Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32454

MANEJO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO NARRATIVA

MANAGEMENT OF NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE AND ITS IMPACTS ON QUALITY OF LIFE: NARRATIVE REVIEW

MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SUS IMPACTOS EN LA CALIDAD DE VIDA: REVISIÓN NARRATIVA

Anna Cristina Fernandes Rocha Santos[1]
Keila Cristina Félis[2]

RESUMO: Esse artigo buscou analisar como o manejo das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde influencia a qualidade de vida dos usuários, considerando aspectos clínicos, psicossociais e assistenciais. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases SciELO, LILACS e PubMed/MEDLINE, complementadas pelo Google Acadêmico, sendo selecionados 23 estudos para análise descritivo-analítica. Os resultados evidenciaram que a multimorbidade, as limitações funcionais, o sofrimento emocional e as condições socioeconômicas desfavoráveis estão associados à redução da qualidade de vida. Estratégias de educação em saúde, autocuidado apoiado, acompanhamento de Enfermagem e atuação multiprofissional favoreceram a autonomia, o letramento em saúde e a adesão terapêutica. Entretanto, os efeitos sobre a qualidade de vida e os indicadores clínicos mostraram-se heterogêneos, demonstrando que melhorias nos parâmetros biomédicos nem sempre correspondem à maior percepção de bem-estar. Conclui-se que o manejo efetivo dessas condições requer fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, coordenação contínua do cuidado e intervenções individualizadas, considerando os determinantes sociais e as necessidades dos usuários, visando à preservação da funcionalidade e à melhoria sustentável da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença crônica. Atenção primária à saúde. Qualidade de vida.

ABSTRACT: This article aimed to analyze how the management of noncommunicable chronic diseases in Primary Health Care influences patients' quality of life, considering clinical, psychosocial, and healthcare-related aspects. A narrative literature review was conducted using the SciELO, LILACS, and PubMed/MEDLINE databases, supplemented by Google Scholar, with 23 studies selected for descriptive and analytical assessment. The results showed that multimorbidity, functional limitations, emotional distress, and unfavorable socioeconomic conditions are associated with reduced quality of life. Health education strategies, supported self-management, nursing follow-up, and multidisciplinary care contributed to greater autonomy, health literacy, and treatment adherence. However, the effects on quality of life and clinical indicators were heterogeneous, demonstrating that improvements in biomedical parameters do not always correspond to better perceived well-being. It is concluded that effective management of these conditions requires strengthening the Family Health Strategy, continuous care coordination, and individualized interventions that consider social determinants and patients' needs, aiming to preserve functional capacity and sustainably improve quality of life.

Keywords: Chronic Disease. Primary Health Care. Quality of Life.

[1]Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiatuba (UniCerrado).
[2]Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiatuba (UniCerrado).

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar cómo el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles en la Atención Primaria de Salud influye en la calidad de vida de los usuarios, considerando aspectos clínicos, psicosociales y asistenciales. Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante búsquedas en las bases de datos SciELO, LILACS y PubMed/MEDLINE, complementadas con Google Académico, seleccionándose 23 estudios para un análisis descriptivo y analítico. Los resultados evidenciaron que la multimorbilidad, las limitaciones funcionales, el sufrimiento emocional y las condiciones socioeconómicas desfavorables están asociados con una disminución de la calidad de vida. Las estrategias de educación para la salud, el autocuidado apoyado, el seguimiento de enfermería y la atención multiprofesional favorecieron la autonomía, la alfabetización en salud y la adherencia terapéutica. Sin embargo, los efectos sobre la calidad de vida y los indicadores clínicos fueron heterogéneos, demostrando que las mejoras en los parámetros biomédicos no siempre corresponden a una mayor percepción de bienestar. Se concluye que el manejo eficaz de estas condiciones requiere fortalecer la Estrategia de Salud de la Familia, garantizar la coordinación continua de la atención e implementar intervenciones individualizadas que consideren los determinantes sociales y las necesidades de los usuarios, con el propósito de preservar la capacidad funcional y mejorar sostenibilmente la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad Crónica. Atención Primaria de Salud. Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem importante desafio para os sistemas de saúde, especialmente por apresentarem longa duração, necessidade de acompanhamento contínuo e associação com fatores comportamentais, ambientais, sociais e metabólicos. Entre essas condições destacam-se as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes mellitus, transtornos mentais e doenças osteomusculares, que contribuem de maneira significativa para a morbimortalidade, limitações funcionais e crescente demanda por cuidados em saúde (Brasil, 2014; Mendes, 2012).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as DCNT assumem especial relevância por requererem acompanhamento longitudinal e intervenções capazes de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também as condições sociais e individuais envolvidas no processo saúde-doença. Essas enfermidades podem comprometer diferentes dimensões da vida cotidiana, repercutindo sobre autonomia, autocuidado, funcionalidade, relações sociais e percepção geral de saúde (Alves; Lima, 2020; Azevedo et al., 2013). A qualidade de vida, nesse sentido, constitui um desfecho multidimensional e sensível às repercussões das condições crônicas, sendo influenciada por fatores como idade, escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica, presença de comorbidades e características do acompanhamento em saúde (Azevedo et al., 2013; Ribeiro et al., 2015).

A APS ocupa posição estratégica no enfrentamento das DCNT por atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, articulando promoção da saúde, prevenção de complicações, acompanhamento clínico e continuidade assistencial. Entre as estratégias recomendadas encontram-se a estratificação de risco, educação em saúde, autocuidado apoiado e atuação multiprofissional, medidas que favorecem maior participação do usuário no próprio tratamento e possibilitam intervenções mais adequadas às suas necessidades (Brasil, 2014). Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família desempenha papel relevante ao favorecer vínculo, proximidade territorial e acompanhamento contínuo das pessoas com condições crônicas.

Além da organização dos serviços, práticas educativas, intervenções multiprofissionais e modelos estruturados de cuidado têm demonstrado potencial para melhorar a percepção de saúde e diferentes dimensões da qualidade de vida. A educação em saúde pode contribuir para maior autonomia, adesão terapêutica e adoção de comportamentos preventivos, enquanto o trabalho colaborativo possibilita abordagem ampliada das necessidades clínicas e psicossociais dos usuários (Barbosa et al., 2025; Moita et al., 2018). De maneira semelhante, a utilização de modelos como o Chronic Care Model tem apresentado resultados positivos em dimensões emocionais, sociais e funcionais de pessoas com doenças crônicas acompanhadas na atenção primária (Aryani et al., 2016).

Entretanto, a efetividade do manejo das DCNT também é condicionada por desigualdades sociais, limitações econômicas, baixa escolaridade, dificuldades de acesso e fragilidades estruturais dos serviços, fatores capazes de comprometer tanto o cuidado quanto a qualidade de vida dos usuários (Azevedo et al., 2013; Firmino et al., 2020). Diante disso, torna-se relevante compreender de que forma as estratégias desenvolvidas na APS repercutem sobre a qualidade de vida das pessoas com DCNT. Assim, este estudo teve como objetivo analisar, a partir da literatura científica, como o manejo das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde influencia a qualidade de vida dos usuários acompanhados nesse nível de atenção.

MÉTODOS

Tratou-se de uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida com o objetivo de analisar as evidências disponíveis acerca do manejo das DCNT na APS e suas repercussões sobre a qualidade de vida. A escolha desse delineamento possibilitou a análise abrangente e

contextualizada da produção científica relacionada ao tema, permitindo integrar estudos com diferentes abordagens metodológicas (Vosgerau; Romanowski, 2014).

A busca bibliográfica foi realizada no período de segundo semestre de 2026, nas fontes Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed/MEDLINE, sendo o Google Acadêmico utilizado como ferramenta complementar de busca. Foi considerado o recorte temporal correspondente aos cinco anos anteriores à realização da pesquisa, compreendendo o período de [inserir anos], e foram selecionadas publicações disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para a recuperação dos estudos, foram utilizados descritores dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Entre os termos empregados estiveram "Doenças Crônicas" / Chronic Disease, "Atenção Primária à Saúde" / Primary Health Care, "Qualidade de Vida" / Quality of Life, "Doenças Cardiovasculares" / Cardiovascular Diseases, "Doenças Respiratórias" / Respiratory Tract Diseases, "Doenças Musculoesqueléticas" / Musculoskeletal Diseases, "Transtornos Mentais" / Mental Disorders, "Hipertensão" / Hypertension, "Diabetes Mellitus" e "Estratégia Saúde da Família". As combinações foram adaptadas conforme as características de cada fonte consultada.

Foram incluídos artigos originais, estudos observacionais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, revisões integrativas e documentos técnicos que abordassem diretamente o manejo das DCNT na APS e sua relação com a qualidade de vida. Foram excluídos editoriais, resumos, comentários, cartas ao editor, teses, dissertações, monografias, publicações sem acesso ao texto completo e estudos que não apresentassem relação direta com o objeto da pesquisa.

A seleção das publicações ocorreu em três etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos identificados nas buscas; posteriormente, foram analisados os resumos dos estudos potencialmente elegíveis; e, por fim, procedeu-se à leitura integral dos trabalhos selecionados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 23 estudos compuseram o corpus final da revisão.

Para organização e análise, foram extraídas informações referentes a autoria, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico, população estudada, estratégias de manejo das DCNT e principais achados relacionados à qualidade de vida. Os resultados foram submetidos à síntese descritiva e analítica e agrupados em categorias temáticas relacionadas aos fatores associados à qualidade de vida, às estratégias de manejo das DCNT na APS e aos

impactos das intervenções educativas, multiprofissionais e de autocuidado sobre a qualidade de vida, permitindo identificar convergências, divergências e lacunas entre os estudos analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DCNT E QUALIDADE DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As doenças crônicas não transmissíveis constituem condições de longa duração que demandam acompanhamento contínuo e produzem repercussões que ultrapassam o controle de parâmetros clínicos. Na APS, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e respiratórias apresentam-se de forma recorrente, muitas vezes associadas entre si, impondo limitações funcionais, necessidade de tratamento prolongado e modificações na vida cotidiana. Nesse contexto, a qualidade de vida assume particular importância por permitir compreender efeitos físicos, psicológicos, sociais e ambientais que não são suficientemente representados pela avaliação isolada da doença ou de seus marcadores biológicos (Mendes, 2012; Brasil, 2014; Azevedo et al., 2013).

Repercussões das DCNT sobre a qualidade de vida

Entre as condições mais investigadas na APS, hipertensão arterial e diabetes mellitus apresentam impacto relevante sobre diferentes componentes da qualidade de vida. Em indivíduos acompanhados por esses agravos, foram identificados comprometimentos relacionados à vitalidade, percepção geral de saúde e dor, enquanto estudos com pessoas idosas evidenciaram repercussões que alcançam dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais (Alves; Lima, 2020; Firmino et al., 2020; Ribeiro et al., 2015). Esses resultados evidenciam que a convivência com uma condição crônica não se restringe à presença de sintomas ou ao risco de complicações, mas interfere na funcionalidade, na autonomia e na percepção que o indivíduo possui sobre seu próprio estado de saúde.

Evidências mais recentes reforçam essa relação, especialmente entre pessoas com diabetes. Leal et al. (2026), ao avaliarem idosos com diabetes mellitus tipo 2 acompanhados na APS, identificaram a dor e a vitalidade entre os componentes mais comprometidos da qualidade de vida, além de observarem pior percepção entre indivíduos com maior tempo de diagnóstico e controle glicêmico menos favorável. De maneira semelhante, Ribeiro Junior, Carmo e Santos (2026) encontraram escore médio de qualidade de vida relacionada à saúde de 52,6 entre pessoas com diabetes, sendo o domínio físico o mais comprometido, com média de

47,3, enquanto as relações sociais apresentaram o maior escore. Assim, mesmo dentro de uma mesma condição crônica, os impactos não se distribuem uniformemente entre os diferentes domínios da vida (Leal et al., 2026; Ribeiro Junior; Carmo; Santos, 2026).

Essa heterogeneidade também é observada entre pessoas com hipertensão. Santos et al. (2026) encontraram escores relativamente elevados nos quatro domínios do WHOQOL-BREF entre 378 hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, com melhor desempenho nas relações sociais, seguido pelos domínios psicológico, físico e ambiental. Em contrapartida, Duarte, Santos e Machado (2024) verificaram menor percepção de qualidade de vida entre participantes que apresentavam hipertensão associada a outra DCNT. Em conjunto, esses achados demonstram que a presença de uma doença crônica não determina, isoladamente, o grau de comprometimento da qualidade de vida; a coexistência de outros agravos e as diferentes circunstâncias nas quais a doença é vivenciada modificam substancialmente esse impacto (Duarte; Santos; Machado, 2024; Santos et al., 2026; Azevedo et al., 2013).

Dessa forma, a literatura analisada converge ao demonstrar que a qualidade de vida constitui um desfecho multidimensional e particularmente relevante no acompanhamento das DCNT. Embora os padrões de comprometimento sejam distintos entre hipertensão, diabetes e outras condições, os estudos mostram repercussões sobre capacidade funcional, dor, vitalidade, saúde psicológica, relações sociais e percepção global de saúde. Essa variabilidade também indica que a avaliação da qualidade de vida deve considerar a experiência individual com a doença e não apenas a existência do diagnóstico clínico (Azevedo et al., 2013; Alves; Lima, 2020; Firmino et al., 2020; Leal et al., 2026).

Multimorbidade e comprometimento da qualidade de vida

A coexistência de múltiplas condições crônicas amplia a complexidade observada no cuidado e parece intensificar as repercussões sobre a qualidade de vida. A multimorbidade, compreendida como a presença simultânea de duas ou mais condições crônicas, relaciona-se não apenas a maior utilização dos serviços e ao uso de múltiplos medicamentos, mas também a maior comprometimento das atividades cotidianas e do bem-estar. Essa relação já era observada em estudos nacionais com usuários da APS e torna-se particularmente evidente em investigações recentes voltadas especificamente à carga acumulada das doenças crônicas (Azevedo et al., 2013; Duarte; Santos; Machado, 2024; Jørgensen et al., 2025).

Em uma ampla investigação envolvendo 31.753 usuários da atenção primária dinamarquesa, Jørgensen et al. (2025) identificaram relação linear entre o aumento do número de grupos diagnósticos e a piora da qualidade de vida baseada em necessidades. Cada nova condição esteve associada ao agravamento dos seis domínios avaliados: preocupações, vida social, autoimagem, limitações nas atividades cotidianas, finanças pessoais e capacidade física. Além da significância estatística, a deterioração atingiu diferenças consideradas clinicamente relevantes conforme aumentava o número de diagnósticos, reforçando a existência de um efeito cumulativo da multimorbidade sobre diferentes dimensões da vida do indivíduo.

O comprometimento torna-se ainda mais complexo quando condições físicas coexistem com alterações de saúde mental. Sweeney et al. (2026) destacaram que a multimorbidade envolvendo depressão ou ansiedade e doenças físicas de longa duração está associada a piores desfechos físicos e de qualidade de vida, além de maior utilização dos serviços de saúde. A relação entre condições físicas e sofrimento psíquico é descrita como bidirecional e cumulativa, demonstrando que o impacto da multimorbidade não pode ser compreendido apenas pela soma dos diagnósticos, mas também pela interação entre eles e pelas repercussões produzidas sobre funcionalidade, participação social e bem-estar (Sweeney et al., 2026; Jørgensen et al., 2025).

Assim, as evidências sugerem uma progressão do impacto sobre a qualidade de vida conforme aumenta a complexidade clínica: embora uma única DCNT possa comprometer diferentes domínios, a associação entre condições tende a ampliar limitações e necessidades individuais. Essa constatação reforça a inadequação de uma abordagem exclusivamente orientada para doenças isoladas, particularmente na APS, onde o acompanhamento longitudinal exige compreender simultaneamente as condições clínicas e suas repercussões funcionais e psicossociais (Mendes, 2012; Brasil, 2014; Jørgensen et al., 2025; Sweeney et al., 2026).

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DCNT

A qualidade de vida de pessoas com DCNT acompanhadas na APS resulta da interação entre condições clínicas, comportamentos relacionados à saúde e características sociais e psicossociais. Os estudos analisados demonstram que indivíduos com diagnósticos semelhantes podem apresentar percepções distintas de bem-estar, uma vez que controle da doença, duração do diagnóstico, atividade física, adesão terapêutica, condições socioeconômicas e recursos pessoais e sociais modificam a maneira como a condição crônica repercute no

cotidiano (Azevedo et al., 2013; Ribeiro et al., 2015; Duarte; Santos; Machado, 2024; Leal et al., 2026). Dessa forma, compreender esses fatores torna-se fundamental para que a avaliação realizada na APS ultrapasse parâmetros exclusivamente biomédicos.

Fatores clínicos e comportamentais

Entre os fatores clínicos, o controle da doença mostrou relação importante com a qualidade de vida, particularmente entre pessoas com diabetes mellitus. Leal et al. (2026) observaram que níveis mais elevados de hemoglobina glicada estavam associados a pior qualidade de vida em idosos com diabetes, enquanto Ribeiro Junior, Carmo e Santos (2026) identificaram associação positiva entre controle glicêmico adequado e qualidade de vida relacionada à saúde. Esses resultados convergem ao indicar que o acompanhamento metabólico permanece relevante não apenas para a prevenção de complicações, mas também para a percepção de saúde e bem-estar dos usuários (Leal et al., 2026; Ribeiro Junior; Carmo; Santos, 2026).

O tempo de convivência com a doença e os comportamentos relacionados ao estilo de vida também se mostraram relevantes. No estudo de Leal et al. (2026), idosos com diabetes havia mais de dez anos apresentaram pior qualidade de vida quando comparados àqueles com menor tempo de diagnóstico, e o sedentarismo esteve significativamente associado a menores escores. Esses achados complementam evidências anteriores de que limitações funcionais, excesso de peso e comportamentos pouco favoráveis à saúde podem ampliar o impacto das condições crônicas sobre diferentes dimensões da vida (Alves; Lima, 2020; Firmino et al., 2020; Leal et al., 2026).

A adesão ao tratamento constitui outro componente relevante dessa relação. Entre pessoas com hipertensão acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, Santos et al. (2026) identificaram predomínio de adesão medicamentosa moderada e associação entre maior adesão e melhores indicadores de qualidade de vida, particularmente nos domínios psicológico e ambiental. A relação entre comportamento terapêutico e bem-estar também aparece na literatura sobre hipertensão e diabetes revisada por Moita et al. (2018), reforçando que o manejo das DCNT depende da participação ativa do usuário e não apenas da disponibilidade do tratamento farmacológico (Moita et al., 2018; Santos et al., 2026).

Esses resultados demonstram, contudo, que parâmetros clínicos favoráveis e melhor qualidade de vida não necessariamente evoluem de maneira paralela. Alguns dos estudos de

intervenção analisados encontraram benefícios sobre qualidade de vida ou autocuidado mesmo sem diferenças significativas em marcadores fisiológicos, enquanto outros observaram manutenção clínica sem ganho adicional na qualidade de vida. Tal constatação evidencia que a avaliação das DCNT na APS deve combinar indicadores clínicos com desfechos percebidos pelos próprios usuários, evitando que o sucesso terapêutico seja reduzido exclusivamente ao controle laboratorial ou hemodinâmico (Tusa et al., 2025; Zamanillo-Campos et al., 2025).

Determinantes sociais e fatores psicossociais

As condições socioeconômicas também modificam de forma expressiva a experiência de viver com uma DCNT. Duarte, Santos e Machado (2024) identificaram melhor percepção de qualidade de vida entre participantes com maior renda e escolaridade e entre aqueles que viviam com companheiro, enquanto indivíduos com menores recursos econômicos apresentaram piores resultados nos diferentes domínios avaliados. Resultados anteriores igualmente relacionaram menor escolaridade, vulnerabilidade econômica e condições sociais desfavoráveis a pior percepção de saúde entre usuários com doenças crônicas acompanhados na APS (Azevedo et al., 2013; Ribeiro et al., 2015; Duarte; Santos; Machado, 2024).

A dimensão social torna-se ainda mais evidente na presença de multimorbidade. Jørgensen et al. (2025) verificaram que a associação entre o aumento do número de diagnósticos e a pior qualidade de vida foi mais intensa entre pessoas com menor escolaridade, indivíduos que não trabalhavam ou estudavam e aqueles que viviam sozinhos. Os efeitos alcançaram vida social, autoimagem, limitações cotidianas, capacidade física e aspectos financeiros, indicando que a vulnerabilidade social pode potencializar a carga produzida pelas múltiplas condições crônicas (Jørgensen et al., 2025; Duarte; Santos; Machado, 2024).

Além das condições materiais, fatores psicossociais mostraram associação consistente com a qualidade de vida. Ribeiro Junior, Carmo e Santos (2026) demonstraram que o senso de coerência e o apoio social apresentaram relações positivas com a qualidade de vida de pessoas com diabetes, além de exercerem papel mediador na relação entre controle glicêmico e qualidade de vida. Esses resultados sugerem que a capacidade do indivíduo de compreender e manejar sua condição, associada à existência de recursos sociais de suporte, pode modificar a forma como o adoecimento é vivenciado, mesmo diante de uma condição clínica persistente (Ribeiro Junior; Carmo; Santos, 2026; Jørgensen et al., 2025).

A saúde mental acrescenta outra dimensão à complexidade desse processo. Sweeney et al. (2026) destacaram que a coexistência de condições físicas crônicas com depressão ou ansiedade está relacionada a maior comprometimento da saúde e da qualidade de vida, reforçando a necessidade de compreender a multimorbidade para além da soma de diagnósticos orgânicos. Em conjunto, os estudos indicam que fatores clínicos, comportamentais, sociais e psicossociais atuam de maneira interdependente, sustentando uma abordagem biopsicossocial e individualizada no acompanhamento das DCNT na APS (Jørgensen et al., 2025; Ribeiro Junior; Carmo; Santos, 2026; Sweeney et al., 2026).

ESTRATÉGIAS DE MANEJO DAS DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O manejo das DCNT na APS pressupõe acompanhamento longitudinal e participação ativa do usuário no cuidado, especialmente porque grande parte das decisões relacionadas à alimentação, atividade física, uso de medicamentos, monitoramento de sintomas e prevenção de complicações ocorre fora dos serviços de saúde. Nesse sentido, educação em saúde e autocuidado apoiado assumem papel central, devendo estar articulados às necessidades clínicas e ao contexto cotidiano de cada indivíduo. Essa perspectiva é compatível com a organização do cuidado às condições crônicas proposta para a APS e aparece de forma recorrente nos estudos que analisam intervenções educativas, acompanhamento profissional e estratégias de autogerenciamento (Brasil, 2014; Moita et al., 2018; Barbosa et al., 2025).

Educação em saúde, adesão terapêutica e autocuidado apoiado

A educação em saúde constitui uma das estratégias mais recorrentes no manejo das DCNT, especialmente quando direcionada à ampliação do conhecimento sobre a doença, reconhecimento de complicações, uso adequado de medicamentos e adoção de comportamentos de autocuidado. Na atenção básica, a literatura sobre hipertensão e diabetes aponta que intervenções educativas podem favorecer autonomia, adesão terapêutica e participação do usuário no controle de sua condição, sobretudo quando integradas ao acompanhamento contínuo e não realizadas como ações isoladas (Moita et al., 2018; Brasil, 2014; Goulart et al., 2025). Na prática da Estratégia Saúde da Família, essas ações podem ocorrer por meio de consultas, grupos, interconsultas e visitas domiciliares, ampliando as possibilidades de acompanhamento para além da abordagem estritamente medicamentosa.

A relevância do autocuidado apoiado também pode ser observada em intervenções voltadas às doenças respiratórias crônicas. Tsaousi et al. (2024), em estudo randomizado com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) acompanhadas na atenção primária, avaliaram um programa educativo de autogerenciamento e encontraram melhora significativa em diferentes desfechos relatados pelos pacientes após seis meses. Além da qualidade de vida, foram observados benefícios em ansiedade, depressão, condição funcional, educação em saúde e letramento em saúde. O programa enfatizou participação e autonomia do paciente, indicando que o manejo não farmacológico estruturado pode repercutir sobre dimensões que transcendem os sintomas respiratórios (Tsaousi et al., 2024; Moita et al., 2018).

Entretanto, os resultados das intervenções de autocuidado não são uniformes. López Luque et al. (2025) avaliaram 115 pacientes com DPOC moderada a grave em 16 centros de atenção primária e aplicaram um programa que abordava conhecimento da doença, tabagismo, uso de inaladores, atividade física, nutrição, técnicas respiratórias, exacerbações e aspectos emocionais. Após 12 meses, não foram encontradas diferenças significativas entre intervenção e cuidado habitual quanto à qualidade de vida, dispneia, adesão ao inalador, ansiedade ou depressão. Em contraste com os resultados de Tsaousi et al. (2024), esses achados demonstram que oferecer educação estruturada e apoio ao autocuidado não garante, por si só, melhora dos desfechos, sendo relevante considerar características clínicas e necessidades específicas da população atendida (Tsaousi et al., 2024; López Luque et al., 2025).

Essa heterogeneidade também aparece quando as intervenções abrangem pessoas com multimorbidade. Na revisão sistemática e metanálise de Lim et al. (2025), as estratégias foram agrupadas em manejo medicamentoso, apoio ao autocuidado e coordenação do cuidado associada ao autocuidado. Entre 33 estudos identificados, houve pouca evidência de benefício significativo para a maioria dos desfechos quando comparados ao cuidado habitual. O apoio ao autocuidado esteve associado à redução de hospitalizações e custos com medicamentos, enquanto a combinação entre coordenação do cuidado e autocuidado apresentou pequeno benefício em componente físico da qualidade de vida e menor risco de hospitalização. Os resultados indicam que os efeitos podem ser específicos para determinados desfechos, não ocorrendo necessariamente melhora simultânea da qualidade de vida, utilização dos serviços e controle clínico (Lim et al., 2025; López Luque et al., 2025).

A adesão terapêutica integra diretamente esse processo, pois o conhecimento sobre a doença necessita converter-se em comportamentos capazes de sustentar o tratamento no

cotidiano. Entre hipertensos, Santos et al. (2026) identificaram associação entre melhor adesão medicamentosa e melhores resultados de qualidade de vida, enquanto estudos voltados ao diabetes também destacam a importância da capacidade do paciente de participar ativamente do próprio cuidado. Assim, educação, adesão e autocuidado não devem ser compreendidos como componentes independentes, mas como dimensões relacionadas de um processo no qual o usuário precisa compreender sua condição e incorporar o tratamento à vida cotidiana (Moita et al., 2018; Santos et al., 2026).

Tecnologias e intervenções digitais no apoio ao autocuidado

A utilização de tecnologias digitais amplia as possibilidades de apoio ao autocuidado na APS ao permitir que orientações e estímulos relacionados ao tratamento sejam mantidos entre os contatos presenciais com a equipe. Entre os estudos analisados, essa abordagem foi investigada diretamente por Zamanillo-Campos et al. (2025) por meio do DiabeText, intervenção móvel integrada ao prontuário eletrônico para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Durante 12 meses, os participantes receberam 167 mensagens personalizadas relacionadas a medicamentos, alimentação, atividade física e autogerenciamento do diabetes, além de informações vinculadas a resultados clínicos e lembretes assistenciais.

Os resultados demonstraram melhora significativa da adesão medicamentosa autorreferida, da autoeficácia para o manejo do diabetes e da qualidade de vida relacionada à saúde entre os participantes submetidos ao DiabeText. Contudo, o tamanho do efeito sobre a qualidade de vida foi pequeno, e não houve diferença significativa na HbA1c, no índice de posse de medicamentos, na adesão à dieta mediterrânea ou na atividade física. Dessa forma, a intervenção produziu benefícios percebidos pelo paciente sem repercussão equivalente sobre todos os parâmetros clínicos e comportamentais avaliados (Zamanillo-Campos et al., 2025).

Esse resultado é particularmente relevante porque reforça a necessidade de avaliar as estratégias de manejo das DCNT por múltiplos desfechos. A ausência de melhora laboratorial não significa necessariamente ausência de benefício para o usuário, assim como melhores indicadores de autocuidado não garantem automaticamente controle clínico superior. Em conjunto, os estudos sobre intervenções educativas, autocuidado estruturado e apoio digital revelam resultados favoráveis, neutros ou restritos a determinadas dimensões, indicando que a efetividade dessas estratégias depende do desfecho considerado e do perfil dos usuários

acompanhados (Tsaousi et al., 2024; López Luque et al., 2025; Lim et al., 2025; Zamanillo-Campos et al., 2025).

Nesse sentido, as evidências analisadas não sustentam uma visão de que uma única estratégia educativa ou de autocuidado seja suficiente para o manejo das diferentes DCNT. Ao contrário, apontam para a necessidade de intervenções adaptáveis, acompanhadas longitudinalmente e articuladas às características clínicas e às capacidades de autocuidado de cada usuário. Essa constatação conduz à discussão sobre a organização das equipes e dos modelos assistenciais, uma vez que educação e autocuidado tendem a depender da integração entre profissionais, coordenação do cuidado e continuidade da assistência — aspectos aprofundados no tópico seguinte.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E REPERCUSSÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

A complexidade das DCNT, particularmente quando há multimorbidade, torna insuficiente um modelo assistencial direcionado apenas a doenças isoladas ou a consultas episódicas. Na APS, o acompanhamento dessas condições demanda continuidade, coordenação entre profissionais, definição compartilhada de prioridades e articulação entre ações clínicas, educativas e de autocuidado. Nesse sentido, documentos orientadores e estudos sobre organização do cuidado convergem para modelos centrados na pessoa, nos quais as necessidades clínicas são avaliadas em conjunto com aspectos funcionais, psicossociais e familiares (Mendes, 2012; Brasil, 2014; Barbosa et al., 2025).

Atuação multiprofissional e contribuição da Enfermagem

A atuação multiprofissional amplia as possibilidades de acompanhamento das pessoas com DCNT ao integrar diferentes núcleos de conhecimento e reduzir a fragmentação do cuidado. Barbosa et al. (2025) destacam a participação articulada de médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e outros profissionais na abordagem clínica e educativa das condições crônicas. De modo semelhante, Duarte, Santos e Machado (2024) observaram que os participantes que haviam recebido acompanhamento multiprofissional relataram melhor percepção de qualidade de vida, embora, pelas características do estudo, não seja possível estabelecer relação causal entre esse acompanhamento e o resultado observado (Barbosa et al., 2025; Duarte; Santos; Machado, 2024).

Dentro dessa organização, a Enfermagem ocupa posição relevante pela proximidade com os usuários e pela possibilidade de atuação em diferentes momentos do acompanhamento longitudinal. Goulart et al. (2025), ao investigarem a prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, identificaram ações como consultas de enfermagem, interconsultas, visitas domiciliares, grupos educativos e educação permanente. Essas práticas permitem combinar monitoramento clínico, orientação, identificação de necessidades individuais e aproximação com o contexto familiar, favorecendo um cuidado que não se limita ao atendimento pontual da doença (Goulart et al., 2025; Brasil, 2014).

O estudo de Goulart et al. (2025) também evidencia que o cuidado de Enfermagem depende das condições organizacionais nas quais é desenvolvido. Os profissionais apontaram como necessidades a ampliação do apoio multiprofissional, maior integração entre ensino e serviço, educação permanente, capacitação das equipes e maior participação da gestão municipal na organização das atividades. Assim, a contribuição da Enfermagem para a qualidade de vida não deve ser interpretada de forma isolada da estrutura da APS, mas como parte de uma rede assistencial que necessita garantir suporte profissional, continuidade e integração das ações (Goulart et al., 2025; Barbosa et al., 2025).

A relevância da integração profissional também aparece em intervenções internacionais mais complexas. No modelo TELELISPA, avaliado por Vasiliauskienė et al. (2025), pessoas com multimorbidade receberam cuidado coordenado e multidisciplinar durante 15 meses, envolvendo gerenciamento de caso e diferentes profissionais. A intervenção esteve associada a melhores resultados de qualidade de vida global, mobilidade, ansiedade, depressão e bem-estar emocional, além de reduzir componentes específicos da carga do tratamento. Os efeitos mais expressivos ocorreram justamente nas dimensões psicológicas, reforçando a importância de abordagens capazes de integrar necessidades físicas e emocionais (Vasiliauskienė et al., 2025; Sweeney et al., 2026).

Modelos integrados, planos de cuidado e efetividade das intervenções

Os modelos estruturados de atenção buscam organizar essa integração por meio da coordenação assistencial, participação do usuário e definição de planos de cuidado. Entre as referências analisadas, o Chronic Care Model representa uma das propostas voltadas à reorganização da atenção às condições crônicas. Aryani et al. (2016) identificaram melhora da qualidade de vida relacionada à saúde após sua implementação na atenção primária, enquanto

as diretrizes brasileiras apresentam elementos convergentes, como estratificação de risco, autocuidado apoiado, cuidado interdisciplinar e reorganização dos processos de trabalho (Aryani et al., 2016; Brasil, 2014; Mendes, 2012). AnnaCristinaTCCI1 - Ajustado

Entretanto, as evidências mais recentes mostram que a estruturação de um plano individualizado não produz necessariamente benefícios adicionais em todos os contextos. Tusa et al. (2025) acompanharam por 36 meses pessoas com hipertensão, doença arterial coronariana ou diabetes submetidas a um plano participativo de cuidado, comparando-as ao cuidado habitual. Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos para qualidade de vida relacionada à saúde ou para a maioria dos indicadores clínicos, embora participantes com doença arterial coronariana tenham apresentado benefício modesto na pressão arterial diastólica. Os autores ressaltam que a população já recebia manejo relativamente efetivo, o que pode limitar a magnitude do benefício adicional oferecido por uma nova estratégia (Tusa et al., 2025).

Resultado semelhante foi observado no MULTIPAP, direcionado a idosos com multimorbidade e polifarmácia. Cura-González et al. (2022) demonstraram melhora sustentada da adequação das prescrições, mas não identificaram diferenças significativas entre os grupos em qualidade de vida, adesão ao tratamento, utilização dos serviços e demais desfechos secundários. O estudo evidencia que aperfeiçoar determinado componente do processo assistencial, nesse caso a adequação medicamentosa, não implica necessariamente melhora imediata da qualidade de vida, especialmente diante da complexidade clínica das pessoas com múltiplas condições crônicas (Cura-González et al., 2022; Lim et al., 2025).

Essa variabilidade é confirmada por evidências sintetizadas em revisões. Lim et al. (2025), ao analisarem intervenções para multimorbidade na atenção primária e comunitária, encontraram pouco benefício significativo para a maioria dos desfechos em comparação ao cuidado habitual, embora algumas estratégias tenham reduzido hospitalizações e produzido pequenos ganhos físicos. Por outro lado, Sweeney et al. (2026), ao avaliar intervenções para multimorbidade envolvendo depressão ou ansiedade, identificaram pequenos benefícios sobre saúde mental e qualidade de vida, particularmente em modelos de cuidado colaborativo, caracterizados pela atuação multiprofissional, comunicação entre profissionais e planejamento estruturado e centrado no paciente (Lim et al., 2025; Sweeney et al., 2026).

A comparação entre esses estudos demonstra que a efetividade de modelos integrados não deve ser compreendida como uniforme. Enquanto Vasiliauskienė et al. (2025) observaram

melhora da qualidade de vida e expressivos benefícios psicológicos com uma intervenção multidisciplinar, Tusa et al. (2025) não encontraram ganho adicional de qualidade de vida com um plano participativo, e Cura-González et al. (2022) obtiveram melhora na adequação medicamentosa sem repercussão significativa sobre esse desfecho. As diferenças sugerem que resultados dependem do perfil dos usuários, da intensidade e dos componentes da intervenção, dos desfechos avaliados e também da qualidade do cuidado habitual utilizado como comparação (Cura-González et al., 2022; Tusa et al., 2025; Vasiliauskienė et al., 2025; Lim et al., 2025).

Dessa forma, a literatura analisada favorece uma interpretação mais cautelosa sobre o manejo das DCNT na APS: modelos centrados na pessoa, multiprofissionais e coordenados apresentam potencial para melhorar a experiência assistencial e determinados componentes da qualidade de vida, mas seus benefícios não são automáticos nem se manifestam igualmente em todos os indicadores. Mais do que acrescentar intervenções isoladas, os achados apontam para a necessidade de selecionar estratégias conforme as necessidades dos usuários, integrar dimensões clínicas e psicossociais e preservar longitudinalidade, comunicação entre profissionais e participação ativa do paciente (Brasil, 2014; Barbosa et al., 2025; Lim et al., 2025; Vasiliauskienė et al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências analisadas demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis exercem impacto relevante e multidimensional sobre a qualidade de vida dos usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde, especialmente quando coexistem múltiplas condições. Esse impacto é influenciado não apenas por aspectos clínicos, como controle da doença, tempo de diagnóstico, adesão terapêutica e limitações funcionais, mas também por fatores comportamentais, sociais e psicossociais, incluindo sedentarismo, escolaridade, renda, apoio social e saúde mental. Dessa forma, o cuidado às DCNT exige uma abordagem que ultrapasse o controle isolado de parâmetros biomédicos e considere a experiência cotidiana, as vulnerabilidades e as necessidades individuais dos usuários.

Quanto ao manejo na APS, estratégias como educação em saúde, autocuidado apoiado, acompanhamento longitudinal, tecnologias digitais, planos de cuidado e atuação multiprofissional apresentam potencial para favorecer autonomia, adesão ao tratamento e qualidade de vida. Entretanto, os resultados não foram uniformes, uma vez que algumas intervenções produziram benefícios significativos, enquanto outras não demonstraram

superioridade em relação ao cuidado habitual ou repercutiram apenas sobre determinados desfechos. Assim, os achados reforçam a importância de um cuidado integrado, individualizado e centrado na pessoa, com participação ativa do usuário e articulação entre os profissionais da equipe, destacando-se a contribuição da Enfermagem na educação em saúde, no vínculo e na continuidade do acompanhamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rafaella Lemos; LIMA, Daniela Braga. Qualidade de Vida de indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na atenção primária à saúde de um município do sul de Minas Gerais. Saúde (Santa Maria), v. 46, n. 2, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5902/2236583447045.

ARYANI, Faridah Md Yusof et al. Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life?. Integrated Pharmacy Research and Practice, p. 11-17, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.2147/IPRP.S92448.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde Chronic diseases and quality of life in primary health care Enfermedades crónicas y calidad de vida en la. Cad. saúde pública, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00134812.

BARBOSA, Marília Ursulino et al. Atenção Primária à Saúde e o Manejo de Doenças Crônicas: Modelos de Sucesso e Desafios no Acompanhamento Continuado. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 4, p. 543-552, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n4p543-552.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). ISBN 978-85-334-2114-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

FIRMINO, Ana Patrícia et al. Qualidade de vida de idosos com doenças crônicas acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Enferm Foco, v. 11, n. 4, p. 128-135, 2020. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-11-04-0128/2357-707X-enfoco-11-04-0128.pdf.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Opas, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

MOITA, Marina Pereira et al. Qualidade de Vida de pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica: Revisão Integrativa. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, n. 2, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2842.

RIBEIRO, Ícaro José Santos et al. Quality of life of people with high blood pressure at the Primary Health Care. Saúde em Debate, v. 39, p. 432-440, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042015105000201l.

- VERAS, Renata Meira et al. Psicologia e populações vulnerabilizadas: contextos de formação e intervenção. Edufba, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786556308937.

VOSGERAU, Dilmeire Sant Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. Rev. Diálogo Educ, p. 165-190, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08.

CURA-GONZÁLEZ, I. et al. How to improve healthcare for patients with multimorbidity and polypharmacy in primary care: a pragmatic cluster-randomized clinical trial of the MULTIPAP intervention. Journal of Personalized Medicine, v. 12, n. 5, art. 752, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/jpm12050752.

DUARTE, R. C.; SANTOS, F. B.; MACHADO, A. C. B. Percepção da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária saúde do município de Itabuna. Revista Foco, v. 17, n. 9, e5000, p. 1-19, 2024. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n9-150.

GOULART, G. S. et al. Cuidado clínico de enfermeiros: promoção da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 99, supl. 1, e025053, 2025. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.supl.1-art.2269.

JØRGENSEN, C. V. et al. The association between multimorbidity and needs-based quality of life in primary care: a cross-sectional questionnaire study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 44, n. 1, p. 1-15, 2025. DOI: https://doi.org/10.1080/02813432.2025.2527853.

LEAL, G. M. S. M. et al. Qualidade de vida de pessoas idosas com diabetes mellitus atendidas na atenção primária em saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 18, e13552, 2026. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.13552.

LIM, Y. W. et al. Effectiveness of interventions for the management of multimorbidity in primary care and community settings: systematic review and meta-analysis. Family Practice, v. 42, p. 1-11, 2025. DOI: https://doi.org/10.1093/fampra/cmaf085.

LÓPEZ LUQUE, M. et al. Effectiveness of a structured self-management intervention to improve quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (AMPOC Study). Open Respiratory Archives, v. 7, 100426, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100426.

RIBEIRO JUNIOR, C. A.; CARMO, C. N.; SANTOS, S. S. Controle glicêmico, fatores psicossociais e qualidade de vida em diabéticos na Atenção Primária à Saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 50, e52, 2026. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.52.

SANTOS, F. A. V. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e qualidade de vida em hipertensos. Rev Rene, v. 27, e96169, 2026. DOI: https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796169.

SWEENEY, K. et al. Primary care and community interventions for multimorbidity involving depression or anxiety: systematic review with meta-analysis. BMJ Medicine, v. 5, e002400, 2026. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjmed-2025-002400.

TSAOUSI, F. et al. A Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self-Management Intervention for Improving Patient-Reported Outcomes in Primary Care in Greece. Medicina, v. 60, n. 3, 377, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina60030377.

TUSA, N. et al. Participatory care plan for primary care patients with long-term diseases: results after a 36-month follow-up of a randomized controlled trial. BMC Health Services Research, v. 25, 536, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12660-6.

VASILIAUSKIENĖ, O. et al. Effects of a Complex Care Model for Patients with Multimorbidity in Lithuania: Results from an Implementation Study. Healthcare, v. 13, 2268, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13182268.

ZAMANILLO-CAMPOS, R. et al. Impact of an SMS intervention to support type 2 diabetes self-management: DiabeText clinical trial. British Journal of General Practice, p. e457-e464, 2025. DOI: https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0206.