

Artigo original: Chapman E, Haby MM, Toma TS, de Bortoli MC, Illanes E, Oliveros MJ, Barreto JOM. (2020). Knowledge translation strategies for dissemination with a focus on healthcare recipients: an overview of systematic reviews. *Implementation Science*, 15(1), 1-14. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-020-0974-3>

Tradução para o português: Kássia Fernandes de Carvalho, Fiocruz Brasília

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma *overview* de revisões sistemáticas

Evelina Chapman¹, Michelle M. Haby^{2,3*}, Tereza Setsuko Toma⁴, Maritsa Carla de Bortoli⁴, Eduardo Illanes^{5,7}, Maria Jose Oliveros⁶ e Jorge O. Maia Barreto¹

¹Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasília, Brasil

²Centre for Health Policy, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

³Departamento de Ciencias Químico Biológicas, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, Mexico

A lista completa de informações dos autores está disponível no final do artigo.

© Os Autores. 2020 Acesso Aberto Este artigo é distribuído de acordo com os termos da Licença Internacional Creative Commons Attribution 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que seja dado o crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, seja fornecido um *link* para a licença Creative Commons e seja indicado se foram feitas alterações. A renúncia com dedicação ao domínio público da Creative Commons (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica-se aos dados disponibilizados neste artigo, salvo se declarado em contrário.

Resumo

Contexto: Embora exista uma ampla literatura sobre a avaliação de intervenções de tradução do conhecimento destinadas a provedores, gestores e formuladores de políticas de saúde, observa-se uma menor atenção aos pacientes e seus cuidadores informais. Além disso, nenhuma *overview* da literatura sobre estratégias de disseminação direcionadas aos usuários de saúde e seus cuidadores havia sido realizada. A presente *overview* tem duas questões de pesquisa específicas: (1) determinar as estratégias mais eficazes que foram usadas para disseminar conhecimento aos destinatários de serviços de saúde, e (2) determinar as barreiras (e facilitadores) para a disseminação do conhecimento para esse grupo.

Métodos: Esta *overview* usou métodos da revisão sistemática e foi conduzida de acordo com um protocolo predefinido. Foi realizada uma busca abrangente de dez bases de dados e cinco

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

sites. Foram incluídas revisões publicadas e não publicadas em inglês, espanhol ou português. Uma avaliação da qualidade metodológica foi realizada e revisões de baixa qualidade foram excluídas. Uma síntese narrativa foi realizada, informada por uma matriz de estratégias e por medidas de desfecho. A taxonomia da base de dados Health Systems Evidence para “estratégias direcionadas ao usuário” foi utilizada para separar as estratégias em uma das seis categorias.

Resultados: Foram identificadas 44 revisões sistemáticas que descrevem as estratégias eficazes para disseminar conhecimento em saúde para o público, pacientes e cuidadores. Algumas dessas revisões também descrevem as barreiras mais importantes para a incorporação dessas estratégias eficazes. Ao analisar as estratégias com maior potencial para alcançar mudanças do comportamento, a maioria das estratégias com evidência suficiente de eficácia foi combinada, frequente e / ou intensa ao longo do tempo. Além disso, estratégias centradas no paciente, com intervenções personalizadas, e aquelas que buscam a aquisição de habilidades e competências foram mais eficazes para alcançar essas mudanças. Em relação a barreiras e facilitadores, embora a falta de literacia em saúde ou e-literacia possa aumentar as iniquidades, os benefícios das mídias sociais também foram enfatizados, por exemplo, pela ampliação do acesso às informações de saúde para minorias étnicas e grupos de baixo nível socioeconômico.

Conclusões: As intervenções que demonstraram ser eficazes na melhoria da incorporação do conhecimento ou de comportamentos de saúde devem ser implementadas na prática, programas e políticas – se ainda não implementadas. Ao implementar estratégias, os tomadores de decisão devem considerar as barreiras e facilitadores identificados por esta *overview* para garantir a máxima eficácia.

Registro do estudo: PROSPERO: [CRD42018093245](https://www.crd42018093245).

Palavras-chave: Tradução do conhecimento, Incorporação de pesquisa, Usuários, Pacientes, Cuidadores

Contribuições para a literatura

- Muitas evidências vêm sendo desenvolvidas para garantir que os resultados de pesquisas sejam usados pelos formuladores de políticas e profissionais de saúde. No entanto, os desafios do uso de pesquisas para pacientes e o público são maiores e há menos pesquisas nessa área.
- Esta revisão é a primeira síntese de evidências de revisões sistemáticas que pode ajudar a garantir que os resultados de pesquisas sejam utilizados pelos pacientes e pelo público e que não está limitada a doenças específicas.
- O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação é o novo grande desafio para aumentar o acesso e alcançar maior equidade em saúde, especialmente nos países de baixa-média renda.

Contexto

A tradução do conhecimento (KT, na sigla em inglês) é “a síntese, o intercâmbio e a aplicação do conhecimento pelas partes interessadas relevantes para acelerar os benefícios da inovação global e local no fortalecimento dos sistemas de saúde e na melhoria da saúde das pessoas” [1]. O processo de KT garante que as evidências de pesquisas sejam usadas na melhoria da saúde pelas partes interessadas relevantes, incluindo provedores de saúde, gestores, formuladores de políticas, cuidadores informais, pacientes e o público [2]. Embora exista uma ampla literatura sobre a avaliação de intervenções destinadas a provedores, gestores e formuladores de políticas de saúde, observa-se uma menor atenção aos pacientes e seus cuidadores informais.

As intervenções de KT “mediadas pelo paciente” são as estratégias que envolvem os pacientes em seus próprios cuidados de saúde e têm o objetivo de melhorar o conhecimento do paciente, o relacionamento com o provedor, a adequação do uso dos serviços de saúde, a satisfação com a experiência da prestação de cuidados, a adesão ao tratamento recomendado e outros comportamentos e resultados de saúde [3].

Os Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde (CIHR, na sigla em inglês), líderes na ciência e prática da tradução do conhecimento, reconheceram quatro elementos-chave no processo de KT: síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento. Para esta *overview*, temos como foco a disseminação como estratégia principal em KT. A disseminação envolve identificar o público apropriado e adaptar a mensagem e o meio ao público [4]. A disseminação de informações relacionadas à saúde trata-se da distribuição ativa, personalizada e direcionada de informações ou intervenções por meio de determinados canais, usando estratégias planejadas para um público específico de saúde pública ou prática clínica, sendo caracterizada como um antecedente necessário, mas não suficiente, da incorporação e implementação do conhecimento [5]. De acordo com CIHR, a disseminação pode incluir elementos como resumos/instruções informativas para as partes interessadas, sessões educacionais com pacientes, profissionais e/ou formuladores de políticas, engajamento dos usuários do conhecimento no desenvolvimento e execução de planos de disseminação / implementação, criação de ferramentas e engajamento da mídia. A disseminação pode ser feita através de diferentes tecnologias de informação e comunicação baseadas ou não na *Internet*, i.e., vídeos, *sites*, folhetos, suporte de decisão ou obras de arte.

Existem muitos modelos e teorias para explicar o que faz com que KT para destinatários (e provedores) de serviços de saúde seja eficaz [6–9]. Essas teorias têm objetivos variados, que vão desde o fornecimento de informações individualmente ou a grandes públicos (por exemplo, meios de comunicação de massa) até a mudança de comportamento por meio da educação ou aquisição de habilidades. Ao focar na mudança de comportamento, o objetivo é aumentar a capacidade de usar e aplicar evidências de maneira eficaz, alcançando melhores desfechos de saúde, incluindo qualidade de vida. Os desfechos desejados desses modelos incluem tomada de decisão compartilhada entre pacientes, seus familiares e provedores; comunicação paciente-provedor; autoeficácia; aderência; acesso aprimorado; e cura ou sobrevivência. Os desfechos intermediários podem incluir o conhecimento em saúde aprimorado dos usuários dos serviços

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma *overview* de revisões sistemáticas

de saúde, comportamentos de saúde e medidas fisiológicas; satisfação do paciente; e custos reduzidos [10].

Além disso, nos processos de KT dirigidos a pacientes e cuidadores informais, é importante considerar determinantes ou barreiras no âmbito dos destinatários de serviços de saúde, isto é, conhecimento, linguagem e diferenças culturais, déficits de habilidades, atitudes, acesso aos cuidados e motivação para mudar, entre outros [7, 10–12]. Ademais, é prática comum combinar estratégias de disseminação multicomponentes, como uma combinação de objetivos de alcance, motivação ou habilidade.

Para efeitos desta *overview*, focamos em estratégias de disseminação direcionadas aos usuários de serviços de saúde e seus cuidadores para melhorar a saúde e o bem-estar. Utilizamos a taxonomia desenvolvida por Lavis et al. para organizar os resultados, que inclui seis grupos de estratégias que são explicadas mais adiante [13].

Esta *overview* abordou duas questões de pesquisa específicas:

1. Qual a eficácia das estratégias que têm sido usadas para disseminar conhecimento aos destinatários de serviços de saúde (público em geral e pacientes)?
2. Quais são as barreiras (e facilitadores) para disseminar conhecimento aos destinatários de serviços de saúde (público em geral e pacientes)?

Métodos

Esta *overview* usou a metodologia de revisão sistemática e adere à recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) [14]. Um protocolo de revisão sistemática foi elaborado e registrado antes da realização das buscas [15]. Desvios do protocolo foram destacados.

Crítérios de inclusão para estudos

Os estudos foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão.

Tipos de estudos

Revisões sistemáticas (RS) de estudos quantitativos de qualquer desenho que forneceram informações sobre a eficácia das estratégias de disseminação. RS de estudos qualitativos que descreveram barreiras e facilitadores para incorporação de evidências de pesquisas também foram incluídas.

Tipos de participantes

Estudos que envolveram os destinatários de serviços de saúde como foco principal, tais como o público em geral, pacientes, cuidadores ou grupos de pacientes. Foram excluídos os estudos que focaram outros usuários, como profissionais, formuladores de políticas, educadores, tomadores de decisão, administradores de serviços de saúde e líderes comunitários. Também foram excluídos estudos em que a estratégia de disseminação foi direcionada a participantes com um único problema de saúde, por exemplo, intervenções multimídia para promover o teste de HIV. Buscou-se garantir uma abordagem mais geral das estratégias de disseminação do conhecimento para os destinatários de serviços de saúde.

Tipos de intervenções

RS que avaliaram estratégias de disseminação de KT direcionadas a destinatários de serviços de saúde ou cuidadores. As estratégias de disseminação foram definidas com base na taxonomia da base de dados Health Systems Evidence [13] para “estratégias direcionadas ao usuário”, conforme a seguir:

- a) Fornecimento de informações ou educação: estratégias para permitir que os usuários saibam sobre seu tratamento e sua saúde.
- b) Apoio à mudança de comportamento: intervenções focadas na incorporação ou promoção de comportamentos de saúde e tratamento no nível individual, como a adesão a medicamentos.
- c) Desenvolvimento de habilidades e competências: estratégias focadas na aquisição de habilidades relevantes para a autogestão.
- d) Apoio (pessoal): intervenções que fornecem assistência e incentivo para ajudar os pacientes a lidar com e gerenciar sua saúde e questões médicas em andamento, como aconselhamento e acompanhamento da eficácia do tratamento.

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

e) Comunicação e facilitação da tomada de decisão: estratégias para envolver os usuários na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde.

f) Participação do sistema: intervenções para envolver pacientes e / ou cuidadores nos processos de tomada de decisão no âmbito do sistema.

O elemento de disseminação pode ser escrito em papel (por exemplo, panfletos, folhetos, brochuras), verbal (i.e., usando telefone) ou escrito ou verbal usando Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) (i.e., saúde eletrônica, saúde móvel, *sites*, multimídia, telemedicina, lembrete para o paciente, etc.). A disseminação pode ser feita individualmente, em grupos ou em massa.

Tipos de comparações

Não houve restrições quanto aos tipos de comparações.

Tipos de medidas de desfecho

Desfechos relacionados à eficácia das estratégias de disseminação dirigidas aos destinatários de serviços de saúde, cuidadores ou o público em geral, incluindo mudança no conhecimento, entendimento, percepção, atitudes, adesão às recomendações de saúde e mudanças de comportamento. Outros resultados propostos foram *status* de saúde, acesso, uso de serviços, desfechos sociais, satisfação do usuário, custos e custo-efetividade. Além disso, foram consideradas barreiras para a incorporação de evidências de pesquisas por meio de estratégias de disseminação no nível do conhecimento, competência, literacia em saúde, atitudes, acesso aos cuidados e motivação para mudar.

Foram incluídas publicações em inglês, espanhol ou português e não houve restrições quanto ao ano de publicação. Literatura publicada e cinzenta foram incluídas.

Estratégia de busca e fontes de revisões sistemáticas

Foi realizada uma busca abrangente de dez bases de dados e cinco sites. As bases de dados pesquisadas para RS foram: MEDLINE (Ovid); Embase (Ovid); ERIC (EBSCOHost); CINAHL (EBSCOHost); PsycINFO (Ovid); LILACS (BVSsalud); e World Wide Science. As fontes especializadas de RS foram a Cochrane Library (incluindo Cochrane Reviews, the Database of Abstracts of Reviews of Effects and Health Technology Assessment); Epistemonikos; e Health Systems Evidence.

Buscas manuais foram realizadas no Google e Google Scholar; EPPI-Center Systematic Reviews; Rx for Change (<https://www.cadth.ca/rx-change>); e 3ie–International Initiative for Impact Evaluation. Além das fontes citadas que incluíram literatura cinzenta, foi realizada busca manual no System for Information on Gray Literature in Europe (Open gray <http://www.opengrey.eu>).

As pesquisas eletrônicas foram realizadas entre 21 e 23 de maio de 2018 e as pesquisas complementares (listas de referências, contato com autores e literatura cinzenta) foram realizadas em janeiro de 2019. As bases de dados foram pesquisadas usando palavras-chave de áreas relacionadas aos participantes, intervenção, desfechos e tipo de estudo – combinadas usando “AND”. As palavras-chave foram pesquisadas nos campos de título e resumo e usando

os termos MeSH (*Medical Subject Headings*), quando disponíveis (os termos e estratégias de busca para as pesquisas eletrônicas encontram-se no Arquivo adicional 1). Os resultados foram baixados no programa de gerenciamento de referências EndNote (versão X8.2) e as duplicatas foram removidas.

Triagem e seleção de estudos

Os títulos e resumos foram selecionados de acordo com os critérios de seleção de forma independente por pares de autores da revisão (EC, JB e MO). Foi recuperado o texto completo de artigos potencialmente relevantes para um exame mais detalhado. Os critérios de inclusão foram aplicados a partir da análise dos artigos na íntegra de forma independente por dois revisores (EC e MO). As discordâncias quanto à elegibilidade de estudos foram resolvidas por discussão, e um terceiro revisor (JB) consultado quando necessário. Todos os estudos que inicialmente pareciam atender os critérios de inclusão, mas que na leitura do texto completo não atenderam os critérios de inclusão, estão listados na tabela “Características dos estudos excluídos”, juntamente com as razões de sua exclusão.

Extração de dados

As informações extraídas das RS incluídas foram: objetivos, desenhos do estudo e número de estudos incluídos, data da última busca, intervenção / estratégia, participantes, cenários, país dos estudos e fonte de financiamento, bem como medidas de desfecho, achados, barreiras, lacunas de pesquisa e teorias ou referenciais teóricos. A extração dos dados foi dividida entre seis revisores (EC, MB, TT, EI, MH e MO) e verificada por um segundo revisor (EC). As discordâncias foram resolvidas por meio de discussão e consenso.

Após extrair os dados das RS incluídas, os revisores preencheram uma matriz previamente elaborada usando a taxonomia do Health Systems Evidence [13] para cada uma das seis estratégias no lado esquerdo, com as diferentes medidas de desfecho na parte superior. Uma lista de medidas de desfecho foi especificada no protocolo, mas foi necessário expandir a matriz porque foram encontrados outros tipos de medidas de desfecho além do proposto originalmente. A classificação foi feita por cada revisor (EC, MB, TT, EI, MH e MO) e verificada por um segundo revisor (EC).

Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica das RS incluídas foi avaliada de forma independente por pares de revisores usando uma ferramenta de medição para avaliar revisões sistemáticas (AMSTAR, na sigla em inglês) [16]. As discordâncias na pontuação foram resolvidas por meio de discussão e consenso. Para esta *overview*, as RS que atingiram os escores da AMSTAR de 8 a 11 foram consideradas de alta qualidade, escores de 4 a 7 de qualidade moderada e escores de 0 a 3 de baixa qualidade. As RS de baixa qualidade foram excluídas. Não foi encontrada nenhuma RS de estudos exclusivamente qualitativos para informar barreiras e facilitadores, assim não foi possível usar a abordagem Confiança nas Evidências de Revisões de Pesquisa Qualitativa para avaliar a confiança nos achados das sínteses qualitativas [17], conforme proposto no protocolo. Em vez disso, foram encontradas RS com uma combinação de desenhos de estudos que incluíam pesquisa qualitativa, portanto, a qualidade geral desses estudos foi avaliada com a ferramenta AMSTAR.

Análise de dados

Os achados das publicações incluídas foram sintetizados usando tabelas e um resumo narrativo informado pela matriz de estratégias por medidas de desfecho. A metanálise não foi possível porque os estudos incluídos eram heterogêneos em termos de populações, estratégias / intervenções testadas e desfechos medidos. Além disso, poucos estudos informaram medidas de eficácia. Assim, para informar os principais resultados, foram desenvolvidas declarações de eficácia usando quatro categorias e linguagem padronizada conforme proposto por Ryan et al. [9]. As regras de decisão levaram em consideração os resultados, sua significância estatística, e a qualidade e número de estudos que apoiam o resultado. As quatro categorias são: (1) evidência suficiente, (2) alguma evidência, (3) evidência insuficiente, e (4) evidência insuficiente para determinar a eficácia (Arquivo adicional 2). A categoria 4 foi usada para informar as lacunas de pesquisa.

Resultados

Resultados das buscas

Quarenta e quatro RS atenderam os critérios de inclusão para esta *overview* [3, 5, 7, 9–12, 18–54]. O processo de seleção para as RS e o número de artigos encontrados em cada fase estão apresentados na Figura 1. As razões para exclusão dos 47 artigos na fase de texto completo estão apresentadas no Arquivo adicional 3.

Artigos identificados pela busca nas bases de dados eletrônicas n = 1.254
Artigos identificados pela busca manual, incluindo literatura cinzenta n = 507
Total de artigos identificados n = 1.761
Artigos duplicados removidos n = 143
Artigos selecionados (títulos e resumos) n = 1.618
Artigos excluídos n = 1.527
Artigos completos analisados para elegibilidade n = 91
Artigos completos excluídos, com razões n = 47
Revisões sistemáticas incluídas n = 44

Fig. 1: Fluxo de seleção de artigos

Características dos estudos incluídos e avaliação da qualidade

Os detalhes das características das RS incluídas e os escores da AMSTAR estão no Arquivo adicional 4 (Tabelas 1 e 2). Das 44 RS, 19 apresentaram escores da AMSTAR de alta qualidade [7, 9, 10, 12, 20, 21, 24, 31, 35, 36, 38, 43–45, 47–50, 54] e 25 de qualidade moderada [3, 5, 11, 18, 19, 22, 23, 25–30, 32–34, 37, 39–42, 46, 51–53]. Das 44 RS, 24 incluíram desenhos experimentais e quase experimentais [3, 5, 7, 9, 11, 12, 20, 21, 25, 27–30, 32–34, 36, 38, 41, 42, 49, 51, 53, 54], dez incluíram apenas ensaios clínicos randomizados [18, 23, 24, 26, 35, 43, 47, 48, 50, 52], e dez incluíram pesquisas quantitativas e qualitativas [10, 19, 22, 31, 37, 39, 40, 44–46]. Dezesete RS incluíram apenas pacientes ou cuidadores [7, 9, 10, 20, 24, 31, 32, 34, 35, 37, 39, 40, 43, 44, 49, 50, 53], e os 27 restantes também incluíram provedores. Vinte RS foram informadas por, ou com base em, uma teoria ou referencial teórico [3, 7, 9, 11, 12, 18, 21, 25, 27, 29, 31, 33, 36, 38, 41, 42, 46, 49, 51, 54].

As diferentes estratégias testadas e os tipos de comunicação ou disseminação testados em cada uma das RS são apresentados no Arquivo adicional 5. Ao revisar as RS incluídas, foram encontradas outras medidas de desfecho que não foram incluídas no protocolo (ou na seção “Métodos” desta revisão). Estas incluíram a tomada de decisão compartilhada entre pacientes, seus familiares e provedores, comunicação paciente-provedor, autoeficácia e / ou autogestão, sensibilização, crenças, resultados clínicos, cobertura, uso de serviços, empoderamento, menos

sofrimento ou ansiedade, persuasão, segurança, apoio e influência social, qualidade de vida, *status* de saúde e bem-estar, hospitalizações, tempo de consulta, participação em saúde, sustentabilidade, escolha, dependência de mídias e legibilidade. Mais detalhes estão apresentados no Arquivo adicional 6.

Declarações de eficácia

Os efeitos das intervenções são apresentados a seguir por estratégia de acordo com a taxonomia adotada [13]. As RS foram divididas naquelas que testaram a estratégia específica de forma isolada (única) ou em combinação com outras estratégias (combinadas). Muitas revisões avaliaram intervenções envolvendo múltiplas estratégias e, portanto, contribuíram com evidências para mais de uma categoria. Mais detalhes estão apresentados no Arquivo adicional 5, Tabela 1. As declarações de eficácia são apresentadas nas Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 para estratégias com “evidência suficiente” ou “alguma evidência” (categorias 1 e 2 no Arquivo adicional 2). Estratégias com “evidência insuficiente” (categoria 3) estão apresentadas no Arquivo adicional 7 e aquelas com “evidência insuficiente para determinar” (categoria 4) foram utilizadas para informar as lacunas de pesquisa (Arquivo adicional 8).

Tabela 1 Fornecendo informações ou educação – estratégias com evidência suficiente ou alguma evidência para apoiar sua implementação	
Evidencia suficiente	Alguma evidência
Estratégias únicas	
<ul style="list-style-type: none"> • Em relação a formatos alternativos para apresentar riscos (em cenários hipotéticos) focados em testes diagnóstico ou de triagem: os usuários (e provedores) entendem melhor os formatos com frequências naturais do que as porcentagens [21]. • Em relação a formatos alternativos para apresentar reduções de risco: não há diferença no entendimento da redução do risco relativo (RRR) em comparação com a redução do risco absoluto (RRA). No entanto, a RRR é percebida como maior e mais persuasiva. A RRR é melhor compreendida do que o número necessário para tratar (NNT) e a RRR é percebida como maior e mais persuasiva que a NNT. A RRA é melhor compreendida que a NNT, com pouca ou nenhuma diferença de persuasão [21]. • Ao comunicar a probabilidade de efeitos adversos usando folhetos sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações ou educação, quando prestadas de forma isolada, podem melhorar o conhecimento, mas trata-se de evidência insuficiente para uma redução nos efeitos adversos de medicamentos [9]. • Educação e / ou informações ao paciente como um componente único ou como parte de uma intervenção mais complexa podem ser eficazes para melhorar as taxas de imunização [9]. • O hábito regular de assistir programas de televisão de ficção médica pode melhorar a percepção dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde [33]. • Ao comunicar a probabilidade de efeitos adversos usando folhetos sobre medicamentos para uma condição específica, números <i>vs.</i> palavras (cenário hipotético) podem aumentar a chance de uso de medicamentos para efeitos colaterais muito comuns [26].

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

<p>medicamentos para uma condição específica, a satisfação é significativamente maior para números vs. palavras (cenário hipotético) [26].</p>	
<p>Estratégias combinadas</p>	
<p>Nenhuma identificada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informações ou educação em combinação com outras intervenções, como treinamento de habilidades de autogestão, aconselhamento, ou como parte de pacotes de cuidados prestados por farmacêuticos, podem melhorar a adesão a medicamentos, o conhecimento e desfechos clínicos [9]. • Estratégias de melhoria da qualidade com um componente educacional voltadas para os pacientes podem diminuir a proporção de pacientes recebendo antibióticos, mas com resultados mistos [9]. • Intervenções antes das consultas concebidas para ajudar os pacientes com suas necessidades de informação por meio de vídeos, áudios e programas de computador podem melhorar a satisfação do paciente, mas trata-se de evidência insuficiente com relação a seus efeitos na ansiedade [35]. • Informações multimídia ou impressas como meios de disseminação de informações e educação do paciente podem melhorar a preferência, o conhecimento, a ansiedade e o comportamento do paciente. (A multimídia pode incluir <i>videotape</i> ou DVD, computador, filme, <i>slides</i>, <i>html</i>, apenas gravação em áudio ou vários vídeos). Não houve uma clara diferença de efeito entre material impresso e multimídia [52].
<p>RRA redução do risco absoluto, NNT número necessário para tratar, RRR redução do risco relativo</p>	

Fornecendo informações ou educação

Quarenta e uma revisões incluíram essa estratégia (Arquivo adicional 5, Tabela 1), mas apenas 17 forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [7, 9, 11, 12, 21, 26, 28, 29, 33–35, 37, 39, 40, 44, 49, 52]. Sete dessas 17 revisões eram de alta

qualidade [7, 9, 12, 21, 35, 44, 49]. As 24 RS restantes foram utilizadas para informar as lacunas de pesquisa (Arquivo adicional 8). As declarações de eficácia são apresentadas na Tabela 1 e no Arquivo adicional 7.

Comunicação e facilitação da tomada de decisão

Vinte e sete revisões incluíram essa estratégia (Arquivo adicional 5, Tabela 1), mas apenas 11 forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [9, 10, 24, 28, 30, 31, 46–50]. Oito dessas 11 revisões foram de alta qualidade [9, 10, 24, 31, 47–50]. As declarações de eficácia são apresentadas na Tabela 2 e no Arquivo adicional 7.

Adquirindo habilidades e competências

Vinte e seis revisões incluíram essa estratégia, mas apenas cinco forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [5, 9, 11, 22, 53]. Uma dessas cinco revisões foi de alta qualidade [9]. Consulte a Tabela 3 e o Arquivo adicional 7 para as declarações de eficácia.

Apoio à mudança de comportamento

Trinta e nove revisões incluíram essa estratégia, mas apenas 19 forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [3, 9, 11, 18–20, 23–25, 27, 30, 36, 38, 41–43, 50, 51, 54]. Sete dessas análises foram de alta qualidade [9, 20, 21, 24, 36, 38, 43, 50]. Consulte a Tabela 4 e o Arquivo adicional 7 para as declarações de eficácia.

Tabela 2 Comunicação e facilitação da tomada de decisão – estratégias com evidência suficiente ou alguma evidência para apoiar sua implementação	
Evidência suficiente	Alguma evidência
Estratégias únicas	
Nenhuma identificada	<ul style="list-style-type: none"> O uso de <i>e-mail</i> para mensagens não urgentes entre pacientes e profissionais pode melhorar a satisfação do participante [24].
Estratégias combinadas	
<ul style="list-style-type: none"> Os aplicativos de Tecnologia da Informação implementados para apoiar o cuidado centrado no paciente melhoram os resultados do processo da atenção à saúde (i.e., adesão aos padrões de cuidados, uso de recursos, envolvimento do paciente, etc.), bem como tomada de decisão ou comunicação compartilhada, comunicação de telessaúde, e satisfação entre pacientes e provedores [10]. O uso de suporte de decisão do paciente (escrito ou eletrônico) melhora o conhecimento do paciente, a precisão da 	<ul style="list-style-type: none"> O <i>coaching</i> mais o suporte de decisão do paciente (<i>versus</i> cuidado usual) podem melhorar o conhecimento e a participação na tomada de decisão. O <i>coaching</i> (<i>versus</i> suporte de decisão do paciente) pode melhorar o acordo valores-escolha e a satisfação. O <i>coaching</i> mais o suporte de decisão do paciente (<i>versus</i> o suporte de decisão do paciente) não mostraram diferenças no conhecimento, correspondência entre valores e escolha, participação na tomada de decisão, satisfação ou conflito de decisão [47].

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

percepção do risco, a clareza sobre seus valores pessoais e a participação na tomada de decisão, e diminui o conflito de decisão [48].

- Os folhetos informativos para o paciente antes da consulta sobre triagem ou cirurgia ou informações sobre medicamentos podem melhorar a satisfação do paciente [49].
- A comunicação do risco individual (não necessariamente presencial) pode ser mais produtiva se incluir estimativas do risco individual na discussão entre o profissional e o paciente. Além disso, é mais provável que mudem as decisões do paciente sobre os tratamentos do que o comparecimento à triagem ou modificação de comportamento de risco [28].
- Os aplicativos de Tecnologia da Informação implementados para apoiar o cuidado centrado no paciente podem melhorar os desfechos clínicos. Em particular, aplicativos de telessaúde e ferramentas de gestão do cuidado podem ser mais eficazes para melhorar os desfechos clínicos. As intervenções de Tecnologia da Informação em saúde personalizadas destinadas a aumentar o envolvimento do paciente durante o encontro clínico também podem melhorar a satisfação do paciente e do provedor [10].
- Os aplicativos de informática em saúde do usuário (por exemplo, avaliações de risco à saúde, suporte de decisão, telefones, *laptops*, *CD-ROMs*, assistentes digitais pessoais / *smartphones*, serviço de mensagens curtas – SMS, grupos de bate-papo ou discussão) podem envolver efetivamente os usuários, aprimorar as intervenções clínicas tradicionais, e melhorar os desfechos intermediários e clínicos em saúde [31].
- A prescrição adiada como uma estratégia para reduzir a resistência generalizada a antibióticos pode ser eficaz na diminuição do uso de antibióticos, mas tem efeitos mistos nos desfechos clínicos, eventos adversos e satisfação [9].

	<ul style="list-style-type: none"> • A educação e o acompanhamento aprimorado; facilitadores trabalhando com médicos para incentivar serviços preventivos; e serviços de assistência farmacêutica – podem melhorar a adesão e o conhecimento [9].
SMS serviço de mensagens curtas	

Apoio pessoal

Trinta revisões incluíram essa estratégia, mas apenas duas forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [9, 49] – ambas de alta qualidade. Consulte a Tabela 5 e o Arquivo adicional 7 para as declarações de eficácia.

Participação do sistema pelo usuário

Vinte e oito revisões incluíram essa estratégia, mas apenas seis forneceram evidências que foram úteis para o desenvolvimento das declarações de eficácia [10, 19, 23, 32, 42, 45] – duas das quais foram de alta qualidade [10, 45]. Em relação à participação do sistema pelo usuário, não foram identificadas estratégias únicas. Para as estratégias combinadas, nenhuma tinha evidência suficiente e apenas uma tinha alguma evidência de eficácia, com a seguinte declaração de eficácia:

O uso de mídias sociais e telemonitoramento (plataformas de TIC) para promover o envolvimento do paciente e oferecer intervenções de mudança de comportamento pode melhorar os desfechos de saúde [42].

As estratégias combinadas com evidência insuficiente estão listadas no Arquivo adicional 7.

Barreiras

Não encontramos RS de estudos exclusivamente qualitativos. Das 44 RS incluídas, dez incluíram pesquisa qualitativa entre outros desenhos de estudo. Para a síntese de barreiras (e facilitadores) para KT para os participantes da saúde, 31 RS contribuíram com informações. As barreiras identificadas foram agrupadas de acordo com o tipo de comunicação utilizada por meio da intervenção ou estratégia (Arquivo adicional 5, Tabela 2). Embora esse método de agrupar as barreiras não tenha sido declarado originalmente no protocolo, essa maneira de agrupá-las foi considerada a mais lógica devido ao modo como as barreiras foram relatadas nas revisões sistemáticas incluídas.

Tabela 3 Adquirindo habilidades e competências – estratégias com evidência suficiente ou alguma evidência para apoiar sua implementação	
Evidência suficiente	Alguma evidência
Estratégias únicas	
Nenhuma identificada	Nenhuma identificada
Estratégias combinadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas autogerindo antitrombóticos (autotestando e autoajustando a terapia com base em uma programação de doses predeterminada) diminuem os eventos tromboembólicos e a mortalidade; e há 	<ul style="list-style-type: none"> • Um conjunto de ferramentas de segurança doméstica para cuidadores de pacientes com Alzheimer melhora a segurança em casa, o comportamento de risco, a autoeficácia do cuidador e a tensão do cuidador [53].

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

<p>alguma evidência de que a autogestão melhora os desfechos clínicos, mas com resultados mistos [9].</p> <ul style="list-style-type: none">• O automonitoramento (autotestando e contatando o médico para o apropriado ajuste da dose) de antitrombótico é eficaz na redução de hemorragias graves [9].• Na hipertensão, também há evidência suficiente de que a monitorização residencial da pressão arterial geralmente é eficaz para melhorar os marcadores clínicos de hipertensão, uso excessivo de medicamentos e inércia terapêutica [9].	<ul style="list-style-type: none">• Estratégias com foco na aquisição de habilidades e competências podem melhorar a adesão a medicamentos e desfechos clínicos, mas os resultados são mistos [9].• A analgesia controlada pelo paciente pode aumentar o consumo de analgésicos e diminuir os escores de dor, embora com resultados mistos [9].• A educação estruturada da analgesia controlada pelo paciente pode melhorar o conhecimento, mas trata-se de evidência insuficiente quanto a melhorar o controle da dor pós-operatória [9].• Pacotes de recursos ou diretrizes que fornecem informações e / ou ativação (por exemplo, informações ou ferramentas para motivar ação para gerir ativamente uma doença) são fontes potenciais de apoio de autogestão para os pacientes [5].• Intensivas intervenções de literacia em saúde de estratégia mista que promovem a adesão e facilitam a autogestão podem reduzir o uso de serviços de saúde (visitas a pronto-socorro e hospitalizações) [11].• Intervenções de literacia em saúde de estratégia mista, incluindo aconselhamento individual ou em grupo, podem melhorar os comportamentos de autogestão (por exemplo, atividade física, cuidados com os pés, adesão a medicamentos e automonitoramento da glicose) [11].
--	--

Nenhuma das RS identificou barreiras à comunicação verbal especificamente. No entanto, em relação aos conselhos consultivos de pacientes (que podem usar a comunicação verbal e eletrônica), a principal barreira descrita foi que a implementação leva uma quantidade significativa de tempo e recursos para recrutamento, realização de reuniões e acompanhamento [45].

Para informações escritas que não exigem a *Internet*, foram levantadas preocupações sobre motivação e sensibilização [29, 49], literacia em saúde [40, 53], e compreensão e entendimento [29, 40]. Outras possíveis barreiras que devem ser consideradas são a confiabilidade e a credibilidade das informações [29], as necessidades pessoais [49], e a complexidade e o *design* do texto [40].

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

Para intervenções de tecnologia da informação em geral, as barreiras levantadas incluem questões de literacia em saúde, privacidade e qualidade da informação, acesso à tecnologia e *design* da informação [42].

Estratégias baseadas em computador, baseadas ou não na *Internet*, apresentam como barreira dificuldades na gestão de tecnologias, principalmente para os idosos [19], e-literacia [25, 31, 51], preocupações com privacidade, sentimentos pessoais do usuário, fatores socioeconômicos [31, 41], e literacia em saúde [31, 44]. Outras barreiras incluem confiabilidade e credibilidade nas informações, falta de tempo e impedimento pessoal [31], motivação e sensibilização, e informações que não atendem às necessidades pessoais [49], complexidade do texto e falta de acesso à informação [44].

As estratégias que usam multimídia não baseada na *Internet* trazem dificuldades como motivação, sensibilização, informações que não respondem a necessidades pessoais ou sem detalhes suficientes [49], problemas de comunicação [35], e literacia em saúde [18, 52] para sua implementação.

As estratégias multimídia baseadas na *Internet* enfrentam barreiras como e-literacia [12, 25, 51], literacia em saúde [11, 37, 44], motivação, sensibilização [12, 29], preocupações com confiabilidade e credibilidade [29, 37], complexidade do texto [37, 44], sentimentos pessoais do usuário, sobrecarga de informações, e informações que não correspondem às necessidades pessoais [37]. Outras barreiras foram a falta de acesso à *Internet* e habilidades pessoais [12, 24, 44, 51], e compreensão, entendimento e autogestão quando são utilizadas intervenções de autogestão fornecidas com diretrizes [5].

A maioria dos estudos não discutiu questões como etnia, nível de renda ou falta de moradia, que são importantes quando se considera o uso de uma tecnologia baseada na *Internet* para fornecer uma intervenção ambulatorial. Os efeitos a longo prazo sobre a persistência individual com terapias escolhidas e a relação custo-benefício do uso de terapias baseadas na *Internet* e desenvolvimento de *hardware* e *software* requerem avaliação contínua [51]. RS recentes mencionaram iniquidades como falta de acesso à tecnologia [42]. No entanto, uma revisão observou que um benefício da mídia social é que ela pode ampliar o acesso para aqueles que podem não acessar facilmente as informações de saúde por métodos tradicionais, como pessoas mais jovens, minorias étnicas e grupos de baixo nível socioeconômico [39].

Para intervenções nas mídias sociais, as barreiras no nível individual incluem literacia em saúde [7, 42] e o risco de deterioração do relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes [7, 39], incluindo a incapacidade de atender às necessidades emocionais e de informação dos pacientes [46]. Outras preocupações incluem como as informações são apresentadas [7, 21], privacidade, qualidade das informações, falta de acesso à *Internet*, confiabilidade nas informações, sobrecarga de informações, e estigma sobre determinadas doenças [39]. Outra barreira destacada foi o fato de o conteúdo social ser usado mais do que o conteúdo educacional, isto é, os participantes usam as mídias sociais para interagir com outros usuários mais do que como um meio de autoeducação [38].

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

Tabela 4 Apoio à mudança de comportamento – estratégias com evidência suficiente ou alguma evidência para apoiar sua implementação	
Evidencia suficiente	Alguma evidência
Estratégias únicas	
Nenhuma identificada	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentações em vídeo para educação do paciente podem modificar comportamentos [18]. • Intervenções computadorizadas de suporte à prescrição podem ser efetivamente implementadas e podem mudar o comportamento do provedor, mas podem ser ineficazes para melhorar os desfechos do paciente [9].
Estratégias combinadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de “Tradução do Conhecimento mediada pelo paciente” (definidas como estratégias que informam, educam e envolvem os pacientes em seus próprios cuidados de saúde) usando materiais impressos e / ou eletrônicos, antes, durante ou após a consulta, melhoram uma ou mais medidas do conhecimento, tomada de decisão, comunicação e comportamento do paciente [3]. • As plataformas de tecnologia da informação baseadas na <i>Internet</i> e em telefones móveis para oferecer intervenções de mudança de comportamento melhoram os desfechos de saúde (por exemplo, perda de peso) e comportamentos de saúde em diferentes categorias de doenças [42]. • Intervenções usando <i>sites</i> de redes sociais (por exemplo, Facebook, Twitter), <i>sites</i> específicos e <i>e-mail</i> como parte de intervenções com multicomponentes melhoram os desfechos relacionados com o comportamento [36]. • Mensagens SMS personalizadas combinadas com outras intervenções melhoram as mudanças de comportamento pretendidas [30, 50, 54]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando os atributos das informações de saúde são estruturados negativamente (por exemplo, chance de mortalidade com câncer), a compreensão pode ser melhor do que quando as mesmas informações são estruturadas positivamente (por exemplo, chance de sobrevivência com câncer). No entanto, a percepção pode ser melhor quando são estruturadas positivamente [20]. • Quando os objetivos de informações de saúde são estruturados como mensagens de perda (por exemplo, “se você não for submetido ao teste de rastreamento do câncer, sua sobrevivência será reduzida”), pode haver uma percepção mais positiva da efetividade das mensagens de rastreamento e pode ser mais persuasivo para mensagens de tratamento do que quando estruturadas como mensagens de ganho [20]. • O uso de portais de pacientes, permitindo que os pacientes acessem suas informações pessoais de saúde (e também podendo oferecer funções e serviços para aprimorar o tratamento médico), pode levar a uma diminuição mais rápida nas taxas de visitas ao consultório e a um aumento mais lento no número de contatos telefônicos; aumento no número de mensagens de <i>e-mail</i> enviadas;

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

<ul style="list-style-type: none">• Intervenções interativas com o paciente geradas por computador ou operadas por computador – em encontros clínicos “à revelia” – como extensão do cuidado do paciente presencial, combinadas com materiais impressos ou telefone, afetam positivamente a mudança de comportamento de saúde [41].• As mensagens de texto como uma ferramenta para mudança de comportamento na prevenção e gestão de doenças melhoram os comportamentos de saúde (por exemplo, cessação do tabagismo por fumantes, e monitorar e reportar glicose no sangue via mensagem de texto em diabéticos) e desfechos clínicos (por exemplo, maior perda de peso em adultos obesos, e maior diminuição dos níveis de hemoglobina A1c em adolescentes e adultos diabéticos) [27].	<p>mudanças nos regimes de medicação; e melhor adesão aos tratamentos [23].</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervenções <i>online</i> sobre comportamentos de saúde em redes sociais podem melhorar os comportamentos de saúde [38].• Lembretes, intervenções de profissionais de saúde leigos, visitas domiciliares mais vacinação, vacinação gratuita, facilitadores trabalhando com médicos e incentivos financeiros a médicos podem melhorar as taxas de imunização [9].• Regimes de dosagem simplificados, lembretes, sugestões e / ou organizadores, embalagens de medicamentos (<i>reminder packaging</i>), incentivos materiais, apoio e educação, apoio e motivação, educação e treinamento, ou intervenções de informação e aconselhamento podem melhorar a adesão aos medicamentos, mas com resultados mistos [9].• Outras intervenções envolvendo os farmacêuticos diretamente (como papéis expandidos que abrangem a educação de doenças e a gestão de medicamentos) podem melhorar a adesão, o número de medicamentos prescritos e os desfechos clínicos, embora os resultados sejam mistos [9].• Lembretes por SMS e Serviço de Mensagens Multimídia podem melhorar a adesão aos cuidados preventivos [50]. As intervenções baseadas na <i>Web</i> em comparação com as não baseadas na <i>Web</i> podem melhorar desfechos de conhecimento ou de mudança de comportamento em muitas condições de saúde. As intervenções foram oferecidas usando dispositivos baseados na <i>Web</i> e podem incluir: multimídia, sala de aula, suporte na <i>Internet</i>, estratégias de busca de ajuda, ferramentas interativas, rede doméstica de computadores, clínica assistida por computador ou quiosque [51].
SMS serviço de mensagens curtas	

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde: uma overview de revisões sistemáticas

Tabela 5 Apoio (pessoal) – estratégias com evidência suficiente ou alguma evidência para apoiar sua implementação	
Evidencia suficiente	Alguma evidência
Estratégias únicas	
Nenhuma identificada	Nenhuma identificada
Estratégias combinadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Para condições agudas, os folhetos informativos para o paciente melhoram a adesão ao tratamento a curto prazo. Para doenças crônicas, procedimentos invasivos ou situações de triagem, seu impacto na adesão varia de acordo com o contexto, como são entregues e a invasividade da intervenção [49]. 	<ul style="list-style-type: none"> • O fornecimento de aconselhamento de pacientes e / ou médicos por farmacêuticos pode melhorar a adesão, mas trata-se de evidência insuficiente para apoiar um cuidado do paciente mais intensivo por farmacêuticos [9].

As estratégias de saúde móvel (com telefone celular) apresentam como as principais barreiras para sua implementação questões como e-literacia e falta de acesso à *Internet* [10, 27], literacia em saúde [34, 44], fatores socioeconômicos [27, 50], preocupações com a privacidade, falta de habilidades pessoais [10], complexidade do texto [44], e o tempo necessário da tecnologia [54]. Outra limitação potencial da saúde móvel seria o oferecimento das intervenções ser interrompido no caso de o telefone móvel ser roubado ou perdido. No entanto, existem as mesmas limitações em muitas outras formas de comunicação (por exemplo, o correio postal pode ser entregue no endereço errado, as caixas de *e-mail* podem estar cheias demais para receber mensagens) [27].

As barreiras à implementação da telemedicina também estão relacionadas à e-literacia, preocupações com privacidade, falta de acesso à *Internet* e habilidades pessoais [10].

Para a implementação do suporte de decisão do paciente, que podem incluir panfletos, vídeos ou ferramentas baseadas na *Web*, as barreiras detectadas incluem suporte de decisão que não atende às necessidades da população, médicos que não desejam usá-lo, e médicos e usuários de saúde sem habilidades para a tomada de decisão compartilhada [48].

Discussão

Para esta *overview*, foram identificadas 44 RS que descrevem estratégias eficazes para disseminar o conhecimento em saúde para o público, pacientes e cuidadores. Algumas dessas RS também descrevem as barreiras mais importantes para a incorporação dessas estratégias eficazes. As revisões que testaram estratégias mais gerais foram selecionadas em vez daquelas direcionadas a uma condição ou cenário particular. Para o nosso conhecimento, esta é a primeira *overview* de RS que aborda esse objetivo.

Embora tenhamos relatado as estratégias e os resultados de acordo com a taxonomia adaptada da base de dados do Health Systems Evidence [13], descobrimos que muitas estratégias se sobrepunham para o tipo de intervenção e as medidas de desfecho. Por exemplo, intervenções fornecendo informações ou educação relataram desfechos relacionados à mudança de comportamento ou autoeficácia, com a intenção principal de aumentar o conhecimento. Situações como essa foram frequentes podendo ser devido ao uso de estratégias combinadas ou a características da própria intervenção, sua intensidade, frequência ou duração. As estratégias relatadas nas RS incluídas foram direcionadas a indivíduos ou grupos, de forma impressa ou verbal, presencial ou remotamente. Além disso, as intervenções variaram de estratégias únicas (por exemplo, um folheto informativo escrito) a estratégias combinadas. Consideramos uma estratégia como sendo combinada quando utilizou duas ou mais estratégias de informação de saúde verbal, impressa ou remota (por exemplo, vídeo, computador e apresentações de slides [11]), ou diferentes tipos de comunicação eletrônica (baseados ou não na *Internet*), como telemedicina, aplicativos de TIC ou plataformas de TIC [10, 42], ou redes sociais como Facebook ou Twitter [39, 46].

Encontramos poucas RS com uma metanálise que poderia informar a magnitude dos efeitos. Assim, não foi possível realizar uma metanálise geral para cada uma das estratégias, razão pela qual optamos por adotar a abordagem proposta por Ryan et al. [9] e apresentamos os achados como declarações de evidência.

Um dos objetivos-chave das intervenções incluídas foi informar, melhorar o conhecimento, ou mudar comportamentos de saúde. Para alcançar mudanças de comportamento, diferentes estratégias foram usadas, como treinamento, *coaching* ou mensagens de texto. Os fatores que afetaram a eficácia da intervenção incluíram sua frequência, intensidade e tempo de acompanhamento. Esses são importantes fatores a serem considerados ao implementar as estratégias de intervenção escolhidas, incluindo a aplicabilidade da intervenção em diferentes modos de implementação e contextos.

Ao analisar as estratégias com maior potencial para alcançar mudanças do comportamento, a maioria das estratégias com evidência suficiente de eficácia foi combinada, frequente e / ou intensa ao longo do tempo. Além disso, estratégias focadas no paciente, com intervenções personalizadas, e aquelas que buscaram adquirir habilidades e competências foram mais eficazes para alcançar essas mudanças. Muitas dessas estratégias usaram conjuntos de ferramentas ou plataformas diferentes, baseadas ou não na *Internet*. Exemplos de estratégias baseadas na

Internet incluem redes sociais, portais específicos, mensagens de texto personalizadas ou *e-mail* [23, 27, 30, 36, 42, 43, 50, 54]. Exemplos de estratégias que nem sempre são baseadas na *Internet* são o uso de vídeos, telefonemas, telemedicina e telemonitoramento [9, 10, 41, 48, 49, 53].

Outros exemplos de intervenções eficazes e personalizadas, como aquelas concebidas para melhorar a comunicação ou a participação na tomada de decisão entre pacientes e provedores de cuidados em saúde, foram o uso de suporte de decisão do paciente e folhetos informativos para o paciente, fornecidos eletronicamente ou não [10, 48, 49]. É interessante notar que, quando o *coaching* foi adicionado ao suporte de decisão do paciente, encontramos alguma evidência de melhoria no conhecimento e na participação. Além disso, o *coaching*, quando comparado apenas ao suporte de decisão do paciente, aumentou o acordo valores-escolha e melhorou a satisfação com o processo de tomada de decisão [47]. Em relação à satisfação, também encontramos alguma evidência de melhoria na satisfação do paciente para intervenções por meio de multimídia antes de consultas concebidas para ajudar os pacientes com suas necessidades de informação [35].

Com relação aos cuidadores, em particular de pacientes com doença de Alzheimer, encontramos boa evidência para o efeito de um conjunto de ferramentas de segurança doméstica para melhorias na segurança em casa, comportamento de risco e autoeficácia do cuidador [53]. Para intervenções envolvendo pacientes e / ou cuidadores nos processos de tomada de decisão no âmbito do sistema, não encontramos evidência suficiente para fazer uma declaração. Poucos estudos incluíram um período de acompanhamento superior a um ano ou taxa de retenção relatada, portanto, não se sabe se os resultados da mudança de comportamento são sustentáveis ao longo do tempo [32, 36, 42, 51].

Nossa segunda questão de pesquisa teve como foco as barreiras à disseminação do conhecimento para os destinatários de serviços de saúde, que são importantes de serem consideradas quando da implementação das estratégias de intervenção escolhidas. As barreiras mais frequentemente mencionadas estavam relacionadas a TIC ou à própria informação. Para a TIC, as principais preocupações foram o acesso às tecnologias, incluindo a disponibilidade da *Internet*. No âmbito pessoal, também foram mencionadas a falta de habilidades para gerenciar novas tecnologias, questões de privacidade, falta de tempo e deterioração da relação médico-paciente, especialmente ao usar mídias sociais ou *sites*. Quanto à informação em si, a falta de entendimento ou compreensão, o volume de informações, a complexidade do texto e seu *design*, as informações que não atendiam às necessidades dos pacientes e a confiabilidade foram as principais barreiras mencionadas. Embora as iniquidades tenham sido mencionadas e geralmente relacionadas à falta de literacia em saúde ou e-literacia, os benefícios das mídias sociais também foram enfatizados, por exemplo, pela ampliação do acesso às informações de saúde, particularmente para minorias étnicas e grupos de baixo nível socioeconômico.

Pontos fortes e limitações desta *overview*

Os pontos fortes desta *overview* foram que apenas análises de moderada ou alta qualidade foram incluídas, bem como o foco em estratégias que traduziram informações em saúde para pacientes e cuidadores por meio de diferentes estratégias e tipos de disseminação. Além disso, focamos

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma *overview* de revisões sistemáticas

em intervenções mais gerais, em vez de intervenções específicas, que já são abundantes na literatura científica e poderiam estar na lista de RS que foram excluídas. Embora não tenhamos encontrado RS de estudos qualitativos para analisar barreiras para uma melhor implementação de intervenções de disseminação, encontramos consideráveis informações e análises de barreiras em muitas das RS incluídas. Estas incluíram estudos de boa qualidade sobre literacia em saúde. Além disso, conseguimos identificar muitas lacunas de pesquisa detalhadas no Arquivo adicional 8.

As limitações desta *overview* incluem limitações nas RS incluídas, como a falta de descrição clara das intervenções, cenários ou amostras, e desfechos em algumas revisões. Ademais, nem todas as RS incluídas utilizaram teorias ou referenciais teóricos para informar as estratégias. Finalmente, devido à heterogeneidade nas intervenções e desfechos, uma metanálise não foi possível.

É difícil conseguir melhorias na incorporação do conhecimento ou comportamentos de saúde, e a literatura de eficácia para as diferentes estratégias no campo clínico foi apresentada usando uma variedade de referenciais teóricos, teorias ou taxonomias. Embora estejam em curso estudos para desenvolver taxonomias consistentes para o desenho e relato de mudanças de comportamento e intervenções de disseminação e implementação, como a roda de mudança de comportamento [55], o referencial de domínios teóricos [56, 57], e outras taxonomias [58], estas não estão aplicadas de maneira consistente na literatura existente. Adicionalmente, poucas foram desenvolvidas para pacientes ou seus cuidadores e há mais foco na implementação do que na disseminação. Nenhum dos referenciais desenvolvidos foi adequado ao nosso contexto (https://dissemination-implementation.org/view-All_di.aspx). Assim, considerando que esta *overview* foi orientada para os tomadores de decisão em saúde, optamos por usar a taxonomia do Health Systems Evidence de Lavis e colaboradores [13]. A vantagem de usar essa taxonomia é que facilita para os tomadores de decisão em saúde encontrar, entender e usar as evidências contidas nesta *overview*. Além disso, embora exista um debate sobre a melhor forma de medir a eficácia de intervenções complexas de mudança de comportamento [59, 60], esses autores reconhecem que são necessários estudos adicionais. Até que esses estudos sejam realizados e o consenso seja alcançado, as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (e outros desenhos), conforme usadas nesta *overview*, são o melhor método atualmente aceito.

Conclusões

Esta *overview* de revisões sistemáticas mostrou que variadas estratégias de disseminação destinadas aos usuários de serviços de saúde e seus cuidadores podem melhorar a saúde e o bem-estar de diferentes maneiras. No entanto, a implementação de nossos achados precisará considerar o contexto específico em que uma estratégia será implementada. Esta *overview* ajudará os tomadores de decisão a escolher as estratégias de disseminação mais eficazes e também os informará sobre os fatores que devem considerar ao implementar essas estratégias.

Implicações para prática e política

As intervenções que demonstraram ser eficazes na melhoria da incorporação do conhecimento ou de comportamentos de saúde devem ser implementadas na prática, programas e políticas – se ainda não implementadas. Os benefícios de estratégias como saúde eletrônica e saúde móvel, incluindo telemedicina, devem ser considerados para a disseminação do conhecimento e para melhorar comportamentos de saúde – especialmente em populações com falta de acesso a fontes tradicionais de atenção à saúde, inclusive em áreas remotas ou rurais. A aplicação da tecnologia a distância pode fortalecer a continuidade do cuidado entre paciente e médico, melhorando o acesso e apoiando a coordenação das atividades dos serviços de saúde a partir de uma única fonte. Ao conceber estratégias de KT, não apenas a eficácia da estratégia, mas também as características das intervenções devem ser levadas em consideração, como o tipo de disseminação (eletrônica ou não), a frequência, a intensidade e o tempo de acompanhamento. Também é importante garantir que o conteúdo das mensagens esteja dirigido a pessoas com baixa literacia, baixa numeracia e com baixa e-literacia. O conhecimento disseminado deve ser legível, compreensível, relevante, consistente, inequívoco e plausível para os pacientes. Além disso, os pacientes devem ser convidados a participar da sua concepção. Todas essas estratégias provavelmente aumentarão o sucesso da disseminação.

Implicações para a pesquisa

Pesquisas futuras devem se concentrar nas áreas identificadas como lacunas de pesquisa no Arquivo adicional 8. Além disso, os pesquisadores devem garantir que as intervenções testadas estejam bem descritas em seus artigos. Da mesma forma, os autores de revisões sistemáticas também devem garantir uma descrição clara das intervenções, cenários, amostras e desfechos incluídos em suas revisões para facilitar sua avaliação e implementação pelos tomadores de decisão.

Informações suplementares

Informações suplementares acompanham este artigo em <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0974-3>.

[Arquivo adicional 1](#). Termos e resultados das buscas.

[Arquivo adicional 2](#). Esquema de classificação de evidências (baseado em Ryan et al. 2014).

[Arquivo adicional 3](#). Estudos excluídos (N = 47).

[Arquivo adicional 4](#). Características dos estudos incluídos e avaliação da qualidade AMSTAR. Tabela 1 Característica das revisões sistemáticas incluídas. Tabela 2 Qualidade das revisões sistemáticas incluídas (AMSTAR).

[Arquivo adicional 5](#). Estratégias e tipos de comunicação ou disseminação. Tabela 1 Estratégias / Intervenções (adaptado de Lavis et al. 2015). Tabela 2 Tipos de comunicação ou disseminação. Tabela 3 Características das intervenções (detalhes).

[Arquivo adicional 6](#). Tipos de medidas de desfecho.

[Arquivo adicional 7](#). Estratégias classificadas como tendo evidência insuficiente.

[Arquivo adicional 8](#). Lacunas de pesquisa.

Abreviaturas

AMSTAR: *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews*; RRA: Redução do risco absoluto; CIHR: *Canadian Institutes for Health Research*; TIC: Tecnologias da Informação e Comunicação; KT: *Knowledge translation*; MeSH: *Medical Subject Headings*; NNT: Número necessário para tratar; PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; RRR: Redução do risco relativo; SMS: *Short message service*; RS: Revisão sistemática

Agradecimentos

Não se aplica.

Contribuição dos autores

EC e JB foram responsáveis pelo desenho do estudo e pela elaboração do protocolo. MH e EC conduziram as buscas. EC, JB e MO selecionaram os estudos para inclusão. Todos os autores contribuíram para a extração dos dados e avaliação da qualidade. EC, JB e MH contribuíram para a análise e interpretação dos resultados. EC redigiu a primeira versão do manuscrito, com contribuições de JB e MH. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Informações dos autores

Não se aplica.

Financiamento

Este estudo foi financiado por uma bolsa do Ministério da Saúde do Brasil (TED MS/SCTIE-Fiocruz #43/2016). O financiador não teve nenhum papel no desenho do estudo, coleta, análise ou interpretação dos dados ou na redação do manuscrito.

Disponibilidade de dados e materiais

Todos os arquivos que apoiaram as conclusões deste artigo estão incluídos no artigo ou nos Arquivos adicionais 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Aprovação ética e consentimento para participação

Não se aplica.

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

Consentimento para publicação

Não se aplica.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Detalhes dos autores

¹Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasília, Brasil. ²*Centre for Health Policy, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia.* ³*Departamento de Ciencias Químico Biológicas, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, Mexico.* ⁴Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil. ⁵*School of Psychology Universidad Mayor, Santiago, Chile.* ⁶*Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*

Recebido: 17 de julho de 2019 **Aceito:** 17 de fevereiro de 2020

Referências

1. Pablos-Mendez A, Shademani R. Knowledge translation in global health. *J Contin Educ Heal Prof.* 2006;26(1):81–6.
2. WHO. Knowledge translation framework for Ageing and health. Geneva: Department of Ageing and Life-Course, World Health Organization; 2012.
3. Gagliardi AR, Legare F, Brouwers MC, Webster F, Badley E, Straus S. Patient-mediated knowledge translation (PKT) interventions for clinical encounters: a systematic review. *Implement Sci.* 2016;11(1):26.
4. Graham ID, Tetroe JM. Getting evidence into policy and practice: perspective of a health research funder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18(1):46–50.
5. Vernooij RW, Willson M, Gagliardi AR, members of the Guidelines International Network Implementation Working G. Characterizing patient-oriented tools that could be packaged with guidelines to promote self-management and guideline adoption: a meta-review. *Implement Sci.* 2016;11:52.
6. Albrecht L, Archibald M, Arseneau D, Scott SD. Development of a checklist to assess the quality of reporting of knowledge translation interventions using the workgroup for intervention development and evaluation research (WIDER) recommendations. *Implement Sci.* 2013;8(1):52.
7. McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin CL, Kistler C, et al. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2013;(213):1–520.
8. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9: CD011086.
9. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;4: CD007768.
10. Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, Gibbons MC, Berger Z, Aboumatar H, et al. Enabling patient-centered care through health information technology. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2012;(206):1–1531.
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2011;(199):1–941.
12. Car J, Lang B, Colledge A, Ung C, Majeed A. Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6): CD007092.
13. Lavis JN, Wilson MG, Moat KA, Hammill AC, Boyko JA, Grimshaw JM, et al. Developing and refining the methods for a 'one-stop shop' for research evidence about health systems. *Health Res Policy Syst.* 2015;13(1):10.

14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
15. Chapman E, Barreto JOM. Knowledge translation overview: strategies for dissemination with a focus on recipient health care. PROSPERO 2018 CRD42018093245. Disponível em: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018093245
16. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
17. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895.
18. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014;97(1):16–22.
19. Akesson KM, Saveman BI, Nilsson G. Health care consumers' experiences of information communication technology--a summary of literature. *Int J Med Inform*. 2007;76(9):633–45.
20. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, et al. Framing of health information messages. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;12: CD006777.
21. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, et al. Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;3:1–90.
22. Ammentorp J, Uhrenfeldt L, Angel F, Ehrensvar M, Carlsen EB, Kofoed PE. Can life coaching improve health outcomes?—a systematic review of intervention studies. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:428.
23. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *J Med Internet Res*. 2012;14(6):e162.
24. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J. Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD007978.
25. Bekker HL, Winterbottom AE, Butow P, Dillard AJ, Feldman-Stewart D, Fowler FJ, et al. Do personal stories make patient decision aids more effective? A critical review of theory and evidence. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13(Suppl 2):S9.
26. Buchter R, Fechtelpeter D, Knelangen M, Ehrlich M, Waltering A. Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14:76.
27. Cole-Lewis H, Kershaw T. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management. *Epidemiol Rev*. 2010;32:56–69.

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

28. Edwards A, Hood K, Matthews E, Russell D, Russell I, Barker J, et al. The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in health care: a systematic review. *Med Decis Mak.* 2000;20(3):290–7.
29. Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care.* 2009;47(1):1–8.
30. Fjeldsoe BS, Marshall AL, Miller YD. Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service. *Am J Prev Med.* 2009;36(2):165–73.
31. Gibbons MC, Wilson RF, Samal L, Lehman CU, Dickersin K, Lehmann HP, et al. Impact of consumer health informatics applications. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2009;(188):1–546.
32. Health Quality Ontario. Electronic tools for health information exchange: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(11):1–76. Disponível em: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-etools.pdf>
33. Hoffman BL, Shensa A, Wessel C, Hoffman R, Primack BA. Exposure to fictional medical television and health: a systematic review. *Health Educ Res.* 2017;32(2):107–23.
34. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(11):CD004538.
35. Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H, et al. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD004565.
36. Laranjo L, Arguel A, Neves AL, Gallagher AM, Kaplan R, Mortimer N, et al. The influence of social networking sites on health behavior change: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Inform Assoc.* 2015;22(1): 243–56.
37. Loudon K, Santesso N, Callaghan M, Thornton J, Harbour J, Graham K, et al. Patient and public attitudes to and awareness of clinical practice guidelines: a systematic review with thematic and narrative syntheses. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:321.
38. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *J Med Internet Res.* 2014;16(2):e40.
39. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res.* 2013;15(4):e85.
40. Pires C, Vigário M, Cavaco A. Readability of medicinal package leaflets: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2015;49:1–13.
41. Revere D, Dunbar PJ. Review of computer-generated outpatient health behavior interventions: clinical encounters “in absentia”. *J Am Med Inform Assoc.* 2001;8(1):62–79.

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

42. Sawesi S, Rashrash M, Phalakornkule K, Carpenter JS, Jones JF. The impact of information technology on patient engagement and health behavior change: a systematic review of the literature. *JMIR Med Inform.* 2016;4(1):e1.
43. Sawmynaden P, Atherton H, Majeed A, Car J. Email for the provision of information on disease prevention and health promotion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD007982.
44. Schipper K, Bakker M, De Wit M, Ket JC, Abma TA. Strategies for disseminating recommendations or guidelines to patients: a systematic review. *Implement Sci.* 2016;11(1):82.
45. Sharma AE, Knox M, Mleczko VL, Olayiwola JN. The impact of patient advisors on healthcare outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):693.
46. Smailhodzic E, Hooijsma W, Boonstra A, Langley DJ. Social media use in healthcare: a systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:442.
47. Stacey D, Kryworuchko J, Bennett C, Murray MA, Mullan S, Legare F. Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision AIDS. *Med Decis Mak.* 2012;32(3):E22–33.
48. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD001431.
49. Sustersic M, Gauchet A, Foote A, Bosson JL. How best to use and evaluate patient information leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expect.* 2017;20(4):531–42.
50. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R, Car J. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD007457.
51. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40.
52. Wilson EA, Makoul G, Bojarski EA, Bailey SC, Waite KR, Rapp DN, et al. Comparative analysis of print and multimedia health materials: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2012;89(1):7–14.
53. Yamada J, Shorkey A, Barwick M, Widger K, Stevens BJ. The effectiveness of toolkits as knowledge translation strategies for integrating evidence into clinical care: a systematic review. *BMJ Open.* 2015;5(4):e006808.
54. Zhao J, Freeman B, Li M. Can Mobile phone apps influence People's health behavior change? An evidence review. *J Med Internet Res.* 2016;18(11):e287.
55. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011;6(1):42.

Estratégias de tradução do conhecimento para disseminação com foco nos destinatários de serviços de saúde:
uma overview de revisões sistemáticas

56. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the theoretical domains framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017;12(1):77.
57. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci.* 2012;7(1):37.
58. Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technol Assess.* 2015;19(99):1–188.
59. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ.* 2000;321(7262):694–6.
60. Michie S, West R, Sheals K, Godinho CA. Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Transl Behav Med.* 2018;8(2):212–24.