



CURSO DE GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

MARCELA LEAL OLIVEIRA

TAYNARA DA SILVA SANTOS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA DOENTES CRÔNICOS EM  
DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA**

GOIÂNIA

2022

MARCELA LEAL OLIVEIRA  
TAYNARA DA SILVA SANTOS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA DOENTES CRÔNICOS EM  
DOMICÍLIO  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Enfermagem da  
Unifasam como pré-requisito para a  
obtenção do Título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientador (a):

**Prof. Me. Cristiane Soares da Costa  
Araújo**

GOIÂNIA

2022



ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE **MARCELA LEAL OLIVEIRA e TAYNARA DA SILVA SANTOS**— Ao décimo dia do mês de junho de dois mil e vinte e dois (10/06/2022), às 19h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof.<sup>a</sup>. Me. Cristiane Soares da Costa Araújo (Orientadora e Presidente da Banca-Coordenadora da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso), Prof.<sup>a</sup> . Me. Sara Oliveira Souza (Coordenadora de Curso e Membro do Corpo Docente/UNIFASAMGO) e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Flaviane Cristina Rocha Cesar (Orientadora e Membro do corpo Docente da Unifasam), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada presencialmente no Auditório da Unifasam para procederem à avaliação da defesa de monografia intitulada: "**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA DOENTES CRÔNICOS EM DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA**" de autoria de **MARCELA LEAL OLIVEIRA e TAYNARA DA SILVA SANTOS**, discentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIFASAM. A sessão foi aberta pela Prof. Me. Cristiane Soares da Costa Araújo, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida às autoras da monografia que, em 20 minutos, apresentaram seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu as examinandas, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação de defesa. Tendo em vista o que consta no Regimento Geral do Centro Universitário UNIFASAM e no Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem, o trabalho de conclusão de curso foi:

**APROVADO**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de BACHAREL EM ENFERMAGEM, pelo Centro Universitário UNIFASAM. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na biblioteca, da versão definitiva da Monografia/artigo, com as correções solicitadas pela banca.

**REPROVADO**, considerando

---

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Monografia:

---

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Trabalho de Conclusão de Curso e, para constar, eu, Cristiane Soares da Costa Araújo, Docente e Coordenadora da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIFASAM, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.

Prof.<sup>a</sup> Me. Cristiane Soares da Costa Araújo  
Orientadora e Presidente da Banca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Flaviane Cristina Rocha Cesar  
Membro Interno do Corpo Docente /UNIFASAM-GO

Prof.<sup>o</sup> Me. Odeony Paulo dos Santos  
Membro Interno do Corpo Docente /UNIFASAM-GO

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os professores, especialmente ao Orientadora Me. Cristiane Soares da Costa Araújo, obrigado por exigir de nós muito mais do que eu imaginava ser capaz de fazer. Manifesto aqui nossa gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência. Aos meus colegas de curso, com quem convivemos intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando. E todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

## Resumo

**Introdução:** A atenção domiciliar (AD) permite, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram nos serviços hospitalares, a partir de serviços de pronto atendimento de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASIL,2012). Assim, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiadoras para o enfermeiro, pois torna-se fundamental que sejam desenvolvidas estratégias de educação em saúde, valorizando a história de vida da população e estimulando a autoconfiança desses pacientes. **Objetivo:** Analisar estratégias de educação em saúde realizadas por enfermeiros para portadores de doenças crônicas não transmissíveis em domicílio **Métodos:** O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa da literatura. Foram percorridas cinco etapas para a elaboração da revisão e os critérios de inclusão foram os estudos disponíveis na íntegra, em português e espanhol, no período de 2016 a 2021, que apresentasse os descritores no título, disponíveis na íntegra e relacionados ao tema proposto. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, SCIELO, com a seguinte estratégia de busca: assistência domiciliar *and* doenças crônicas *and* enfermagem *and* educação em saúde. **Resultados:** Foram encontrados total 1.172 artigos, e destes, 7 atenderam ao objetivo e critérios determinados. Um instrumento que permite analisar cada artigo em separado está sendo utilizado, tanto metodologicamente quanto em relação aos resultados, bem como o nível de evidência. **Discussão:** Os resultados foram interpretados, realizando uma discussão das principais informações da pesquisa, verificando os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico, permitindo a identificação das possíveis lacunas do conhecimento. **Considerações finais:** Observa-se na prática que os enfermeiros estão inseridos em diversos programas de educação em saúde, porém fica evidente que a produção científica neste campo de atuação ainda é pouco explorada por eles.

## Summary

**Introduction:** Home care (AD) allows the deinstitutionalization of patients who are in hospital services, from emergency care services according to the principles of the Unified Health System (SUS), in particular, access, reception and humanization (BRAZIL, 2012). Thus, caring for and promoting health education at home is one of the most challenging tasks for nurses, as it is essential to develop health education strategies, valuing the life history of the population and encouraging the self-confidence of these patients. **Objective:** To analyze health education strategies carried out by nurses for patients with chronic non-communicable diseases at home. **Methods:** The research method used was an integrative literature review. Five steps were taken to prepare the review and the inclusion criteria were studies available in full, in Portuguese and Spanish, from 2016 to 2021, which presented the descriptors in the title, available in full and related to the proposed theme. The search was carried out in the LILACS, BDENF, SCIELO databases, with the following search strategy: home care and chronic diseases and nursing and health education. **Results** A total of 1,172 articles were found, and of these, 7 met the objective and determined criteria. An instrument that allows analyzing each article separately is being used, both methodologically and in relation to the results, as well as the level of evidence. **Discussion:** The results were interpreted, carrying out a discussion of the main information of the research, verifying the data evidenced in the analysis of the articles to the theoretical reference, allowing the identification of possible gaps in knowledge. **Final considerations:** It is observed in practice that nurses are included in several health education programs, but it is evident that scientific production in this field is still little explored by them.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
3.1 Portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis.....	10
3.2 A atenção domiciliar.....	11
3.3 Estratégias de educação em saúde.....	13
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>9. ANEXO.....</b>	<b>27</b>

## LISTA DE SIGLAS

AD: Atenção Domiciliar

BDENF: Base De Dados De Enfermagem

CNS: Conselho Nacional De Saúde

DECS: Descritores Em Ciência Da Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMAD: Multiprofissionais De Atenção Domiciliar

EMAP: Equipes Multiprofissionais De Apoio

EPS: Educação Permanente Em Saúde

LILACS: Literatura Latino-Americana E Do Caribe Em Ciências Da Saúde

LFS: Letramento Funcional Em Saúde

OMS: Organização Mundial Da Saúde

PNPS: Política Nacional De Promoção Da Saúde

PSF: Programas De Saúde Da Família

RAS: Rede De Atenção À Saúde

SUS: Sistema Único De Saúde

SAD: Serviço De Atenção Domiciliar

SCIELO: *Scientific Electronic Library Online*



## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção da produção científica analisada ...</b>	<b>10</b>
<b>Figura 2 - Quadro sinóptico dos estudos incluídos na pesquisa .....</b>	<b>13</b>
<b>Quadro 1 - Síntese das informações a serem extraídas .....</b>	<b>10</b>
<b>Quadro 2 - Classificação dos níveis de evidência quanto à natureza dos estudos ...</b>	<b>1</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas estão gradativamente mais influentes na sociedade e requerem peso maior de atenção dos profissionais de saúde (TADDEO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil tem realizado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com ênfase para a Organização da Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool afim de enfrentar e deter as DCNT entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondem a 72% das causas de mortes, atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, a uma taxa de mortalidade no Brasil de 540 óbitos por 100 mil habitantes, dados que se mantem até hoje (BRASIL, 2011, 2020).

O tratamento de doenças crônicas abrange além dos medicamentos e da alteração dos hábitos de vida, estratégias de educação que são compromisso da equipe de saúde e, em especial, do enfermeiro. Contudo, a aderência à terapêutica envolve um consenso entre o profissional e o paciente, acerca da forma mais apropriada de conduzir seu regime terapêutico (FORTES; LOPES, 2004; BRASIL, 2014)

Cotidianamente podemos observar que, ao realizarem as visitas domiciliares, o enfermeiro que atua em Programas de Saúde da Família (PSF), se depara, frequentemente, com pacientes portadores de doenças crônicas que necessitam de cuidados domiciliares, o que requer conhecimentos e habilidades para o exercício dos mesmos no domicílio. Assim, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiadoras para o enfermeiro (MARTINS *et al.*, 2007; CUNHA; SÁ, 2013).

Nesse cenário, a assistência domiciliar surge como uma nova forma de atuação dos enfermeiros, que se movem até o domicílio para atender esta demanda (LACERDA *et al.*, 2006; ANDRADE *et al* 2017).

Sendo assim, a atenção domiciliar (AD) permite, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram nos serviços hospitalares, além de reduzir o tempo de hospitalização a partir de serviços de pronto atendimento e de apoiar as equipes de Atenção Básica no cuidado àqueles

pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASIL,2012).

Dessa forma, foi instituída a portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que:

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Caracteriza a atenção domiciliar como modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016, p.1)

Diante disso, torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e de qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico (MARTINS *et al.*, 2007; BARBOSA *et al.*, 2010).

Apesar dos avanços da atuação do enfermeiro e em algumas de suas competências, como desenvolver atividades educativas de promoção à saúde, com todas as pessoas da comunidade, e inclusive, realizar atividades individuais ou em grupo surgem questionamentos acerca das estratégias de educação em saúde adotadas no âmbito domiciliar aos portadores de doenças crônicas.

Desta forma, após o contato com conteúdo da disciplina de Serviço De Atenção Domiciliar (SAD), houve a inquietação sobre a forma de educação em saúde que os profissionais de enfermagem realizam aos portadores de doenças crônicas. As contribuições dessa pesquisa proporcionarão identificar as ações de educação em saúde aos doentes crônicos e promover melhor assistência aos mesmos.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar estratégias de educação em saúde realizadas por enfermeiros para portadores de doenças crônicas não transmissíveis em domicílio.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis

A vigilância epidemiológica para as DCNT nos Estados Unidos iniciou-se em torno de 1923 e acelerou-se a partir dos anos 70, por metodologias mais modernas. Por diversas razões os países em desenvolvimento estão reproduzindo, de modo muito acelerado, a história das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dos países desenvolvidos com um agravante: a maior parte da população de quase todos eles convivem com a pobreza e com imensas desigualdades sociais. (LESSA, 2004; LIMA, 2020).

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia (MACIEL, 2009; LIMA, 2020).

Os primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no país, foram dados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, que em 1924 criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. No ano seguinte Antônio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, adotou o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal (LEVY *et al.*, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020) as principais causas globais de morte, em ordem de número total de vidas perdidas, estão associadas a três grandes tópicos: cardiovascular (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral), respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções respiratórias inferiores) e condições neonatais – que incluem o nascimento asfíxia e trauma de parto, sepse e infecções neonatais e complicações do parto prematuro. As causas de morte podem ser agrupadas em três categorias: transmissíveis (doenças infecciosas e parasitárias e condições maternas, perinatais e nutricionais), não transmissíveis (crônicas) e lesões.

As pessoas que vivem em um país de baixa renda são muito mais propensas a morrer de uma doença transmissível do que uma doença não transmissível. Apesar do declínio global, seis das 10 principais causas de morte em países de baixa renda são doenças transmissíveis. (OMS, 2020).

Aconteceram mudanças na metade do século XX, como transição nutricional que resultou na diminuição das doenças como desnutrição e um aumento significativo das doenças não transmissíveis (ROCHA *et al.*, 2020).

Essa alternativa passou a ser um grande desafio para a saúde pública sendo que dentre as DCNT estão diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônica, câncer, entre outras, estas, responsáveis por 68% dos óbitos; pesquisas apontam que 75% das mortes por essas doenças ocorrem em países de baixa e média renda (ROCHA *et al.*, 2020).

As DCNT são atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, estas que vem tornando crescente o número de mortes prematuras a cada ano, assim como tem um impacto direto na qualidade de vida das pessoas, levando-as a um elevado grau de limitação e incapacidade para a realização de suas atividades diárias como também afetam a economia de famílias, comunidades e sociedade em geral (ROCHA *et al.*, 2020).

### **3.2 A atenção domiciliar**

A atenção domiciliar evoluiu, tanto nos Estados Unidos quanto na América do Sul, para programas domiciliares de cunho mais preventivo, como os programas de gerenciamento de doenças crônicas. É cada vez mais importante para o desenvolvimento de atividades de saúde preventivas contextualizadas à realidade do usuário e do trabalhador, salvando assim milhões de reais e dólares em dias de internação desnecessários ou em produtividade (MIMURA *et al.*, 2015).

Com relação à qualidade da assistência prestada na AD, o estudo realizado em Cuba por NAVARRO *et al.* (1993), em que foram analisados os casos de internação em domicílio, comprovou-se que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória e 100% dos pacientes e familiares mostraram satisfação com esta modalidade de atenção domiciliar (REHEM; TRAD *et al.*, 2005; RAJÃO; MARTINS. 2020).

Por meio da revisão da literatura, identificam uma série de vantagens atribuídas à internação no domicílio. Entre outras conclusões, os autores assinalam que essa modalidade de

atenção altera minimamente o modo de vida do paciente; reduz os custos da atenção, tanto para a família como para o estado; diminui o risco de infecção; utiliza mais racionalmente os leitos e recursos hospitalares; estimula uma relação médico-paciente (REHEM; TRAD *et al.*, 2005; SERUR; AZEVEDO; MICHEL, 2020).

No Brasil, os marcos legais iniciaram há mais de duas décadas com um dos documentos, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas patologias para esta modalidade de atenção (BRASIL, 1998).

De acordo com Ministério da Saúde na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016:

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e AD modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade.

Existem modalidades específicas para cada tipo de caso clínico diferentes, equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016). A divisão das mesmas é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais (BRASIL, 2016).

O enfermeiro ocupa papel central na AD, coordenador do cuidado e gerente de caso, responsável pela prestação de diversos cuidados aos pacientes e, também, por exercer uma importante função de liderança. A este respeito, tem se revelado, na literatura, como profissional fundamental na construção deste tipo de cuidado (ANDRADE *et al.*, 2016).

A atuação do enfermeiro na AD é influenciada tanto pelo perfil dos pacientes quanto pela lógica peculiar que predomina no domicílio. Na AD, ele atende a um perfil diversificado, sendo possível identificar nesta revisão predomínio de pacientes em cuidados paliativos e idosos, ainda que os artigos analisados também tenham evidenciado ações no atendimento a crianças e jovens com necessidades complexas, assim como a pessoas com transtorno mental (ANDRADE *et al.*, 2016; BRASIL, 2020).

### 3.3 Estratégias de educação em saúde

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. (FALKENBERG *et al.*, 2014; SCHWINGEL, 2016)

O *Scientific Group on Research in Health Education* (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da Organização Mundial de Saúde, expandiu esta declaração ao afirmar que "os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (LEVY *et al.*, 2013).

Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013:

Considerando a reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 12 de julho de 2012, que aprovou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa colocar as práticas populares em saúde em um plano mais amplo, de forma democrática e com participação social.

Reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (BRASIL, 2014).

O Ministério Da Saúde (MS) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006; FALKENBERG, 2014).



Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e a independência do indivíduo é a ação educativa para a sociedade; esta, no âmbito da educação em saúde, torna-se um processo dinâmico cujo objetivo é a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde e trabalho. Não basta, porém, apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças, mas, sim, realizar a educação em saúde num processo que estimule a indagação, o diálogo, a reflexão e a ação partilhada. (BARBOSA *et al.*, 2010).

É prescrito que para manutenção da qualidade de vida e das doenças crônicas, os idosos utilizem múltiplos medicamentos, sendo importante seu uso adequado. Os idosos que frequentam os serviços de saúde tem a imensa dificuldade de compressão das informações que recebem na unidade, visto que eles não têm conhecimentos e habilidades sobre a sua condição de saúde pode ser considerada um grande problema para sua saúde. Desse modo torna-se importante a avaliação do Letramento Funcional em Saúde (LFS), que é definido pelo *Institute of Medicine* (IOM) em que os indivíduos têm a capacidade para adquirir, processar e entender as informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde (LIMA *et al.*, 2019).

Para que a educação em saúde aconteça, é indispensável que o profissional conheça a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos clientes, e não apenas as exigências terapêuticas. Ressalta que, nesse processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. (BARBOSA *et al.*, 2010).

## 4 METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado para responder ao objetivo deste estudo foi a revisão integrativa da literatura que expõe como vantagem a possibilidade de síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado.

A revisão integrativa é um amplo de método de revisão de pesquisa que consente a inserção síncrona de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de entender melhor um fenômeno de preocupação introduz uma ampla gama de propósitos: definir conceitos, rever teorias, rever evidências e analisar questões metodológicas de um determinado tema (Broome 1993). O variado quadro amostral de revisões integrativas em conjunto com a complexidade de propósitos tem a capacidade de suceder em um retrato amplo de conceitos complexos, teorias ou problemas de atenção à saúde de relevância para a enfermagem. (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As cinco etapas percorridas para a elaboração da revisão integrativa foram: definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão com a busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos por meio da avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese dos dados e apresentação da revisão propriamente dita (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES *et al*, 2008).

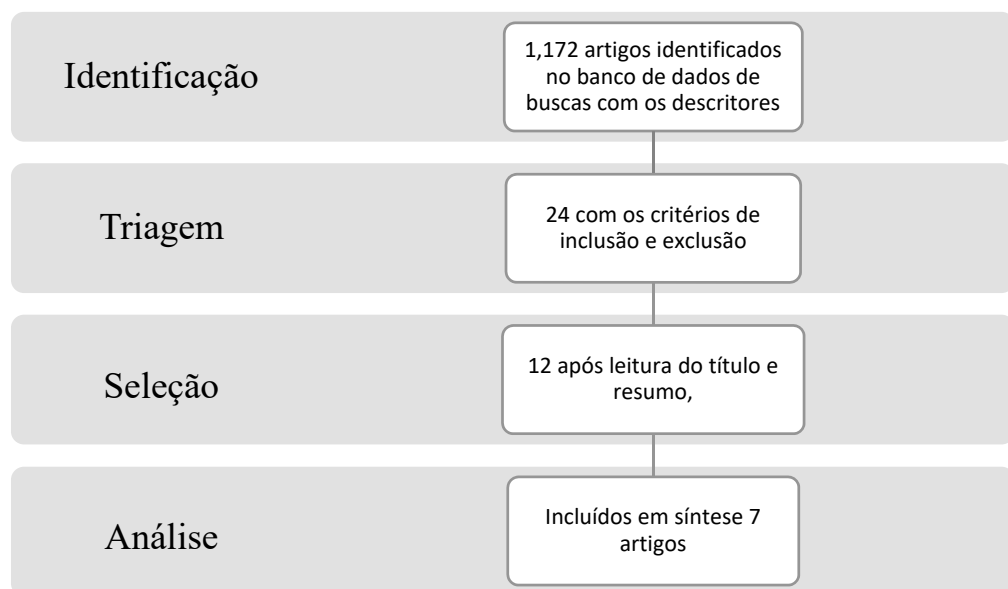
Dessa forma, a questão norteadora do estudo foi: Quais são as estratégias de educação em saúde realizadas por enfermeiros para portadores de doenças crônicas não transmissíveis no domicílio?

O levantamento dos dados com os descritores dessa pesquisa foram: assistência domiciliar, doenças crônicas, enfermagem e educação em saúde de acordo com o DECS (Descritores em Ciência da Saúde), foi realizado no período de fevereiro a maio, do ano de 2022, nas bases de dados bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), entre os anos de 2016 a 2021 sendo 2016 o ano de redefinição da Portaria 825.. Quanto aos critérios de inclusão para essa revisão foram elencados os estudos disponíveis na integra, nos idiomas português e espanhol, entre os anos de 2016 a 2021, que apresentassem os descritores no título. Foram excluídos artigos repetidos, todos os tipos de revisão, reflexões, editoriais, livros, trabalhos de conclusão de curso em qualquer modalidade (graduação ou pós-graduação – monografia, mestrado ou doutorado), bem como, aqueles com

acesso indisponível na íntegra, e que, não respondiam à questão norteadora e ao período considerado.

Dessa maneira, do total 1.172 artigos encontrados, foram selecionados com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 24. Após leitura dos títulos e resumos restaram 12. Sendo composta a amostra final de 7 artigos sendo 5 excluídos por não ser coerente ao estudo, conforme o Figura 1.

**Figura 1: Fluxograma do processo de seleção da produção científica analisada.**



Fonte: Autoras, 2022.

Segundo Mendes; Campos; Galvão, (2008) para delinear os estudos escolhidos e as informações a serem extraídas, é indispensável utilizar um instrumento. Desse modo, foi utilizado o instrumento URSI (2005) para agregar e sintetizar as informações (ANEXO A), o qual foi adaptado e utilizado nessa etapa do estudo (Quadro 1), contemplando os seguintes itens: título do artigo, ano de publicação, autores, local, tipo de estudo e principais estratégias.

**Quadro 1. Síntese das informações a serem extraídas.**

Autor/ Ano	Local/Universidade	Título	Tipo de estudo	Principais estratégias

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

Os artigos foram enumerados e cada instrumento foi preenchido individualmente após leitura criteriosa dos artigos selecionados.

Para garantir a autenticidade da revisão, os estudos selecionados foram avaliados minuciosamente. A análise foi executada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes. Ainda nessa fase de avaliação dos estudos incluídos foi analisado o nível de evidência, segundo STETLER (1998), conforme quadro abaixo:

**Quadro 2.** Classificação dos níveis de evidência quanto à natureza dos estudos.

Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados
Nível II	Estudos experimentais individuais (ensaio clínico randomizado)
Nível III	Estudos quase-experimentais – ensaio clínico não randomizado, grupo único, pré e pós-teste, séries temporais e caso-controle
Nível IV	Estudos não experimentais – pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisa qualitativa e estudo de caso
Nível V	Dados de avaliação de programas obtidos de forma sistemática
Nível VI	Opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislação

Fonte: Stetler et al, (1998)

## **5 RESULTADOS**

No presente estudo foram analisados 7 artigos, entre os anos de 2016 e 2020, sendo (1) no ano de 2016 da Universidade de Rio Grande Do Norte, (1) de 2017, da Universidade Federal De Pernambuco (1) de 2019 Universidade Estadual Do Rio De Janeiro, (3) de 2018 Universidade Estadual Do Rio De Janeiro e Universidade Federal Da Paraíba, (1) de 2019 Universidade Estadual Do Rio De Janeiro, (1) de 2020 Universidade Estadual Do Ceara.

Os estudos selecionados foram classificados de acordo com a sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos, assim especificados: (7) pesquisas originais, sendo (5) pesquisa qualitativa, (1) estudo quantitativo e (1) estudo prospectivo. No que tange ao tipo de evidência dos estudos, (7) eram de nível IV. Referente ao local de publicação dos estudos analisados, (2) foram publicados em Revistas de Enfermagem e (5) em Revistas de Saúde.

**Figura 2: Quadro sinóptico dos estudos incluídos na pesquisa.**

<b>Autor/Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Local – Universidade</b>	<b>Nível de evidência</b>	<b>Principais estratégias</b>
MATIA, <i>et al.</i> , 2020	Cuidado individual domiciliar de pacientes com fistula arteriovenosa individual	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE)	IV	Cuidado individual domiciliar do paciente, Orientações
ALVES <i>et al.</i> , 2019	Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC.	Estudo prospectivo, comparativo.	UERJ, Rio de Janeiro	IV	O emprego do material ilustrativo.
SANTOS <i>et al.</i> , 2016	Conhecimento sobre a hemodiálise em pacientes renais crônicos: um estudo descritivo	Estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	IV	Papel de agente educador
VIEGAS <i>et al.</i> , 2018	Vivências de idosos alcoolistas: contribuições para	Pesquisa qualitativa	UERJ, Rio de Janeiro	IV	Utilização da escuta ativa.

	enfermagem gerontológica.				
NUNES; 2018	Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo de atenção secundária.	Pesquisa qualitativa	Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	IV	Diálogo de forma individualizada.
MACHADO 2018	Gestão do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na estratégia saúde da família	Pesquisa qualitativa	Universidade federal da Paraíba	IV	Acolhimento da esculta.
NAKATA <i>et al.</i> , 2017	Cuidados de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família	Pesquisa qualitativa	UFPE	IV	Reeducação alimentar e práticas de exercício. Esses cuidados.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados foram interpretados, realizando uma discussão das principais informações da pesquisa, verificando os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico, permitindo a identificação das possíveis lacunas do conhecimento.

Com relação ao contexto das ações de educação em saúde emergiram duas subcategorias:

### EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundos os autores (ALVES *et al.*, 2019) é possível observar a notória importância que o enfermeiro apresentou na educação em saúde aos doentes crônicos. De acordo com (MATIA, 2020; SANTOS, 2016), dentro suas inúmeras atribuições o enfermeiro se destaca em exercer o papel de educador em saúde. Podendo elevar a qualidade de vida do paciente e encorajar o autocuidado, executa esta habilidade criando estratégias, desenvolvendo uma comunicação horizontal profissional-paciente/ paciente-profissional e, estabelecendo uma relação de confiança com estas pessoas, reconhecendo a importância de colocá-las como agentes ativos do seu tratamento preocupados com sua saúde e autocuidado, algo corroborado por Falkenberg *et al.*, (2014) que discorre que a educação em saúde como processo político pedagógico que levam o indivíduo a sua autonomia e emancipação.

Tanto Viegas (2018) quanto Nunes (2018), afirmam que são um grande desafio para os serviços de saúde, os fatores de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida. Tendo em vista que, o risco de vulnerabilidade de problemas físicos, psicológicos e sociais pertinente ao abuso de álcool pelos idosos, está associado à aposentadoria, solidão, viuvez, isolamento social e a algumas doenças crônicas (HAS, DM), e um baixo nível de escolaridade, que nem sempre são observados pelos profissionais de saúde.

O baixo nível de escolaridade é um fator essencial e se relaciona com o letramento em saúde, pois os indivíduos podem não ter a capacidade para adquirir, processar e entender as informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisão mais adequada para sua saúde (LIMA *et al.*, 2019).

Desta forma Viegas (2018) percebeu se uma necessidade de qualificar os profissionais de saúde para identificar no momento da consulta o alcoolismo como plano de fundo do agravamento de doenças crônicas, já que os idosos não procuram os serviços de saúde para tratar o alcoolismo. Outro ponto importante, é a implementação de políticas para realização de um acolhimento adequado aos idosos alcoolistas, além disso instituir programas de educação



em saúde para prevenção, tratamento e reabilitação do usuário. Em outro estudo (CORRALES-NEVADO; PALOMO-COBOS, 2014), afirmar que enfermeiro tem papel central na AD, coordenador do cuidado e gerente de caso, responsável pela prestação de diversos cuidados aos pacientes (ANDRADE et al, 2016).

## **GESTÃO DO CUIDADO**

O equilíbrio das atividades de educação em saúde evita o acometimento por novas comorbidades (NAKATA, 2017). O controle dessas doenças é citado como uma atribuição do enfermeiro, que exige intervenções que visem mudança de estilo de vida como reeducação alimentar e práticas de exercício. Esses cuidados, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida que buscam principalmente a redução de fatores de risco e prevenção às complicações dessas patologias que além disso trazem repercussões econômicas na sociedade (ROCHA et al., 2020).

Dessa maneira, os autores relatam que a gestão do cuidado nas DCNT passou a ser considerada importante pelos gestores na busca de intervenções e estratégias para redução custos e diminuir hospitalizações. Contudo, a maior parte dos programas de atendimento foca exclusivamente nas doenças, sendo necessária a criação de um processo de cuidado que funcione de modo integrado (NUNES, 2018). A AD permite, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram nos serviços hospitalares, além de reduzir o tempo de hospitalização a partir de serviços de pronto atendimento (BRASIL,2012).

A gestão do cuidado é efetivada quando é possível alcançar as múltiplas dimensões envolvidas no processo do cuidado que são interligadas, mas com especialidades bem definidas. São elas: individual, familiar, profissional, organizacional sistêmica, e societária MACHADO, (2018). De acordo com o autor as dimensões da gestão do cuidado devem ser exploradas pelos profissionais de saúde em todos os âmbitos de atuação, particularmente na atenção domiciliar (ANDRADE *et al.*, 2016). Elas estão o tempo todo conectadas articulam-se entre si, quando alcançadas em seus objetivos, mostram efetividade nos serviços de saúde.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo evidenciou que ainda são escassas as publicações que descrevem experiências de educação em saúde direcionadas a portadores de DCNT e realizadas por profissionais enfermeiros. Observa-se na prática que os enfermeiros estão inseridos em diversos programas de educação em saúde, porém fica evidente que a produção científica neste campo de atuação ainda é pouco explorada por eles.

Diante aos argumentos expostos podemos identificar que as estratégias prestadas pela enfermagem aos doentes crônicos de educação em saúde, são orientações de saúde, intervenções de saúde que aumentam seus conhecimentos, melhora da sua auto percepção em relação á doença, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico entre outras. Provendo melhor qualidade de vida e saúde aos portadores de doenças crônicas.

Cumpre destacar certas limitações do presente estudo, como a não inclusão de literaturas internacionais. Assim, sugere-se o ampliar o idioma das próximas revisões, bem como o aprofundamento por meio de estudos comparativos, ofertando maior rigor metodológico com uniformidade na produção e análise dos dados, com vistas a possibilitar uma melhor comparação entre os países na temática proposta.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. C. et al. Impacto de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes portadores de DPOC. **Revista Enfermagem**, v. 27, p. 1–7, 2019.
- ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1, fev. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Atenção Domiciliar no SUS. 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. 2020.
- BRASIL. Portaria n.º 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 2761. nov. 2013.
- BRASIL. Portaria n.º 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 2416, p. 106. mar. 1998. Seção 1.
- BRASIL. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 825, p. 33. abr. 2016. Seção 1.
- BRASIL. Resolução n.º 11, de 26 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. jan. 2006.
- BARBOSA, F. I. et al. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do Centro Oeste m. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, p. 195–203, jun. 2010.
- CORRALES-NEVADO, D.; PALOMO-COBOS, L. A importância da longitudinalidade, integralidade, coordenação e continuidade do cuidado domiciliar realizado pela enfermagem. **Enfermagem Clínica**, v. 24, p. 51–58, 11 jan. 2014.

- CUNHA, M. S. DA; SÁ, M. DE C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 61–73, mar. 2013.
- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, mar. 2014.
- FORTES, A. N.; LOPES, M. V. DE O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 13, p. 26–34, mar. 2004.
- LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, ago. 2006.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 9, p. 931–943, dez. 2004.
- LEVY, S. N. et al. Educação em Saúde. Histórico, Conceitos e Propostas. v. 1, p. 1–24, [s.d.].
- MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: Conceitos e propósitos. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, p. 773–776, 20 nov. 2009.
- MACHADO, M. DE F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, abr. 2007.
- MARTINS, J. DE J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, p. 254–262, jun. 2007.
- MATIAS, D. M. DE M. et al. Cuidado individual domiciliar de pacientes com fistula arteriovenosa. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, v. 14, p. 1–7, 2020.
- MELO, A. DE et al. *Caderno de Atenção Domiciliar*. [s.l: s.n.]. v. 2p. 7–176
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, dez. 2008
- NAKATA, P. T.; COSTA, F. M. DA; BRUZAMOLIN, C. D. Cuidados de enfermagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, v. 11, p. 393–402, jan. 2017.

Navarro FP, Izquierdo DM, Salej MG & Portilla MCB 1993. El ingreso en el hogar, análisis de un año de trabajo. *Revista Cubana Enfermería* 9(2):81-86.

NUNES, A. S. Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo da atenção secundária. **Biblioteca Virtual em Saúde**, p. 148, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. As 10 principais causas de morte. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1863–1876, 2020.

REHEM, T. C. S; TINA M. S. B. A RA; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 231–242, 2005.

ROCHA, B. S. et al. Promoção da saúde em comunidades rurais. **Universidade Federal de Goiás**, 2020.

SANTOS, G. R. Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa do município de Cuité - PB. p. 15–32, 2020.

SANTOS, L. N. M. et al. Conhecimento sobre a hemodiálise em pacientes renais crônicos: um estudo descritivo. **Biblioteca Regional em Saúde**, v. 18, jun. 2019.

SERUR, G.; AZEVEDO, E. A. DE; MICHEL, R. B. Averiguando os caminhos da psicoterapia domiciliar. **Aletheia**, v. 53, p. 51–62, dez. 2020.

STELER, C. B. et al. Revisões integrativas com foco na utilização em um serviço de enfermagem. **National Library of Medicine**, v. 11, p. 4, nov. 1998.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele do perioperatório: Revisão Integrativa da Literatura. **Universidade de São Paulo**, 2005.

VIEGAS, R. DE F. P. et al. Vivências de idosos alcoolistas: contribuições para a enfermagem gerontológica. **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 26, dez. 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Questões metodológicas na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 52, p. 546–553, 16 fev. 2005.

**9 ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (Validado por URSI,2005)**

<b>(A) identificação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título do artigo</li> <li>• Título do periódico</li> <li>• Autores</li> <li>• País</li> <li>• Idioma</li> <li>• Ano de publicação</li> </ul>	<p>Nome</p> <p>Local de trabalho</p> <p>Graduação</p>
<b>(B) Instituição sede do estudo</b>	
<p>Hospital</p> <p>Universidade</p> <p>Centro de pesquisa</p> <p>Instituição única</p> <p>Pesquisa multicêntrica</p> <p>Outras instituições</p> <p>Não identifica o local</p>	
<b>(C) Tipo de publicação</b>	
<p>Publicação de enfermagem</p> <p>Publicação médica</p> <p>Publicação de outra área da saúde.</p> <p>Qual?</p>	





	<p>Idade _____</p> <p>Sexo M( ) F( )</p> <p>Raça _____</p> <p>Diagnostico _____</p> <p>Tipo de cirurgia</p> <p>3.4 Critérios de inclusão/ exclusão dos sujeitos</p>
<p>4. Tratamento dos dados</p> <p>5. Intervenções realizadas</p>	<p>5.1 Variável independente</p> <p>5.2 Variável dependente</p> <p>5.3 Grupo controle SIM ( ) NÃO ( )</p> <p>5.4 Instrumento de medida SIM ( ) NÃO ( )</p> <p>5.5 Duração do estudo</p> <p>5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção</p>
<p>6. Resultados</p> <p>7. Analise</p> <p>8. Implicações</p> <p>9. Nível de evidencia</p>	<p>7.1 Tratamento estatístico</p> <p>7.2 Nível de significância</p> <p>8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados</p> <p>8.2 Quais são as recomendações dos autores</p>
E avaliação do rigor metodológico	

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/ exclusão, intervenção resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	