



ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

**Herica Francine Pinto Meneses¹; Gabriela Dalan de Godoy Bueno²; Giovanna Tardivel Pinezi³;
Gilberto de Oliveira Ferreira⁴; Marckson da Silva Paula⁵; Leopoldo Vieira de Azeredo Bastos⁶;
Tayrine Maria da Silva⁷; Elisiane Goveia da Silva⁸; Luciano Postilioni Aires⁹; Grazielle
Monteiro Barcelos¹⁰**

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hericafrancine@gmail.com

² Centro Universitário de Votuporanga- UNIFEV, Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: gabrieladalanbueno@gmail.com

³ UniSalesiano, Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: giovannapinezi@hotmail.com.

⁴ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gdeoferreira@hcpa.edu.br

⁵ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Brasil. E-mail: profmarckson@gmail.com

⁶ Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: dr.leopoldo.azeredo.bastos@gmail.com

⁷ Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Paulista, Pernambuco, Brasil. E-mail: tayrinemaria1@gmail.com

⁸ UFCSPA, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elisianegoveia@gmail.com

⁹ UFPEL, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luciano_bls@hotmail.com

¹⁰ Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: grazirad@hotmail.com

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis é um desafio para os sistemas de saúde em razão da elevada morbimortalidade, da necessidade de acompanhamento contínuo e da influência de fatores comportamentais, sociais e ambientais. O capítulo teve como objetivo analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir essas condições, considerando suas contribuições para a assistência, a gestão, a inovação e a integração clínico-assistencial. Desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura, com buscas realizadas na PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO, além dos portais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Foram incluídas 11 publicações divulgadas entre 2023 e 2025, nos idiomas português e inglês. Os resultados demonstraram que rodas de conversa, oficinas, cartilhas, aplicativos, mensagens, vídeos, telemonitoramento e intervenções comunitárias podem ampliar o conhecimento, o autocuidado, a adesão ao tratamento e o controle de indicadores clínicos. Entretanto, ações informativas isoladas apresentaram limitações para produzir mudanças duradouras na alimentação e na atividade física. As estratégias mais promissoras reuniram participação dos usuários, linguagem acessível, definição de metas, acompanhamento profissional, avaliação dos resultados e adequação às condições socioeconômicas e territoriais. Conclui-se que a educação em saúde deve integrar a rotina assistencial e ser desenvolvida por equipes





multiprofissionais, contribuindo para a medicina geral, a clínica integrada, a prevenção de complicações e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Doenças Não Transmissíveis; Promoção da Saúde; Estilo de Vida Saudável; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Noncommunicable Diseases represent a major challenge for health systems because of their high morbidity and mortality, the need for continuous monitoring, and the influence of behavioral, social, and environmental factors. This chapter aimed to analyze health education strategies used to promote healthy habits and prevent these conditions, considering their contributions to health care, management, innovation, and clinical-care integration. A narrative literature review was conducted through searches in PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, and SciELO, as well as the official websites of the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization. Eleven publications issued between 2023 and 2025 in Portuguese and English were included. The results showed that discussion groups, workshops, booklets, mobile applications, text messages, videos, telemonitoring, and community interventions can improve knowledge, self-care, treatment adherence, and the control of clinical indicators. However, isolated information-based activities showed limitations in producing lasting changes in dietary habits and physical activity. The most promising strategies combined user participation, accessible language, shared goal setting, professional follow-up, outcome assessment, and adaptation to socioeconomic and territorial conditions. It is concluded that health education should be integrated into routine care and developed by multiprofessional teams, contributing to general medicine, integrated clinical practice, the prevention of complications, and continuity of care.

Keywords: Health Education; Noncommunicable Diseases; Health Promotion; Healthy Lifestyle; Comprehensive Health Care.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem um dos principais desafios contemporâneos para a saúde pública, devido à elevada mortalidade, à ocorrência de incapacidades, à necessidade de acompanhamento prolongado e aos custos relacionados à assistência. Em 2021, essas condições causaram pelo menos 43 milhões de mortes no mundo, equivalentes a 75% dos óbitos não associados a pandemias, enquanto as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes concentraram 80% das mortes prematuras por. A alimentação inadequada, a prática insuficiente de atividade física, o tabagismo e o consumo prejudicial de álcool permanecem entre os principais fatores comportamentais modificáveis, embora sejam influenciados





pelas condições sociais, econômicas, comerciais e ambientais em que as pessoas vivem (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a magnitude do problema pode ser observada nos indicadores de excesso de peso, obesidade, hipertensão e diabetes identificados entre a população adulta. Em 2023, 61,4% dos adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal apresentavam excesso de peso, 24,3% viviam com obesidade, 27,9% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 10,2% relataram diagnóstico de diabetes. No mesmo período, somente 40,6% praticavam pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana durante o tempo livre e apenas 21,4% consumiam a quantidade recomendada de frutas e hortaliças, com diferenças importantes relacionadas ao sexo, à idade e à escolaridade (Brasil, 2023). A permanência desses indicadores demonstra a necessidade de intervenções que ultrapassem a orientação pontual e favoreçam mudanças sustentáveis nas práticas cotidianas (Ramos *et al.*, 2025).

A educação em saúde insere-se nesse contexto como uma estratégia capaz de ampliar o conhecimento, desenvolver autonomia e apoiar decisões relacionadas à alimentação, à atividade física, ao tratamento e à prevenção de complicações. Sua relevância social está relacionada à possibilidade de aproximar informações científicas da realidade da população, respeitando diferenças culturais, níveis de escolaridade, recursos econômicos e formas de organização familiar e comunitária (Cabezas *et al.*, 2025). A relevância científica decorre da necessidade de compreender quais métodos educativos produzem mudanças comportamentais e clínicas duradouras, pois o aumento do conhecimento nem sempre resulta em maior adesão à alimentação saudável ou à prática regular de atividade física (Hietbrink *et al.*, 2025).

Na dimensão profissional e assistencial, as ações educativas podem ser incorporadas às consultas, aos grupos de acompanhamento, às visitas domiciliares, às atividades escolares e às intervenções realizadas em espaços comunitários. A Atenção Primária à Saúde apresenta condições favoráveis para identificar fatores de risco, acompanhar pessoas com condições crônicas e articular ações de promoção, prevenção e cuidado longitudinal, embora programas educativos ainda sejam frequentemente organizados de maneira fragmentada e direcionados a uma única doença (Allory *et al.*, 2024). A participação de enfermeiros, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, agentes comunitários e demais integrantes da equipe contribui para relacionar orientações alimentares, atividade física, saúde mental, adesão terapêutica e condições sociais dentro de uma proposta integrada de cuidado (Ramos *et al.*, 2025).

A inovação em saúde ampliou as possibilidades de desenvolvimento das atividades educativas por meio de aplicativos móveis, plataformas interativas, vídeos, mensagens, telemonitoramento, simulações e materiais impressos adaptados às características do público. Essas tecnologias podem facilitar o acompanhamento, o registro de metas e a comunicação entre profissionais e usuários, sobretudo no cuidado de pessoas com diabetes, hipertensão e outros fatores de risco cardiovascular (Sá *et al.*, 2023). Intervenções digitais direcionadas a pessoas com hipertensão mostraram resultados favoráveis no controle da pressão arterial, na redução do consumo





de sal, na prática de atividade física e na adesão medicamentosa, mas a heterogeneidade dos resultados demonstra a necessidade de associar tecnologia, acompanhamento profissional e avaliação contínua (Boima *et al.*, 2024).

A gestão e a organização dos serviços também interferem na continuidade das ações educativas, uma vez que a escassez de profissionais, a sobrecarga assistencial, a ausência de planejamento e a limitada articulação com escolas, equipamentos sociais e organizações comunitárias podem reduzir o alcance das intervenções. Uma análise de 68 programas de educação e apoio à autogestão identificou baixa participação de atores comunitários e verificou que somente 20% das iniciativas consideravam a presença de multimorbidade, apesar da frequência com que diferentes condições crônicas coexistem na mesma pessoa (Allory *et al.*, 2024). No contexto brasileiro, a avaliação de 337 projetos de intervenção demonstrou concentração das propostas em educação em saúde, atividade física, alimentação, obesidade, diabetes e hipertensão, mas também apontou a necessidade de mensurar os resultados alcançados após a implementação das atividades (Ramos *et al.*, 2025).

A integração clínico-assistencial exige que a educação em saúde esteja vinculada ao diagnóstico das necessidades, ao planejamento terapêutico, à continuidade do acompanhamento e à avaliação dos resultados. Intervenções baseadas em cartilhas validadas e atividades educativas contextualizadas apresentaram mudanças positivas no conhecimento, na alimentação, na prática de exercícios e no controle glicêmico de pessoas com diabetes, demonstrando a possibilidade de relacionar educação, assistência e monitoramento clínico (Silva *et al.*, 2025). As estratégias precisam incluir indicadores de conhecimento, comportamento, adesão, pressão arterial, glicemia, estado nutricional e qualidade de vida, permitindo que profissionais e gestores reconheçam os resultados e reorganizem as ações conforme as necessidades identificadas (Boima *et al.*, 2024).

Apesar da ampliação das iniciativas presenciais e digitais, permanece uma lacuna relacionada à integração entre conhecimento, mudança comportamental, acompanhamento prolongado e avaliação clínica. Muitas intervenções concentram-se na transmissão de informações, apresentam curta duração, consideram uma única condição crônica ou não incluem as dimensões emocionais e sociais que interferem no autocuidado (Cabezas *et al.*, 2025). Também existem limitações quanto à personalização dos conteúdos, à participação comunitária, à acessibilidade tecnológica e à identificação dos componentes educativos responsáveis pelos melhores resultados (Hietbrink *et al.*, 2025). A discussão dessas lacunas pode contribuir para o planejamento de práticas mais inclusivas, interprofissionais e articuladas à organização dos serviços de saúde.

Objetivo: Analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis, considerando suas contribuições para





a assistência, a promoção da saúde, a inovação, a gestão, o trabalho multiprofissional e a integração clínico-assistencial.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de analisar as estratégias de educação em saúde utilizadas para promover hábitos saudáveis e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a integração de publicações com diferentes delineamentos, populações, contextos assistenciais e modalidades de intervenção, incluindo ações presenciais, comunitárias, multiprofissionais e digitais.

A busca foi realizada em 17 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online. Também foram consultados os portais institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde para localização de documentos epidemiológicos, relatórios e informações oficiais relacionadas à ocorrência das DCNT e aos seus fatores de risco e de proteção.

Os termos utilizados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings. Em português, foram empregados: “Educação em Saúde”, “Promoção da Saúde”, “Doenças Não Transmissíveis”, “Doença Crônica”, “Estilo de Vida Saudável”, “Prevenção de Doenças”, “Autocuidado” e “Tecnologia em Saúde”. Em inglês, foram utilizados: “Health Education”, “Health Promotion”, “Noncommunicable Diseases”, “Chronic Disease”, “Healthy Lifestyle”, “Disease Prevention”, “Self-Management” e “Digital Health”.

Na Biblioteca Virtual em Saúde, empregou-se a estratégia: (“Educação em Saúde” OR “Promoção da Saúde”) AND (“Doenças Crônicas Não Transmissíveis” OR “Doenças Não Transmissíveis”) AND (“Estilo de Vida Saudável” OR “Prevenção de Doenças” OR “Autocuidado”). Na SciELO, utilizou-se: (“Educação em Saúde” OR “Tecnologia Educacional”) AND (“Doença Crônica” OR “Doenças Crônicas Não Transmissíveis”) AND (“Promoção da Saúde” OR “Hábitos Saudáveis”). Na PubMed/MEDLINE, foi aplicada a combinação: (“Health Education” OR “Health Promotion”) AND (“Noncommunicable Diseases” OR “Chronic Disease”) AND (“Healthy Lifestyle” OR “Disease Prevention” OR “Self-Management” OR “Digital Health”). Os operadores booleanos OR e AND foram utilizados, respectivamente, para reunir termos semelhantes e estabelecer a intersecção entre educação em saúde, doenças crônicas e promoção de hábitos saudáveis.

O recorte temporal compreendeu as publicações divulgadas entre 1º de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2025, correspondendo aos três últimos anos completos anteriores à elaboração do capítulo. Foram aceitas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, embora nenhum material em espanhol tenha permanecido na seleção final.

Foram incluídos artigos originais, revisões integrativas, revisões sistemáticas, metanálises, revisões rápidas e análises de intervenções que apresentassem estratégias de educação em saúde





relacionadas à alimentação saudável, à atividade física, à redução do tabagismo e do consumo prejudicial de álcool, ao letramento em saúde, ao autocuidado ou à prevenção e ao controle das DCNT. Também foram incluídos documentos institucionais que apresentassem dados epidemiológicos, fatores de risco, fatores de proteção ou recomendações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção dessas condições.

Foram excluídas as publicações duplicadas, anteriores ao recorte temporal, indisponíveis para consulta, publicadas em idiomas diferentes dos estabelecidos, sem relação direta com o objetivo do capítulo ou que descrevessem uma condição crônica sem apresentar estratégia educativa, preventiva ou de promoção da saúde. Também foram retirados editoriais, cartas, resumos de eventos, protocolos sem resultados, textos de opinião e materiais que abordassem exclusivamente tratamento farmacológico, procedimentos cirúrgicos ou diagnóstico clínico.

A seleção ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram examinados os títulos e resumos para verificar a presença dos componentes centrais da revisão: educação em saúde, hábitos saudáveis, prevenção, autocuidado e DCNT. Na segunda, os materiais considerados pertinentes foram lidos integralmente, sendo mantidos aqueles que apresentavam resultados, dados epidemiológicos ou informações institucionais diretamente relacionados ao objetivo estabelecido.

O corpus final foi composto por 11 publicações, das quais oito eram artigos científicos e três correspondiam a documentos institucionais. Em relação ao idioma, quatro publicações estavam em português e sete em inglês. Quanto ao ano de publicação, duas fontes foram publicadas em 2023, três em 2024 e seis em 2025.

Entre os oito artigos científicos selecionados, foram identificadas quatro revisões sistemáticas, duas delas acompanhadas de metanálise, uma revisão integrativa, uma revisão rápida, uma avaliação de impacto do tipo *ex post facto* e uma investigação quase experimental. A soma dos delineamentos ultrapassa oito classificações porque as duas metanálises também foram apresentadas como revisões sistemáticas.

A revisão integrativa examinou dez artigos sobre tecnologias educacionais destinadas ao autocuidado de pessoas com diabetes. A revisão rápida analisou 68 publicações sobre programas de educação e apoio à autogestão de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Uma das revisões sistemáticas e metanálises reuniu 22 ensaios clínicos randomizados, realizados em 12 países, com 12.892 participantes com hipertensão. Outra revisão sistemática sintetizou 61 intervenções digitais personalizadas apresentadas em 117 publicações sobre atividade física e alimentação saudável.

A revisão sistemática sobre letramento em saúde reuniu 14 artigos relacionados à autogestão de doenças crônicas. A avaliação de impacto analisou 337 projetos de intervenção desenvolvidos por profissionais de saúde em Santa Catarina. A investigação quase experimental foi realizada com 34 pessoas com diabetes e avaliou alterações no conhecimento, na alimentação, na atividade física e nos valores glicêmicos após uma intervenção educativa. Também foi incluída uma revisão sistemática e metanálise sobre intervenções educativas voltadas à prevenção das DCNT entre adolescentes de países de baixa e média renda.





Os três documentos institucionais foram constituídos pelo Vigitel Brasil 2023 e por duas publicações da Organização Mundial da Saúde divulgadas em 2024 e 2025. Esses materiais forneceram dados sobre mortalidade por DCNT, excesso de peso, obesidade, hipertensão, diabetes, consumo de frutas e hortaliças e prática de atividade física.

Para a extração das informações, foi utilizado um instrumento elaborado para o capítulo, contendo autoria, ano de publicação, país ou contexto de realização, delineamento, população, tamanho da amostra, estratégia educativa, duração ou forma de aplicação, resultados comportamentais, resultados clínicos e limitações. Nos documentos institucionais, foram extraídos o órgão responsável, o ano, a população de referência, os indicadores avaliados e os respectivos resultados.

Os dados foram analisados de maneira descritiva, comparativa e interpretativa. Inicialmente, as características das publicações foram organizadas conforme o ano, o delineamento e o tipo de estratégia educativa. Em seguida, os resultados foram comparados para identificar aproximações, diferenças, potencialidades e limitações das intervenções.

A síntese foi organizada em cinco eixos temáticos: ações educativas presenciais e participativas; letramento em saúde e autocuidado; tecnologias educacionais e acompanhamento digital; trabalho multiprofissional e integração com a Atenção Primária à Saúde; e intervenções escolares, comunitárias e institucionais. Também foram examinadas as relações entre aquisição de conhecimento, mudança de comportamento, indicadores clínicos, continuidade do acompanhamento, desigualdades sociais e organização dos serviços.

Por utilizar exclusivamente artigos científicos e documentos institucionais de acesso público, sem contato direto com participantes ou utilização de dados pessoais identificáveis, o capítulo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações permitiu organizar as estratégias de educação em saúde em cinco núcleos principais: ações educativas presenciais e participativas, desenvolvimento do letramento em saúde, utilização de tecnologias educacionais, acompanhamento digital e intervenções comunitárias articuladas à Atenção Primária à Saúde. A combinação dessas modalidades apresentou resultados mais consistentes do que a transmissão isolada de informações, principalmente quando as atividades consideraram as necessidades do território, favoreceram a participação dos usuários e incluíram acompanhamento das mudanças comportamentais (Sá *et al.*, 2023; Allory *et al.*, 2024; Ramos *et al.*, 2025).

A necessidade de ampliar essas estratégias relaciona-se à elevada participação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na mortalidade mundial, uma vez que pelo menos 43 milhões de pessoas morreram por essas condições em 2021, correspondendo a 75% das mortes não associadas a pandemias, enquanto 18 milhões de óbitos ocorreram antes dos 70 anos e 82% das mortes prematuras concentraram-se em países de baixa e média renda. As doenças cardiovasculares





responderam por aproximadamente 19 milhões de mortes, seguidas pelos cânceres, com 10 milhões, pelas doenças respiratórias crônicas, com 4 milhões, e pelo diabetes, com mais de 2 milhões de óbitos, situação diretamente relacionada à alimentação inadequada, ao tabagismo, ao consumo prejudicial de álcool e à prática insuficiente de atividade física (World Health Organization, 2025).

No Brasil, os indicadores confirmam a permanência de fatores que favorecem o desenvolvimento das DCNT, pois 61,4% dos adultos residentes nas capitais e no Distrito Federal apresentavam excesso de peso e 24,3% viviam com obesidade em 2023. A prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada no tempo livre foi relatada por somente 40,6% dos adultos, com percentual de 45,8% entre os homens e 36,2% entre as mulheres, enquanto o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi identificado em apenas 21,4% dos entrevistados. O diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial alcançou 27,9% da população investigada e o diagnóstico de diabetes chegou a 10,2%, com redução das frequências entre as pessoas com maior escolaridade (Brasil, 2023).

As diferenças relacionadas à escolaridade demonstram que a adoção de hábitos saudáveis não depende exclusivamente do conhecimento individual, pois as condições econômicas, sociais, comerciais e ambientais influenciam o acesso aos alimentos adequados, aos espaços seguros para exercícios físicos e aos serviços de saúde (Brasil, 2023; World Health Organization, 2025). As ações educativas precisam utilizar linguagem acessível, respeitar a cultura alimentar local, identificar limitações financeiras e construir metas compatíveis com a rotina dos participantes, evitando responsabilizar individualmente pessoas que convivem com restrições materiais e territoriais (Allory *et al.*, 2024; Ramos *et al.*, 2025).

Entre as estratégias presenciais, destacaram-se rodas de conversa, oficinas, grupos educativos, demonstrações práticas, elaboração compartilhada de metas e uso de materiais validados, uma vez que esses recursos favorecem a troca de experiências e a aplicação das orientações na vida cotidiana (Ramos *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025). Em uma intervenção quase experimental realizada na Paraíba com 34 pessoas com diabetes, atividades educativas fundamentadas em uma cartilha validada produziram mudanças positivas no seguimento da dieta, na prática de exercícios físicos, nos valores glicêmicos e no conhecimento relacionado ao autocuidado. O resultado reforça a importância de atividades que relacionem o conteúdo educativo a situações concretas, incluindo planejamento das refeições, reconhecimento de dificuldades, monitoramento da glicemia e organização de uma rotina possível de atividade física (Silva *et al.*, 2025).

O letramento em saúde constituiu outro componente relevante, pois envolve a capacidade de localizar, compreender, avaliar e utilizar informações para tomar decisões sobre prevenção, tratamento e autocuidado. Uma revisão sistemática com 14 publicações verificou que intervenções voltadas ao letramento em saúde favoreceram a compreensão da doença e a adesão medicamentosa, mas apresentaram resultados inconclusivos para alimentação saudável e atividade física (Cabezas *et al.*, 2025). A diferença entre aquisição de conhecimento e mudança efetiva de comportamento indica que palestras ou orientações pontuais podem ampliar a compreensão sem necessariamente





modificar hábitos mantidos por fatores emocionais, familiares, econômicos e ambientais (Cabezas *et al.*, 2025; Hietbrink *et al.*, 2025).

As tecnologias educacionais ampliaram as possibilidades de comunicação e acompanhamento, com a utilização de aplicativos móveis, plataformas interativas, vídeos, materiais impressos, simulações e telemonitoramento. Uma revisão integrativa composta por dez artigos identificou que essas tecnologias foram direcionadas principalmente à autogestão do diabetes, à prevenção de lesões nos pés, ao acompanhamento do tratamento, à alimentação saudável e à atividade física. Os recursos digitais podem enviar lembretes, registrar metas, oferecer orientações breves e manter o vínculo entre profissionais e usuários, enquanto cartilhas e materiais impressos continuam necessários para pessoas com acesso limitado à internet ou com menor familiaridade tecnológica (Sá *et al.*, 2023).

A efetividade das intervenções digitais foi demonstrada em uma revisão sistemática e metanálise que reuniu 22 ensaios clínicos randomizados, realizados em 12 países de baixa e média renda, com 12.892 participantes com hipertensão. As intervenções desenvolvidas por mensagens de texto, aplicativos e outras ferramentas digitais reduziram a pressão arterial sistólica em média 4,43 mmHg e aumentaram em 2,20 vezes a chance de controle pressórico em comparação ao cuidado habitual. Também foram identificadas melhorias na redução do consumo de sal, na prática de atividade física e na adesão aos medicamentos, embora a elevada heterogeneidade entre as intervenções recomende cautela na generalização dos resultados (Boima *et al.*, 2024).

A personalização das mensagens representa uma possibilidade de aumentar a pertinência das orientações, mas sua superioridade em relação às estratégias convencionais ainda não está completamente estabelecida. Uma revisão sistemática identificou 61 intervenções digitais personalizadas descritas em 117 publicações, das quais 87% abordaram atividade física e 43% incluíram alimentação, enquanto 74% utilizaram regras previamente definidas para selecionar mensagens e recomendações. Apesar dos resultados positivos observados em comportamento, peso corporal e outros indicadores dentro dos grupos participantes, os benefícios em comparação aos grupos de controle permaneceram inconclusivos, demonstrando que a tecnologia precisa ser associada ao acompanhamento profissional, à definição compartilhada de metas e à avaliação periódica (Hietbrink *et al.*, 2025).

Na Atenção Primária à Saúde, a educação para o autocuidado mostrou maior potencial quando organizada por equipes interprofissionais e integrada à continuidade assistencial. Uma revisão de 68 experiências de educação e apoio à autogestão verificou que as equipes eram geralmente formadas por dois profissionais, com presença frequente de enfermeiros, enquanto as parcerias com atores comunitários foram pouco descritas e somente 20% dos programas consideraram pessoas com multimorbidade. A baixa inclusão da multimorbidade constitui uma limitação importante, pois hipertensão, diabetes, obesidade e alterações cardiovasculares frequentemente coexistem e exigem orientações integradas, evitando recomendações fragmentadas ou incompatíveis (Allory *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a análise de 337 projetos de intervenção desenvolvidos por profissionais de saúde em Santa Catarina mostrou que 37,43% das propostas estavam concentradas





em educação em saúde e 7,45% utilizavam intervenções tecnológicas. A promoção da atividade física esteve presente em 18,5% dos projetos, a prevenção e o controle da obesidade em adultos alcançaram 17,3% e as iniciativas relacionadas ao aumento do consumo de frutas e hortaliças e à redução dos ultraprocessados variaram entre 7% e 15,6%. As intervenções direcionadas ao diabetes representaram 49% das propostas, enquanto 30,6% abordaram hipertensão arterial e 19,9% trataram da obesidade, confirmando a prioridade atribuída aos principais agravos e fatores de risco acompanhados pela Atenção Primária. Os percentuais correspondem ao conteúdo e aos resultados esperados dos projetos, sem representar uma mensuração direta de mudanças clínicas, comportamentais ou epidemiológicas, aspecto reconhecido pelos próprios autores (Ramos *et al.*, 2025).

As escolas e os ambientes de trabalho também constituem espaços estratégicos, pois permitem abordar os fatores de risco antes do desenvolvimento ou agravamento das condições crônicas. Uma revisão sistemática e metanálise sobre intervenções educativas destinadas a adolescentes de países de baixa e média renda identificou melhorias no conhecimento e nas práticas relacionadas à prevenção das DCNT, fortalecendo a utilização de atividades escolares sobre alimentação, movimento corporal, tabagismo e consumo de álcool (Jauhari *et al.*, 2025). A relevância da promoção da atividade física torna-se ainda maior diante da estimativa de que 31% dos adultos do mundo, aproximadamente 1,8 bilhão de pessoas, não atingiram os níveis recomendados de atividade física em 2022 (World Health Organization, 2024).

A síntese dos achados demonstra que as estratégias mais promissoras reúnem diagnóstico das necessidades locais, participação ativa dos usuários, linguagem acessível, materiais culturalmente adequados, definição de metas, acompanhamento contínuo e articulação entre educação e assistência (Allory *et al.*, 2024; Cabezas *et al.*, 2025). A avaliação dessas ações deve ultrapassar a mensuração do conhecimento e incluir indicadores de alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool, adesão ao tratamento, pressão arterial, glicemia, peso corporal e qualidade de vida (Boima *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2025). A educação em saúde apresenta maior capacidade de contribuir para a prevenção das DCNT quando deixa de ser uma atividade ocasional e passa a integrar o cuidado longitudinal, as políticas intersetoriais e as condições concretas que permitem à população manter hábitos saudáveis (Ramos *et al.*, 2025; World Health Organization, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de educação em saúde mostraram-se fundamentais para a promoção de hábitos saudáveis e para a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principalmente quando desenvolvidas de maneira contínua, participativa e adequada às necessidades da população. As ações mais promissoras combinaram linguagem acessível, atividades práticas, construção compartilhada de metas, acompanhamento profissional e utilização de diferentes recursos educativos.





As rodas de conversa, oficinas, cartilhas, vídeos, aplicativos, mensagens e ações comunitárias contribuíram para ampliar o conhecimento, estimular o autocuidado e favorecer mudanças relacionadas à alimentação, à atividade física e à adesão ao tratamento. Entretanto, a disponibilização de informações não garante, isoladamente, a manutenção de novos comportamentos, pois os hábitos de vida também são influenciados pelas condições econômicas, familiares, culturais, emocionais e territoriais.

A Atenção Primária à Saúde apresenta condições favoráveis para organizar intervenções educativas permanentes, acompanhar os participantes e identificar precocemente fatores de risco, como excesso de peso, alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo e consumo prejudicial de álcool. A atuação integrada de enfermeiros, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, agentes comunitários e demais integrantes da equipe pode fortalecer a continuidade do cuidado e atender pessoas que convivem com mais de uma condição crônica.

As tecnologias digitais podem ampliar o alcance das orientações e facilitar o monitoramento dos usuários, mas precisam complementar o contato humano e não substituir o acompanhamento realizado pelos profissionais. Também é necessário garantir alternativas impressas e presenciais para pessoas com acesso limitado à internet, baixa escolaridade ou dificuldades no uso de dispositivos digitais, evitando que a incorporação tecnológica amplie desigualdades já existentes.

Conclui-se que a educação em saúde precisa integrar a rotina dos serviços, das escolas, dos locais de trabalho e dos espaços comunitários, com intervenções planejadas a partir das características de cada território. A continuidade das ações, a participação dos usuários e a avaliação de indicadores comportamentais e clínicos são indispensáveis para transformar o conhecimento em práticas sustentáveis e contribuir para a redução dos fatores de risco, das complicações e da mortalidade associada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

REFERÊNCIAS

ALLORY, Emmanuel *et al.* Characteristics of self-management education and support programmes for people with chronic diseases delivered by primary care teams: a rapid review. **BMC Primary Care**, v. 25, art. 46, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02262-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-024-02262-2>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BOIMA, Vincent *et al.* Effectiveness of digital health interventions on blood pressure control, lifestyle behaviours and adherence to medication in patients with hypertension in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **EClinicalMedicine**, v. 69, art. 102432, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102432>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10850120/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais->





de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico. Acesso em: 17 ago. 2026.

CABEZAS, María-Francisca *et al.* The effect of health literacy interventions on self-management in chronic diseases: a systematic review. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 59, n. 1, art. kaaf073, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/abm/kaaf073>. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/59/1/kaaf073/8307790>. Acesso em: 17 ago. 2026.

HIETBRINK, E. A. G. *et al.* Systematic review of dynamically tailored eHealth interventions targeting physical activity and healthy diet in chronic disease. **npj Digital Medicine**, v. 8, art. 696, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-025-02054-7>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-025-02054-7>. Acesso em: 17 ago. 2026.

JAUHARI, Sugandha *et al.* Effectiveness of educational interventions on adolescent knowledge and practices for preventing noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Adolescent Health**, v. 76, n. 5, p. 767-780, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.12.014>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40100186/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

RAMOS, Saulo Fabio *et al.* Projetos de intervenção em saúde: ação estratégica no enfrentamento às doenças crônicas e não transmissíveis. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 34, e20240214, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0214pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YLTNwP4f6VjF8FXvvKdDPbD/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

SÁ, Jennyfer Soares de *et al.* Tecnologias educacionais utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, supl. 4, e20230049, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0049>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/k5ys3p6Ps5rhx8HQQFxmYMB/>. Acesso em: 17 ago. 2026.

SILVA, Alex dos Santos *et al.* Intervenções educativas para pessoas com diabetes no contexto pandêmico e pós-pandêmico da COVID-19: quase-experimento. **Cogitare Enfermagem**, v. 30, e96647pt, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96647pt>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/96647>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nearly 1.8 billion adults at risk of disease from not doing enough physical activity**. Geneva: WHO, 26 jun. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>. Acesso em: 17 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 25 set. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 17 ago. 2026.

