, 2014.	PubMed	O estudo avalia os motivos da automedicação entre jovens, mas não traz intervenções.
TWOMBLY, Eric C.; HOLTZ, Kristen D. Teens and the misuse of prescription drugs: Evidence-based recommendations to curb a growing societal problem. **The journal of primary prevention**, v. 29, n. 6, p. 503, 2008.	PubMed	O estudo avalia os motivos de uso de medicamentos por jovens, mas não traz intervenções.
CHAN, E. *et al*. Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: a systematic review. **Child**: care, health and development, v. 42, n. 3, p. 297-312, 2016.	PubMed	O estudo avalia a relação entre nascimento pré-termo e pós-termo e desfechos cognitivos e escolares. O estudo não traz intervenções.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

CLIQUE AQUI
e responda a pesquisa

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo Federal