

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: REVISÃO INTEGRATIVA

Renata Machado Becker¹ 

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na atenção primária à saúde, em publicações científicas entre de 2007 e 2017.

Método: revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa, realizada em cinco bases de dados, nos quais se fez uma leitura e análise crítica dos estudos de modo a conhecer as práticas de promoção da saúde.

Resultados: foram selecionados 40 artigos, sendo organizados de acordo com os campos da Carta de Ottawa: políticas públicas, reorientação dos serviços de saúde, criação de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e ambientes favoráveis. Dessa forma, a maior parte das experiências estava relacionada principalmente a dois campos de ação: desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Observou-se um movimento em direção ao desenvolvimento de uma promoção da saúde em que se preconiza o coletivo, os determinantes sociais da saúde e a multidisciplinaridade.

Conclusão: identificaram-se alguns limites que precisam ser transpostos, dentre os quais se destaca o trabalho intersetorial que precisa crescer para além do setor saúde.

DESCRITORES Atenção primária à saúde. Cuidados de enfermagem. Doença crônica. Enfermagem. Promoção da saúde.

COMO CITAR: Becker RM, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA];29:eXXX. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>

HEALTH PROMOTION IN CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC NON-TRANSMITABLE DISEASE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: to analyze the health promotion practices developed by nurses in the care of people with non-transmittable chronic disease in primary health care, in scientific publications, between 2007 and 2017.

Method: an integrative literature review of a qualitative approach, conducted in five databases, in which was read and critical analysis of the studies in order to know the practices of health promotion.

Results: 40 articles were selected and organized according to the fields of the Ottawa Charter: public policies, reorientation of health services, creation of personal skills, reinforcement of community action and favorable environments. Thus, most of the experiments were mainly related to two fields of action: development of personal skills and reorientation of the health system. There is a movement towards the development of a health promotion in which the collective, the social determinants of health and multidisciplinary are advocated.

Conclusion: some limits were identified that need to be overcome, among which stands out the inter-sectoral work that needs to grow beyond the health sector.

DESCRIPTORS: Primary health care. Nursing care. Chronic disease. Nursing. Promoting the health.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas de promoción de la salud llevadas a cabo por los enfermeros al cuidar d personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria de la salud, en publicaciones científicas de 2007 a 2017.

Método: revisión integradora de la literatura con enfoque cualitativo realizada en cinco bases de datos, en las que se efectuó una lectura y un análisis crítico de los estudios de modo de conocer las prácticas de promoción de la salud.

Resultados: se seleccionaron 40 artículos y se los organizó de acuerdo con los campos de la Carta de Ottawa: políticas públicas, reorientación de los servicios de salud, desarrollo de habilidades personales, refuerzo de la acción comunitaria y ambientes favorables. De esta manera, la mayor parte de las experiencias se relacionó principalmente con dos campos de acción: desarrollo de habilidades personales y reorientación del sistema de salud. Se nota un desplazamiento en dirección al desarrollo de un enfoque de promoción de salud en el que se promueve lo colectivo, los determinantes sociales de la salud y de la multidisciplinariedad.

Conclusión: se identificaron algunos límites que deben superarse, dentro de los cuales se destaca el trabajo intersectorial que debe extenderse más allá del sector de la salud.

DESCRIPTORES: Atención primaria de la salud. Cuidados de enfermería. Enfermedad crónica. Enfermería. Promoción de la salud.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um dos principais desafios na área da saúde. Em 2012, elas foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo, cuja projeção será de 52 milhões para 2030, o que significa aumento considerável de adultos diagnosticados com DCNT.¹⁻³

As DCNT são responsáveis por um número elevado de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação para as atividades de trabalho e lazer, impacto negativo nas questões econômicas das famílias, indivíduos e sociedade, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza.⁴ No Brasil, dados de 2007 revelam que 72% das mortes foram decorrentes dessas doenças.⁵

Diante do atual panorama faz-se necessário que se tomem medidas, visando estabelecer um compromisso para o enfrentamento desta problemática.⁴ Haja vista que a atenção à saúde dessas pessoas precisa ser realizada de forma contínua, coordenada e integral, de modo que as demandas desencadeadas por essa situação sejam minimizadas.⁶ Dentre as possíveis medidas, uma vem se destacando na atualidade, a promoção da saúde.⁴ Este enfoque, traz à cena uma ação política e de planejamento, além de ser reforçada como uma prática de responsabilização e de cuidado em saúde.⁷

A promoção da saúde possui uma trajetória histórica marcada por constantes debates teóricos e conceituais.⁸ Inicialmente, seu conceito tradicional foi elaborado na década de 40, no esquema da História Natural da Doença, como um dos elementos no nível de atenção em medicina preventiva.⁹

Ao longo dos anos, grandes fatos ocorreram que contribuíram para a modificação do seu conceito. Um deles foi o moderno movimento da promoção da saúde, surgido no Canadá, na década de 70, com a publicação do “Informe Lalonde”, primeiro documento oficial a utilizar este termo. Apesar da sua evolução, ainda permanece o enfoque para as mudanças dos estilos de vida, com abordagem na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental e preventivista.⁸

Aquela publicação acabou estimulando debates, que resultaram na motivação e realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), cujo produto originou a Carta de Ottawa. Neste documento, definiu-se promoção da saúde como o “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”^{10:1} e se desenvolve por meio de cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços.⁹⁻¹⁰

Esses campos de ação são considerados como o principal marco de referência da promoção da saúde, conforme reconheceram e reafirmaram as outras conferências internacionais que se seguiram.⁹

Diante desta trajetória, é possível perceber que a promoção da saúde visa à superação do modelo biomédico, mas para tanto é preciso considerá-la como um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde da população.¹¹ Ou seja, é essencial intensificar ações e estratégias de promoção da saúde, baseadas nos cinco campos de ação da Carta de Ottawa, que impulsionem as transformações necessárias na realidade de saúde da população, haja vista que estas práticas se caracterizam por ter uma concepção holística, intersetorial, de empoderamento comunitário, participação social, busca da equidade, ações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis.¹²

A persistência da concepção teórica de promoção da saúde baseada no modelo comportamental dificulta avanços para uma perspectiva emancipatória e que contribua com o Sistema Único de Saúde (SUS). Resgatar os princípios do SUS é romper com a atenção que se caracteriza pela centralidade no trabalho médico, voltado para o tratamento de doenças, assim como nas atividades do hospital desempenhadas com essa finalidade. Por meio disso, busca-se recuperar as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças nos diversos níveis de atenção.¹³⁻¹⁴

O processo de implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no Brasil foi uma trajetória longa e complexa, com foco preventivista, mas representou um avanço na elaboração de políticas de saúde em defesa do SUS que, lançada pela primeira vez em 2006, teve caráter transversal, integrada e intersetorial. Apesar dos avanços, muitos acontecimentos desenharam novos cenários e desafios, resultando na sua reelaboração em 2014.¹⁵ O que provoca mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, trazendo em sua essência a necessidade de estabelecer uma relação com as demais políticas públicas já conquistadas.^{13,16}

Dentre os níveis de atenção do SUS para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Como uma das principais portas de entrada e comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, a APS se torna e precisa ser o contato preferencial do usuário.¹⁷

No Brasil, a APS se desenvolve por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como um de seus pilares a estruturação do modelo de atenção, priorizar a prevenção e a promoção, sem deixar de lado o atendimento assistencial.¹⁸ Para o desenvolvimento da Saúde da Família, a APS conta com uma equipe multiprofissional.¹⁷ Todos os profissionais são essenciais para a consolidação dessa estratégia, e na reorganização do modelo de atenção à saúde no país. Entretanto, o foco desta pesquisa refere-se à atuação do enfermeiro, que realiza atividades educativas, assistenciais e administrativas, contribuindo para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população.¹⁹

Considerando o exposto, surge a inquietação: como os enfermeiros desenvolvem as práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com DCNT na APS, a partir de publicações científicas nacionais e internacionais? Logo, tem-se o objetivo de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT na APS, em publicações científicas, entre 2007 e 2017.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite sintetizar resultados provenientes de pesquisas sobre um tema, de forma sistemática, ordenada e abrangente.²⁰ Construiu-se um protocolo para conduzir a revisão, sendo que se optou por seguir os seguintes passos metodológicos: identificação do problema; levantamento da literatura; avaliação crítica; análise dos dados e apresentação.²¹

As buscas ocorreram nas bases de dados BDENF, LILACS, PubMed/MEDLINE, SciELO e Scopus, além da checagem da lista de referências dos artigos. Elaborou-se para cada base uma estratégia de busca com Descritores em Ciências da Saúde, *Medical Subject Headings*, palavras-chave não padronizadas, bem como sinônimos, de modo a abranger a totalidade das publicações. Os termos foram Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Doença Crônica, Prática de Saúde Pública e Promoção da Saúde (e seus correspondentes em inglês e espanhol), consultados no plural e singular e com os termos booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los. A Tabela 1 apresenta as bases de dados pesquisadas com o quantitativo de artigos localizados.

Tabela 1 – Bases de dados e artigos encontrados em números absolutos. Florianópolis, SC, Brasil. (n=1340)

Bases de dados	Artigos
BDENF	51
LILACS	104
SciELO	34
PubMed /MEDLINE	581
Scopus	570
Total	1340

Foram encontrados 1340 documentos cujos títulos e resumos foram lidos, sendo utilizado o gestor de referências *on-line endnote web*[®] para auxiliar esta etapa. A seleção teve como critérios de inclusão: artigos de periódicos indexados nas bases de dados escolhidas, na modalidade de artigos originais e/ou relatos de experiência, que continham os descritores listados, nos idiomas espanhol, inglês e português, publicados entre os anos de 2007 a 2017 e que estavam relacionados com a temática. Excluíram-se as publicações de trabalhos duplicados; artigos de revisão; editoriais; cartas; artigos de opinião; reflexão teórica; comentários; ensaios; notas prévias; teses; dissertações; trabalhos de conclusão de curso; manuais; resumos em anais ou periódicos; dossiês; documentos oficiais; políticas de saúde; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; capítulos de livro e estudos que não contemplavam a finalidade deste estudo.

Foram removidos 498 estudos por duplicidade e 712 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, obtendo-se um total de 130 estudos pré-selecionados, então, submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Após uma leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 91 artigos, pois claramente não cumpriam os critérios de inclusão, resultando ao final da análise 39 estudos que foram incluídos nesta revisão. Realizou-se a análise das referências, a fim de verificar estudos possíveis que não teriam sido contemplados nas buscas. Dessa forma, um artigo foi elencado para fazer parte desta revisão, já que atendia aos critérios de inclusão, totalizando, assim, 40 artigos. Para a seleção das publicações foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), representado na Figura 1.

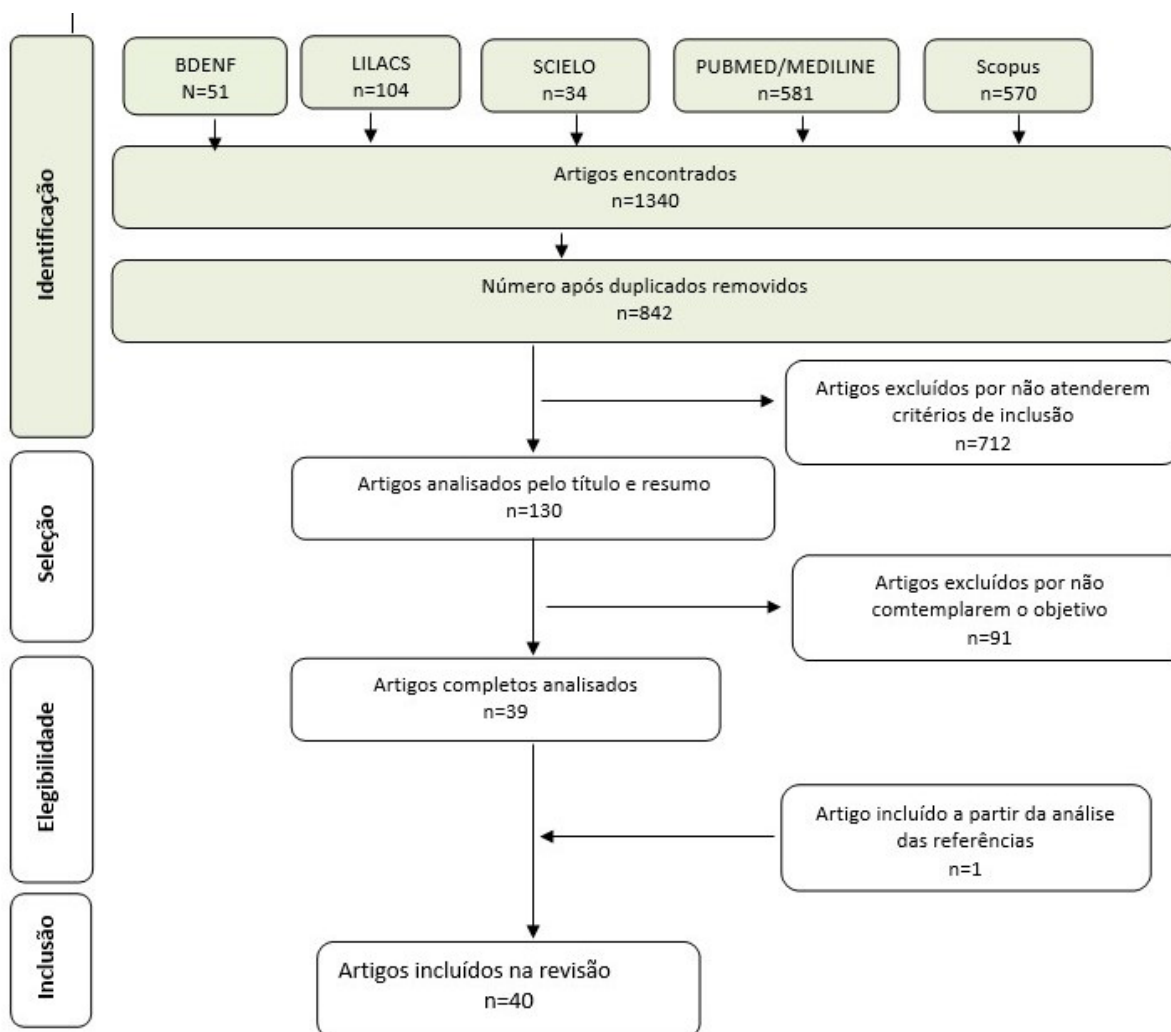


Figura 1 – Fluxo do processo de seleção dos estudos para revisão

Com os textos completos e após a realização de leitura exaustiva, extraíram-se alguns resultados que foram transcritos para um instrumento de coleta de dados, permitindo o detalhamento dos estudos.

Por fim, realizou-se uma análise crítica dos estudos de modo a conhecer as práticas de promoção da saúde. Esta etapa seguiu os passos metodológicos²¹ que foram: identificação do problema de estudo; levantamento da literatura; avaliação crítica dos estudos; análise dos dados; os quais forneceram uma organização metodológica e rigor ao estudo. A categorização desta revisão ocorreu conforme os cinco campos de ação da Carta de Ottawa.

Após a conclusão da análise de cada categoria foi realizada uma síntese dos elementos importantes, de forma a retratar a temática e o processo da revisão. A interpretação dos dados ocorreu de forma crítica e imparcial, a fim de permitir apresentações de possíveis explicações para os resultados encontrados, fossem eles convergentes ou conflitantes, com base na literatura disponível.

RESULTADOS

O quantitativo de estudos se constituiu de 40 artigos, 15 publicados na *Scopus*, 06 na BDNF, cinco na LILACS, nove na PubMed/MEDLINE e quatro na SciELO e 01 na revisão das referências dos estudos elegidos.

Os países de publicação que mais apareceram foram: 15 no Brasil, cinco no Canadá e quatro no Reino Unido, três nos países da Espanha, Austrália, Estados Unidos e dois na Nova Zelândia, um em cada um dos seguintes países, Holanda, Inglaterra, Islândia, Portugal e Tailândia. As metodologias utilizadas foram: em 33, a pesquisa qualitativa; em quatro, a quantitativa; e nas 03 restantes, a mista (qualitativa e quantitativa). No que se refere ao ano de publicação, foram: 09 em 2015, sete em 2014, 04 em 2013, 2011, 2008 e 2016 e três em 2012, dois em 2017 e um em 2009, 2007 e 2006. Os anos de 2004, 2005 e 2010 não tiveram estudos selecionados para revisão.

Elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis

Uma experiência encontrada foi o Fórum da Criança. Este projeto é um espaço de diálogo externo à unidade, constituído por profissionais das diversas áreas que se reúnem periodicamente para discutir e organizar a assistência à criança em condição crônica.²²

Outro relato foi o trabalho em unidades de saúde de Portugal. Nesse país, os trabalhadores são guiados por uma Carteira Básica de Serviços. Trata-se de uma publicação emitida pelo Ministério da Saúde de Portugal que orienta as equipes sobre os cuidados de saúde primários. Dessa forma, a partir deste documento as equipes desenvolviam suas ações de promoção da saúde às pessoas com DCNT em colaboração com outros pontos da rede. Dentre as ações foram observados, acompanhamento clínico, cuidados no domicílio, interligação e colaboração em rede com outros serviços e ações educativas em grupos. Cabe destacar que, naquele país, existem outros serviços, dentro da APS, que são responsáveis por atividades educativas, restringindo as ações assistenciais às unidades de saúde.²³

A fim de comparar os modelos de cuidados primários na prestação de promoção da saúde no Canadá, um estudo avaliou sete itens que eram recomendados pela Força-Tarefa Canadense. A principal medida foi se o usuário relatou discutir a promoção da saúde de um dos temas. Identificou-se que a probabilidade de um dos assuntos ser debatido, independente do motivo da visita, foi significativamente maior no modelo de cuidado primário do tipo centro de saúde comunitário. Este modelo dá relevância à promoção da saúde, enfatizando o bem-estar, a prevenção e a incorporação de intervenções baseadas na clínica e na abordagem dos DSS.²⁴ Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos reforça um modelo de saúde que seja proativo, capacitado e competente na promoção da saúde para todos os grupos populacionais.²⁵

Por fim, tem-se o *Care Plus* da Nova Zelândia. Este é um programa cuja iniciativa é fornecer cuidados às pessoas com doença crônica. Ele prevê um financiamento de atendimentos ambulatoriais adicionais para estas pessoas, de modo a melhorar a gestão dos cuidados, o trabalho em equipe na APS e a redução das desigualdades em saúde.²⁶

Reforço da ação comunitária

Neste campo um ponto importante é a participação das pessoas com DCNT em grupos sociais. Estes se constituem como uma rede de apoio, em especial, são os movimentos religiosos, e as associações comunitárias, já que o comportamento das pessoas é influenciado pelas crenças e valores apreendidos neste contexto.²⁷⁻²⁸ Identifica-se que os enfermeiros realizam as práticas de promoção da saúde em pessoas com DCNT, especialmente em grupos de idosos, na comunidade.²⁸

Em um relato de experiência, observou-se a utilização de recursos de saúde, na área de abrangência, que foram de interesse para a obtenção de um resultado favorável para a pessoa com DCNT. Foi ofertado um curso de alfabetização, na biblioteca da comunidade, a fim de possibilitar uma educação alfanumérica, e de promover cuidado para uma melhor qualidade de vida desses usuários.²⁹

Os fóruns foram realizados com a comunidade, de modo a estimular a redução do consumo de álcool. Esta ação abriu oportunidades para as pessoas falarem sobre a sua situação, desenvolver e estabelecer diretrizes para trabalhar com outros problemas em conjunto na comunidade.³⁰

Ressaltou-se, ainda a relevância de se trabalhar com as pessoas portadoras de DCNT em suas próprias casas, no contexto de suas vidas cotidianas. Promover um olhar sobre o modelo de saúde com foco nos determinantes sociais, sendo o enfermeiro um profissional essencial na equipe multidisciplinar para desenvolver o autocuidado, o empoderamento destas pessoas.³¹⁻³²

Desenvolvimento de habilidades pessoais

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros estão voltadas principalmente para as práticas educativas. Enfatizam-se as orientações que podem melhorar o conhecimento das pessoas sobre sua condição de saúde, as relacionadas com mudanças no estilo de vida, do tipo alimentação saudável e prática de exercícios físicos.^{22-23,28,33-46} Salienta que as ações educativas quando mediadas por palavras como adesão e sustentada por interações entre estas pessoas e os profissionais são fundamentais e incrementam o cuidado em saúde.³⁴

Estudos evidenciam práticas educativas direcionadas para uma abordagem coletiva. As reuniões de grupo eram desenvolvidas por meio de diálogo aberto e de escuta qualificada, permitindo a criação de um espaço livre de troca de informações e experiências, com ampliação do horizonte de conhecimentos.^{36,47-51} Além do uso de tecnologias durante as atividades educativas de grupos, tais como: jogos, dinâmicas, rodas de conversa, material audiovisual, pôsteres, ilustrações e panfletos informativos e explicativos.^{27,36,40,52}

Destaca, a utilização da técnica dos jogos educativos nas atividades do Programa de Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA. Além da possibilidade de promover autonomia, vincular a pessoa ao serviço e ampliar o conhecimento sobre o seu processo saúde e doença, contribuindo assim para as modificações dos hábitos de autocuidado.⁵¹ quando eles descobrem que têm uma situação de saúde e doença e tomam consciência, assumem a identidade da situação, tornam-se proativos em seus cuidados de saúde. Ressaltam, ainda, que entrevista motivacional, durante as ações de educação em saúde, promovem a vida das pessoas com DCNT, para um estilo de vida saudável.⁵²⁻⁵³

Outro campo encontrado foi o das visitas domiciliares como uma oportunidade para à realização de práticas de promoção da saúde, por meio de ações educativas. Essas visitas domiciliares permitem conhecer as realidades *in loco*, possibilitam distinguir as condições de vida das pessoas, e com isso planejar e desenvolver ações de modo ampliado, levando em consideração os DSS. Além disso,

esses locais admitem que a educação seja também direcionada aos cuidadores, o que faz com que as pessoas com DCNT e suas famílias se sintam mais seguras, favorecendo a estimulação da responsabilização para com o cuidado, no enfrentamento das DCNT.^{22-23,27,42,50}

Reorientação do sistema de saúde

Estudos destacaram a importância de proporcionar o desenvolvimento da confiança e do respeito para um bom relacionamento terapêutico entre usuário e profissional.^{27,29,35,50}

As consultas de enfermagem e os grupos de convivência buscavam uma visão holística do usuário, centrada na pessoa, no seu empoderamento, autocuidado e no ouvir, além de ser permeada pelo cuidado longitudinal. Incentivavam o diálogo e a expressão de demandas, enfatizavam abordagens que avaliavam a situação clínica, do ambiente social e da condição psicológica, a partir da história de vida, saúde e doença, o fazer desses profissionais buscavam a coordenação do cuidado.^{26,30,33,35,38,50,54-55}

As visitas domiciliares são vistas como um instrumento que tem como intuito levar a saúde para mais perto das famílias, rompendo com o modelo biomédico. Consideram, outrossim, as condições do meio ambiente, com isso, era possível identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida e contextualizar os seus problemas com os determinantes do processo saúde/doença, estabelecendo medidas de promoção para as pessoas, suas famílias e comunidade.^{50,54}

A família tem papel estratégico no Canadá, onde os enfermeiros de cuidados em casa oportunizaram capacitação, em que foi trabalhado o empoderamento das famílias, proporcionando-lhes informações sobre a doença e os cuidados.⁵⁶⁻⁵⁸

Uma alternativa identificada para o cuidado foi a gestão de caso. Este modo de atuação permitiu aos usuários que se sentissem mais apoiados, em especial, pelos enfermeiros, pois era seu contato preferencial, por sentirem que suas necessidades eram levadas em consideração e por participarem na elaboração do seu plano de cuidados.⁵⁹⁻⁶¹

Um ponto importante neste campo de ação é que o trabalho do enfermeiro é articulado com a equipe da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.^{27,36} A abordagem de uma equipe multidisciplinar precisa proporcionar um cuidado integrador e empoderador, para isso é importante que as ações de cuidado sejam alinhadas e coesas, pois, o trabalho de cada profissional complementa o do outro.^{22,26,38,50}

Alguns estudos ressaltam que as necessidades dessas pessoas muitas vezes ultrapassam os recursos existentes na unidade de saúde, e por isso é preciso a realização de encaminhamentos para outros pontos da rede.²²⁻²³

DISCUSSÃO

Quase a totalidade dos artigos foi encontrada na base de dados *Scopus*. Esta relação pode estar associada ao fato desta base ser uma das maiores em resumos e citações de literatura científica revisada por pares.⁶²

Identificou-se que o número de publicações sobre a temática diminuiu, o que representa uma preocupação, afinal as DCNT têm chamado atenção pela sua gravidade.⁶³

Quanto à abordagem metodológica, a pesquisa qualitativa apresentou maior incidência. Este método permite aos profissionais ampliarem sua visão do processo saúde/doença, levando em consideração outras análises, como as macroeconômicas e a histórico-cultural.⁶⁴

Com o maior número de publicações, o país que se destaca é o Brasil. Esta prevalência pode estar relacionada, apesar de inúmeros conflitos e origem tardia, à criação e redefinição da PNPS; o que fornece oportunidade para a pesquisa científica.¹⁵ Outro ponto se refere à utilização do descritor, Estratégia Saúde da Família, que corresponde ao centro ordenador da rede de atenção à saúde do SUS brasileiro.¹⁷

O compromisso da promoção da saúde no Brasil é o compromisso ético do SUS com a integralidade e a gestão participativa. Urge construir níveis de atenção e coordenação das políticas públicas em saúde que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre as carências sociais e ações do Estado.¹³

A prática de promoção da saúde foi entendida inicialmente como ações preventivas que impedem o início, o desenvolvimento ou agravamento da doença. Embora esta concepção persista, impulsionada pela Carta de Ottawa, a promoção da saúde se ampliou para incluir atividades de fortalecimento da comunidade e capacitação coletiva.⁶⁵

A promoção da saúde visa superar o modelo biomédico, para isso, utiliza-se dos campos de ação, propostos pela Carta de Ottawa.¹¹ Estes campos se constituem como possibilidade de reforçar formas mais amplas de intervir em saúde, enfocando os aspectos dos DSS.⁷ Desse modo, quando essas práticas estão inseridas no processo de trabalho das equipes de APS, oportunizam-se novas formas de produção de cuidado.⁸

De acordo com a Carta de Ottawa, o campo da elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis demonstra que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, e coloca-a na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes. Esta ação visa combinar as diferentes abordagens complementares que, de maneira coordenada, apontam para a equidade em saúde. Assim, a intersectorialidade se mostrou como uma responsabilização do setor público para o desenvolvimento deste eixo.¹⁰

Entretanto, destaca-se que as experiências, apesar de trazerem à tona a presença de políticas públicas para a promoção da saúde, não abordavam a questão da intersectorialidade, ou seja, ficavam restritas ao setor saúde. O que é desfavorável, pois a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações de promoção da saúde.⁴ Ainda existem grandes desafios para a garantia dos direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida e saúde das populações, sendo que as evidências apontam benefícios para as políticas públicas intersectoriais como resposta a temas complexos como as DCNT.⁴ É preciso avançar na integralidade para mobilizar e tornar o enfrentamento das DCNT um tema transversal ao processo de organização dos serviços e da saúde de forma geral.⁶⁶

O centro do reforço da ação comunitária é o acréscimo do poder das comunidades. A promoção trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, de modo a melhorar as condições de saúde. O empoderamento comunitário é desenvolvido através de recursos humanos e materiais da própria comunidade, a fim de intensificar o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis e de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde.¹⁰

Para esse campo de ação, as experiências encontradas abordam de maneira muito sutil essa temática. O que não é um achado favorável, pois o fornecimento de intervenções de promoção da saúde com base na comunidade, nas famílias e indivíduos pode auxiliar na redução da carga da doença.⁸ Esse campo de ação foi tema da quarta conferência de promoção da saúde, realizada em Jacarta (1997), na qual revela que a promoção deve ser desenvolvida em conjunto com a população, dando-lhes direito à voz, mais acesso ao processo de tomada de decisão, desenvolvendo suas habilidades e possibilitando conhecimentos necessários para efetuar as mudanças para uma melhor qualidade de vida.⁶⁷

O campo de ação com maior quantidade de estudos foi o do desenvolvimento de habilidades pessoais. Conforme a Carta de Ottawa, a promoção se apoia no desenvolvimento pessoal e social, por meio da divulgação, da informação e da educação para a saúde, intensificando as habilidades vitais. Assim, disponibilizam-se mais opções para a população poder exercer maior controle sobre a sua própria saúde e o meio ambiente, bem como, desenvolver ações que conduzam para uma melhor saúde. Para isso, é necessário capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, é o avanço no conceito do empoderamento individual.¹⁰

Dentro deste campo as práticas educativas foram as de maior incidência, sendo que o seu desenvolvimento foi observado tanto nas abordagens individuais, como nas coletivas, além das visitas domiciliares. A educação em saúde é uma importante ação do trabalho dos enfermeiros e da equipe de ESF. Permite a construção de um trabalho que valoriza o ser humano, além da questão biológica, que busca o lado social, emocional e espiritual.⁶⁵

Dentre as ações de âmbito individual, destacam-se as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares. As consultas realizadas na prática comunitária são consideradas elemento essencial no cuidado de saúde às pessoas com DCNT, desde que realizadas de modo individualizado e participativo, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, da sua situação de saúde.⁶⁶

No que se refere às atividades de âmbito coletivo, estas são caracterizadas pelos grupos. São espaços em que as ações de promoção da saúde podem ocorrer, já que há a possibilidade de proporcionar ampliação do entendimento do indivíduo sobre o seu processo saúde/doença, e com isso favorecer as mudanças de hábitos de vida.⁶⁷ Esta prática contribui também, para o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares e cooperativas, que buscam continuamente alterar as condições de vida das pessoas.⁶⁸

O relacionamento entre usuário e enfermeiro, identificado, é baseado na vinculação e na autonomia. Esse olhar diferenciado favorece a verbalização de aspectos do cotidiano, criando um espaço de reciprocidade entre ambos.²⁶ Por fim, o enfermeiro pode colaborar para uma mudança no relacionamento entre profissionais e comunidade ao incentivar ações de promoção da saúde e ao valorizar as parcerias, em vez das abordagens individuais e paternalistas.⁶⁹

A temática abordada nas ações educativas estava principalmente relacionada com as mudanças do estilo de vida. A DCNT exige um seguimento na APS, à medida que requer mudanças nos hábitos e comportamento das pessoas, sendo este um desafio para o serviço, entretanto, não deve ser o único foco das atividades educativas, e sim deve ser estimulado o fortalecimento individual e coletivo.⁷⁰ Neste aspecto, a atuação sobre a promoção da saúde se direciona para o engajamento comunitário, a fim de proporcionar a tomada de decisões coletivas, e até influenciar decisões políticas que afetem diretamente uma comunidade e que podem modificar os DSS.⁷¹

O trabalho educativo deve incluir diálogo com as pessoas sobre os modos possíveis de cuidarem de sua saúde, compreendendo as causas e conseqüências de seu estado.⁷² Dessa forma, seria interessante que os profissionais estimulassem o despertar da autonomia das pessoas com DCNT, para justamente poder auxiliar a desenvolverem os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e o autoconhecimento, de modo a assumirem a responsabilidade sobre suas decisões acerca da sua saúde. Ou seja, o que se deseja não é controlar a doença, mas ajudar a gerenciar a vida apesar da enfermidade. Portanto, é preciso conhecer de perto as pessoas, o seu contexto de vida, suas potencialidade e adversidades, dessa maneira é possível manter uma relação entre profissional e população que estimule o empoderamento.⁷³

Com esse olhar diferenciado é possível atuar junto às pessoas com DCNT e não para elas, mostrando-lhes mecanismos que vão além da prescrição medicamentosa para o tratamento da sua condição de saúde. É preciso trabalhar ações que vão de encontro ao paradigma biomédico, ainda vigente na prática profissional, o qual se sobrevaloriza a vertente curativa, e já não responde mais às necessidades efetivas das pessoas com DCNT.⁶⁶

A reorientação do sistema de saúde traz que a promoção é responsabilidade dos serviços de saúde, compartilhada com indivíduos, comunidades, grupos e instituições, ou seja, todos trabalhando juntos de modo a reproduzirem um sistema de saúde que contribua para um elevado nível de saúde.¹⁰ A APS é um eixo estratégico para o desenvolvimento da promoção da saúde, por ter um enfoque na integralidade das ações e de cuidado na perspectiva ampliada, com valorização do contexto sociopolítico do ambiente em que as pessoas vivem.¹³

Este eixo representa a adoção de uma nova lógica no processo de trabalho.¹¹ O enfermeiro, por sua vez, tem contribuído para o seu desenvolvimento, conforme observado nas experiências apresentadas. A abordagem centrada no usuário, bem como o seu empoderamento, auxiliam a adquirir competências e conhecimentos sobre o manejo da sua situação de saúde, aumentando a satisfação e a adesão aos cuidados.⁷⁴

O campo de ação e criação de ambientes favoráveis foi o único que não apresentou estudos que contemplassem o seu conceito. Entendido como a proteção ao meio ambiente e o acompanhamento das mudanças que este reproduz na saúde, reconhece a complexidade das sociedades e das relações de interdependência, entre os diversos setores, fazendo compreender que a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos.¹⁰ Esta ausência de experiências dos enfermeiros no campo da APS, para as pessoas com DCNT, faz acender um sinal de alerta, a de que é preciso estimular práticas de promoção da saúde que abrangem o campo dos ambientes favoráveis. Olhar para o ambiente, pode despertar uma visão ampliada do processo saúde/doença das comunidades, e caminhar na contramão do modelo biomédico, que já não dá mais conta de atender às necessidades desse público das DCNT.

Tratando-se das limitações do estudo, destaca-se o grande número de publicações nacionais, e isto pode estar relacionado à escolha pelo descritor Estratégia de Saúde da Família, que direcionou a busca no cenário brasileiro. Além desta limitação, faz-se necessário que os profissionais da saúde incorporem em seu cotidiano ações intersetoriais que promovam mudanças nas condições de vida das pessoas com DCNT. Como ponto positivo, enfatiza-se a possibilidade de realização de outros estudos sobre o mesmo tema com DCNT em outros cenários das redes de atenção em saúde.

CONCLUSÃO

Ao final dessa revisão, acredita-se ter conseguido alcançar o objetivo proposto, o qual teve o intuito de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com DCNT na APS. A partir dos estudos encontrados, constatou-se que a maior parte das práticas de promoção da saúde estava relacionada principalmente a dois campos de ação da Carta de Ottawa: reorientação do sistema de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais.

No primeiro eixo os estudos demonstraram que os enfermeiros procuravam desenvolver uma práxis numa nova lógica, em que se priorizava um cuidado longitudinal, centrado na pessoa e nos DSS, mas com pouca articulação intersetorial. Por sua vez, no segundo campo, o enfoque era o empoderamento individual, por meio das práticas educativas em que se estimulavam a autonomia e o autocuidado, entretanto as ações ainda eram muito direcionadas para um estilo de vida saudável, indo na contramão da promoção da saúde.

Os outros dois campos, elaboração de políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária, apresentaram estudos, mas em menor quantidade e de características sutis. E por fim, a criação de ambientes favoráveis não apresentou estudos nesta vertente, o que é um sinal preocupante, pois se sabe o quanto o ambiente influencia na qualidade de vida e na promoção da saúde das pessoas com DCNT e o quanto estas patologias vêm ganhando destaque em decorrência do seu grande número de casos.

Destaca-se que, com as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros, as pessoas com DCNT estão ganhando espaço no cenário de atuação deste profissional, além disso, também se nota um movimento em direção ao desenvolvimento de uma promoção da saúde em que se preconiza o coletivo, os DSS e o trabalho multidisciplinar. Porém, ao mesmo tempo em que esses avanços acontecem, algumas fragilidades ainda precisam ser transpostas, dentre as quais se destacam o trabalho intersetorial que precisa crescer para além do setor saúde, assim como a criação de ambientes favoráveis para esta população específica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva(CH): WHO; 2014 [acesso 2018 Jul 13]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=14F585A87B1960B2E6F9557DFA131E76?sequence=1
2. World Health Organization. Non-communicable diseases country profiles 2014. Geneva(CH): WHO; 2014 [acesso 2018 Jul 13]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1
3. Diaz LJR, Cruz DALM. Adaptation model in a controlled clinical trial involving family caregivers of chronic patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 9];26(4):e0970017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720170000970017>
4. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Nov [acesso 2015 Mai 13];19(11):4341-50. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
5. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso 2016 Mar 2];377(9781):1949-61. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
6. Silva MEA, Reichert APS, Souza SAF, Pimenta EAG, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the health care network. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jul. 9];27(2):1-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>
7. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Mar 2];10(2):235-55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>
8. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Mar 2];19(8):3553-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>
9. Heidemann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [acesso 2016 Mar. 2];15(2):352-358. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>
10. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa(CA): WHO; 1986 [acesso 2018 Aug 13]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
11. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2016 [acesso 2016 Mar 2];21(6):1799-808. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>
12. Moysés ST, Sá RF. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2014 [acesso 2016 Mar 2];19(11):4323-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11102014>
13. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2016 [acesso 2016 Mar 2];21(6):1683-94. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>

14. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. *Health Promot Int* [Internet] 2011 [acesso 2016 Mar 2];26(2):226-36. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dar077>
15. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF(BR): MS; 2014. [acesso 2018 Mai 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf
16. Ferreira Neto JL, Kind L, Resende MCC, Colen NS. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2013 [acesso 2016 Mar 2];29(10):1997-2007. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032912>
17. Ministry of Health (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF(BR): MS; 2012. [acesso 2018 Mai 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
18. Mahmood Q, Muntaner C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. *Glob Health Promot* [Internet] 2013 [acesso 2016 Mar 2];20(1): 59-67. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/1757975913476902>
19. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];19(3):612-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
20. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. *Rev Min Enferm* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];18(1):1-260. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
21. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nur* [Internet] 2005 [acesso 2017 Set 25];52(5):543-53. Disponível em: <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
22. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];24(4):1009-17. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003040014>
23. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 25];33(3):190-5. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a05v33n3.pdf>
24. Hogg W, Dahrouge S, Russel G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L et al. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Med* [Internet] 2009 [acesso 2017 Set 25];3(3):165-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090121/pdf/OpenMed-03-e165.pdf>
25. Loewenson R, Simpson S. Strengthening integrated care through population-focused primary care services: international experiences outside the United States. *Annual Review of Public Health*. [Internet] 2017 [acesso 2017 Set 20];38(1):413-29. Disponível em: <https://dx.doi.org/doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044518>
26. Eggleston K, Kenealy T. What makes Care Plus effective in a provincial Primary Health Organisation? Perceptions of primary care workers. *J Prim Health Care* [Internet] 2009 [acesso 2017 Set 25];1(3):190-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1458>
27. Bedin LF, Busanello J, Sehnem GD, Silva FM, Poll MA. Strategies to promote self-esteem, autonomy and self-care practices for people with chronic wounds. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];35(3):61-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.43581>

28. Penha AAG, Barreto JAPS, Santos RL, Rocha RPB, Morais HCC, Viana MCA. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFSM* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];5(3):406-14. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769217160>
29. Rada LPVD, González-Suárez M, Duarte-Clímets G, Brito-Brito PR. Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. *Gestión de un caso clínico en Atención Primaria. Enferm Clin* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];24(4):254-60. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.01.003>
30. Jongudomkarn D, Singhawara P, Macduff C. Village Voices: Lessons about Processes for Disease Prevention from a Qualitative Study of Family Health Leaders in a Community in Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];16: 4401-4408. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.10.4401>
31. Carrier J, Newbury G. Managing long-term conditions in primary and community care. *Br. J. Community Nurs* [Internet] 2016 [acesso 2017 Set 20];21(10):504-8 Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.10.504>
32. Randall S, Thunhurst C, Furze G. Community matrons as problem-solvers for people living with multi-co-morbid disease. *Br. J. Community Nurs* [Internet] 2016 [acesso 2017 Set 20];21(12):594-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.12.594>
33. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene* [Internet] 2008 [acesso 2017 Set 25];9(1):86-95. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140052>
34. Deshefy-Longhi T, Swartz MK, Grey M. Characterizing nurse practitioner practice by sampling patient encounters: An APRNet study. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet] 2008 [acesso 2017 Set 25];20(5):281-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00318.x>
35. Macdonald W, Rogers A, Blakeman T, Bower P. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nur* [Internet] 2008 [acesso 2017 Set 25];62(2):191-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04585.x>
36. Randall S, Neubeck L. What's in a name? Concordance is better than adherence for promoting partnership and self-management of chronic disease. *Aust J Prim Health*. [Internet] 2016 [acesso 2017 Set 20];22(3):181-4. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1071/py15140>
37. Eccles MP, Hrisos S, Francis JJ, Stamp E, Johnston M, Hawthorne G et al. Instrument development, data collection, and characteristics of practices, staff, and measures in the Improving Quality of Care in Diabetes (iQuaD) Study. *Implement Sci* [Internet] 2011 [acesso 2017 Set 25];6(61):1-21. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-61>
38. Nolan C, Deehan A, Wylie A, Jones R. Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. *Prim Health Care Res Dev* [Internet] 2012 [acesso 2017 Set 25];13(4):353-63. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1017/S1463423612000059>
39. Geense WW, Glind IMV, Visscher TLS, Achterberg TV. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family Practice* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 25];14(20):1-10. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-20>
40. Nunes GBL, Barrada LP, Landim AREP. Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem. *Rev. Baiana de Enferm* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 25];27(1):13-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v27i1.6887>

41. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];23(19-20):2968-79. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12547>
42. Cass S, Ball L, Leveritt M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. *Aust J Prim Health* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];20(2):203-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1071/py12118>
43. Gilmour J, Strong A, Chan H, Huntington A. Primary health care nurses and heart failure education: a survey. *J Prim Health Care* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];6(3):229-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25194250>
44. Raquel AM. Processo de Atención de Enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. *Arch Med Fam General* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 25];11(2):21-6. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-751694>
45. Campos MRR, Rodríguez AC. Abordaje integral de un caso crónico complejo a través de un equipo interdisciplinar en atención primaria. *Enferm Clin* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];26(1):38-44. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001849>
46. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Challenges of nursing care for children with chronic conditions in primary health care. *Esc Anna Nery* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 25];19(4):648-55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0382>
47. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007 [acesso 2017 Set 20];16(1):105-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100013>
48. Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2011 [acesso 2017 Set 20];16(Suppl. 1):1331-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700067>
49. Mantovani MF, Mendes FRP, Ulbrich EM, Bandeira JM, Fusuma FM, Gaio DM. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2011 [acesso 2017 Set 20];32(4):662-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400004>
50. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinality in nurses' work: a report of professional experiences. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2012 [acesso 2017 Set 20];46(5):1260-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500031>
51. Reticena KO, Piolli KC, Carreira L, Marcon SS, S CA. Older people's perception of activities developed in the HIPERDIA programme. *Rev Min Enferm* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 20];19(2):107-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150029>
52. Mantovani MF, Mazza VA, Falcão NS, Gariba IM, Bandeira JM, Rodrigues JAP. A influência dos jogos educativos na compreensão do tratamento da Hipertensão Arterial. *Rev Enferm Herediana* [Internet] 2008 [acesso 2017 Set 20];1(2):130-3. Disponível em: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/febrero/La_influencia_de_los_juegos_educativos.pdf
53. Balduino AF, Mantovani MF, Lacerda MR, Marin MJ, Wal ML. Experience of hypertensive patients with self-management of health care. *J Adv Nurs*. [Internet] 2016 [acesso 2017 Set 30];72(11):2684-94. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.13022>
54. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. The performance of family health nurses in home care. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2012 [acesso 2017 Set 20];33(4):103-10. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472012000400013>
55. Alazri MH, Heywood P, Neal RD, Leese B. UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes. *Fam Pract* [Internet] 2007 [acesso 2017 Set 20];24(2):128-37. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmm003>

56. Sousa EFR, Costa EAO, Dupas G, Wernet M. Continued care for families of children with chronic diseases: perceptions of Family Health Program teams. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 20];47(6):1367-72. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600017>
57. Doolan-Noble F, Gauld R, Waters DL. Are nurses more likely to report providing care plans for chronic disease patients than doctors? Findings from a New Zealand study. *Chronic Illness* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 20];11(3):210-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/1742395314567479>
58. Stajduhar K, Funk L, Wolse F, Crooks V, Roberts D, Williams AM et al. Core aspects of "empowering" caregivers as articulated by leaders in home health care: palliative and chronic illness contexts. *Can J Nurs Res* [Internet] 2011 [acesso 2017 Set 20];43(3):78-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21977727>
59. Lukewich J, Edge DS, VanDenKerkhof E, Tranmer J. Nursing Contributions to Chronic Disease Management in Primary Care. *J Nurs Adm* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 20];4(2):103-10. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000033>
60. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 20];13(6):523-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.1867>
61. Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D, Whelan EM, Ulrich S, Hayes C, et al. Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nurs Outlook* [Internet] 2015 [acesso 2017 Set 20];63(2):130-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.004>
62. Pereira Mauricio Gomes, Galvão Taís Freire. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Oct 16];23(2):369-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000200019>
63. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 20];34(5):343-50. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n5/343-350/>
64. Freitas ICF, Silva CN, Adan LFF, Kitaokad EG, Paolilod RB, Vieira LA. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. *Rev Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2011 [acesso 2017 Set 20];35(4):1001-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2823.pdf>
65. Buss PM. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. *Ecodebate*, 2010 [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>
66. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 20];25(2):373-90. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200016>
67. World Health Organization. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta: WHO; 1997 [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
68. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2013 Mar. [acesso 2017 Set 20];22(1):157-65. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100019>

69. Silva TFA, Rodrigues JEG, Silva APSM, Barros MAR, Felipe GF, Machado ALG. Nursing consultation to persons with diabetes mellitus in primary care. *Rev Min Enferm* [Internet] 2014 [acesso 2017 Set 20];18(3):710-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140052>
70. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC et al. Quality of life assessment for health promotion groups. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2016 [acesso 2017 Set 20];69(2):242-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i>
71. Lemos LA, Fiuza MLT, Pinto ACS, Galvão MTG. Group health promotion for patients with human immunodeficiency virus. *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2013 [acesso 2017 Set 20];21(4):521-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10027/18817>
72. Berardinelli LMM, Guedes NAC, Ramos JP, Silva MGN Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 20];22(5):603-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15509>
73. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 20];20(58):597-610. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0611/reuerj.2014.15509>
74. Popay J, Whitehead M, Carr-Hill R, Dibben C, Dixon P, Halliday E, et al. The impact on health inequalities of approaches to community engagement in the New Deal for Communities regeneration initiative: a mixed-methods evaluation. *Public Health Res* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 25];3(12):1-178. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321028/pdf/Bookshelf_NBK321028.pdf

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da dissertação - Práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na atenção primária, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Becker RM, Heidemann ITSB.

Coleta de dados: Becker RM.

Análise e interpretação dos dados: Becker RM, Heidemann ITSB.

Discussão dos resultados: Becker RM, Heidemann ITSB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Becker RM, Heidemann ITSB.

Revisão e aprovação final da versão final: Becker RM, Heidemann ITSB.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 13 de julho de 2018.

Aprovado: 05 de outubro de 2018.

AUTOR CORRESPONDENTE

Renata Machado Becker

renatamachado19@gmail.com

