

## **Princípios da educação popular como estratégia para a atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas: Um estudo na comunidade da Rocinha (RJ).**

Principles of popular education as a strategy for health care for people with chronic diseases: A study in the community of Rocinha (RJ).

Principios de la educación popular como estrategia de atención a la salud de personas con enfermedades crónicas: Un estudio en la comunidad de Rocinha (RJ).

Clara Beatriz Teixeira Lima Cavalcante<sup>1</sup>; Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa<sup>2</sup>

1- Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC- SMS/RJ)

2- Orientadora. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

**Resumo:** As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, sendo necessário articular saberes que potencializam a participação no cuidado. Têm-se os princípios da Educação Popular em Saúde (EPS), como contribuintes para uma prática com mais amorosidade, participativa e construída de forma coletiva. Objetivou-se identificar os princípios da educação popular presentes no cotidiano de profissionais da APS da Rocinha (RJ), BR junto às pessoas com DCNTs. Observou-se que os princípios de diálogo, amorosidade e problematização dialogam com os conceitos explicitados na PNEPS-SUS e relacionam-se com o foco no usuário e na valorização dos seus saberes. Os princípios relacionados à mobilização política como a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular ainda demonstram um certo afastamento desses princípios na prática profissional da APS.

**Abstract:** Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs) are responsible for the greatest burden of morbidity and mortality in the world, and it is necessary to articulate knowledge that enhances participation in care. The principles of Popular Education in Health (EPS) contribute to a practice that is more loving, participatory and built collectively. The aim of this study was to identify the principles of popular education present in the daily lives of PHC professionals in Rocinha (RJ), who work with people with CNCDs. It was observed that the principles of dialogue, loving kindness and problematization are in line with the concepts set out in the PNEPS-SUS and are related to the focus on users and valuing their knowledge. The principles related to political mobilization, such as emancipation and commitment to building a democratic and popular project, still show a certain distance from these principles in PHC professional practice.

**Resumen:** Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son responsables de la mayor carga de morbilidad y mortalidad en el mundo, y es necesario articular conocimientos que potencien la participación en el cuidado. Los principios de la Educación Popular en Salud (EPS) contribuyen para una práctica más amorosa, participativa y construida colectivamente. El objetivo de este estudio fue identificar los principios de la educación popular presentes en

el cotidiano de los profesionales de APS en Rocinha (RJ), que trabajan con personas con ENT. Se observó que los principios de diálogo, amorosidad y problematización dialogan con los conceptos explicados en el PNEPS-SUS y están relacionados con el enfoque en el usuario y la valorización de sus conocimientos. Los principios relacionados con la movilización política, como la emancipación y el compromiso con la construcción de un proyecto democrático y popular, aún muestran cierta distancia de estos principios en la práctica profesional de la APS.

## **Introdução**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se caracterizam como responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, sendo correspondente a 72% das causas de morte no Brasil (BR), com impacto nas populações mais vulneráveis e nas taxas de mortalidade prematuras <sup>1</sup>. Constituem-se em doenças do aparelho circulatório, neoplasias ou cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (DM).

Tais doenças apresentam em sua história natural fatores de risco modificáveis e fatores de proteção, os quais possuem condições preveníveis ou controladas através de estratégias de promoção em saúde e mudanças no estilo de vida<sup>2</sup>. Relaciona-se a ocorrência das DCNTs à transição demográfica, na qual existe uma expectativa de vida maior, bem como à maior exposição aos fatores de risco; e ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde <sup>3</sup>.

São visíveis os esforços dos órgãos de saúde em criar políticas públicas e diretrizes operacionais voltadas ao manejo deste cenário epidemiológico. Surgem, então, estratégias como a Política Nacional de Promoção à Saúde <sup>4</sup>; os Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNTs <sup>5,3</sup> as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias <sup>6</sup>; e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) <sup>7</sup>.

Diante deste cenário, é importante compreender como ocorre a construção da atenção à saúde a este grupo da população, em conjunto com o usuário, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca-se o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) como a principal porta de entrada da referida rede; estratégia de acompanhamento longitudinal do usuário; e oferta da integralidade na atenção à saúde individual e coletiva <sup>8</sup>. Nesta direção, o cotidiano de práticas em saúde na APS requer o

acolhimento, o cuidado e a valorização dos processos de saúde-doença-cuidado das pessoas com DCNTs.

Parece ocorrer, a necessidade de articular saberes e práticas que potencializam a participação no cuidado em saúde junto às pessoas com DCNTs e aos profissionais de saúde, para a garantia da integralidade da atenção à saúde e o manejo do cenário epidemiológico. Tal articulação parte da reflexão quanto aos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS), como contribuintes para uma prática de atenção em saúde com mais amorosidade, mais participativa e construída de forma coletiva na transformação dos processos de saúde-doença-cuidado.

A EPS enquanto política pública, estabelecida pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)<sup>9</sup>, apresenta-se como referencial teórico, metodológico e prático, contínuo e participativo, de formação de cidadãos autônomos, através de uma prática político-pedagógica, a qual perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>9</sup>. Para atingir esse objetivo, a PNEPS-SUS delimita princípios que direcionam as práticas dos profissionais para uma reorientação das tradicionais práticas de educação em saúde, são estes: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

No Brasil, a literatura científica apresenta a EPS como uma forma de reorientar as práticas em saúde voltada ao fazer participativo, facilitando a criação de vínculo com os profissionais; a possibilidade de dialogar e trocar experiências; e a promoção de um espaço colaborativo de incentivo para hábitos saudáveis<sup>10, 11, 12</sup>. Dessa forma, a prática da EPS ocorre a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares; a ancestralidade; e o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos<sup>9</sup>.

Tendo em vista o potencial da APS na construção de práticas coletivas e participativas; na identificação dos determinantes e condicionantes dos processos saúde e doença; e os riscos à saúde da população; além de realizar educação em saúde e orientação comunitária, a partir do cuidado longitudinal, integral e centrado na família, identificou-se na EPS um potente referencial teórico e prático de reorientação da construção do cuidado em saúde junto às pessoas com DCNTs.

Assim, delimitou-se como objetivo deste estudo: Identificar os princípios da educação popular presentes no cotidiano de atenção à saúde de profissionais da APS da Rocinha (RJ), BR junto às pessoas com DCNTs?

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa com profissionais da saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no bairro da Rocinha, município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), desenvolvida entre os meses de junho e outubro de 2023.

A escolha pelo bairro da Rocinha, Rio de Janeiro (RJ), BR, deve-se por sua característica populacional, considerada uma das maiores comunidades do país, com extrema diversidade e vulnerabilidade social, sendo o território no qual a autora principal do estudo desenvolveu a Residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Outro fator importante para a escolha do local da pesquisa se deve à característica de 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família <sup>13</sup> no território da Rocinha, representada por 03 UBS e 22 equipes de ESF.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: profissionais da saúde atuantes nas equipes das UBS do referido território, maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão utilizados contemplaram: profissionais da saúde de licença médica ou em período de férias, no momento da coleta de dados. Os participantes foram convidados, através de uma carta convite enviada ao *e-mail* institucional das UBS, solicitando a divulgação para os demais profissionais das equipes.

Para a coleta de dados desenvolveu-se um questionário, específico para esta pesquisa, pela plataforma *Google Forms* com 19 perguntas, sendo as 4 primeiras acerca da caracterização do participante e as demais relacionadas aos princípios descritos na PNEPS-SUS e como o profissional os identificam em seu cotidiano de atenção à saúde. Para perguntas objetivas, a tabulação dos dados ocorreu na plataforma Excel®, com apresentação da frequência simples das respostas.

No que tange às perguntas abertas, a análise dos dados ocorreu por meio da sistematização de conteúdo temático-categorial, como proposto por Oliveira <sup>14</sup>. As respostas dos participantes foram organizadas, a partir da plataforma Documentos Google®, na qual ocorreu a leitura exaustiva das mesmas. Posteriormente, selecionou-se as Unidades de Registro (UR) referentes ao objeto de estudo, por meio de frases, as quais foram agrupadas em Unidades de Significação (US), segundo os significados de cada UR. Devido ao objeto de pesquisa, identificou-se a necessidade da análise dos dados por princípios da EPS, constituindo-se categorias de análise pré selecionadas.

Esta pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob parecer: 5.995.713 e CAAE: 68327823.8.0000.5279, foi pautada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos participantes, os questionários receberam apenas a letra inicial da sua categoria profissional, sendo A: Agente Comunitário de Saúde, D: Dentista, E: Enfermeiro, M: Médico, RE: Residente de Enfermagem, RM: Residente de Medicina e T: Técnico de Enfermagem, seguido por número ordinal, conforme envio dos mesmos.

### **Resultados:**

Participaram 22 profissionais de saúde das 03 UBS, que compõem a APS do bairro da Rocinha. Dentre estes, 15 mulheres cis (68,2%) e 7 homens cis (31,8%), com idade variando entre 21 e 50 anos e média de 31 anos. Em relação ao tempo de atuação na ESF, observou-se uma média de 3 anos, com variação entre 6 meses a 15 anos.

Quanto a categoria profissional dos participantes, obteve-se: Agentes Comunitários de Saúde (n=3, 13,6%); Enfermeiros (n=7, 31,8%), Médicos (n=4, 18,2%), Técnicos de Enfermagem (n=1, 4,5%) e Dentista (n=1, 4,5%); bem como profissionais em processo de especialização como Residentes de Enfermagem (n=5, 22,7%) e Residentes de Medicina (n=1, 4,5%).

A pergunta “Você já ouviu falar sobre Educação Popular em Saúde?” obteve 18 participantes (81,8%) que consideram que já ouviram falar e 4 participantes (18,2%) que responderam “não” para o conhecimento sobre a temática. Por outro lado, quando questionados “Você conhece a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)?” 12 participantes assinalaram “sim” (54,5%), enquanto, 10 participantes (45,5%) assinalaram “não” para o conhecimento da política em apreço.

As perguntas seguintes relacionam os princípios da EPS com a aplicação prática profissional dos participantes, cabe ressaltar que os princípios tiveram sua definição explicitada conforme a PNEPS-SUS<sup>9</sup> antes de cada pergunta. Ilustra-se no quadro 1 as respostas em frequência simples.

Quadro 1 - Relação entre os princípios da EPS e sua aplicação na prática profissional dos participantes.

--

<b>Aplica esse princípio na sua prática profissional?</b>			
<b>Princípios da EPS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>ÀS VEZES</b>
Diálogo	19 (86,4%)	0	3 (13,6%)
Amorosidade	17 (77,3%)	0	5 (22,7%)
Problematização	12 (54,5%)	2 (9,1%)	8 (36,4%)
Construção Compartilhada do Conhecimento	16 (72,7%)	2 (9,1%)	4 (18,1%)
Emancipação	9 (40,9%)	4 (18,2%)	9 (40,9%)
Compromisso com a construção do projeto democrático e popular	11 (50%)	3 (13,6%)	8 (36,4%)

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro (RJ), 2024

Os dados apresentados no quadro 1 suscitam discussões acerca da familiarização dos participantes com a EPS e a PNEPS. Parece, ainda ocorrer, junto aos participantes desta pesquisa, o desconhecimento da referida política pública, a qual normatiza e propõe princípios para que a EPS seja implementada nos serviços de saúde. Aproximar a PNEPS-SUS do cotidiano de atenção à saúde é essencial na direção da oferta de um cuidado participativo entre o profissional de saúde, o usuário e a comunidade, até a gestão do serviço.

No tocante à percepção dos princípios da EPS na prática profissional dos participantes, destaca-se, os princípios diálogo, amorosidade e construção compartilhada do conhecimento como os princípios com maior frequência nas respostas.

A análise qualitativa, a partir das categorias pré-selecionadas, produziu o total de 39 US e 136 URs. Atenta-se que, por se tratar de um questionário remoto para a coleta de dados, as perguntas eram abertas, o que permitiu a não resposta de alguns dos participantes. Apresenta-se a discussão através dos princípios da EPS, os quais compuseram as categorias de análise pré-selecionadas.

### **Diálogo:**

Conforme a PNEPS-SUS, entende-se por diálogo

“Encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeito crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização”<sup>9</sup>.

Através da análise dos dados, pôde-se identificar a construção de 9 US voltadas ao referido princípio, as quais ilustram como o diálogo é incorporado na prática de atenção dos profissionais participantes da pesquisa. Para melhor visualização, as US foram exemplificadas através de UR que correspondem a seleção por meio de frases, a partir das respostas dos participantes, sendo o n representado pelo número de UR identificadas.

Como estratégia para incorporar este princípio no cotidiano de práticas dos profissionais, destaca-se US relacionadas à escuta ativa (n=3), clareza durante o diálogo (n=2), valorização de fatores como a individualidade e contexto de vida (n=4), bem como os saberes inerentes ao indivíduo (n=4).

*“Em uma consulta tanto de DM quanto HAS, temos uma escuta qualificada. Assim entendemos a crença de nossos pacientes e podemos criar uma consulta mais humanizada” RE2*

*“Ao dialogar com o usuário sob sua condição de saúde e perceber o que ele carrega como bagagem de vida e conhecimento e o que pode realizar para contribuir na melhora de sua qualidade de vida” E7*

*“Entender as possibilidades e vontades do usuário é fundamental para um cuidado de qualidade”. M2*

É imprescindível a valorização da subjetividade e vivências do indivíduo, com o objetivo de promover o cuidado humanizado e próximo da realidade que o permeia. Os estudos de Araújo et al<sup>12</sup> e Lima<sup>15</sup>, corroboram com essa compreensão ao afirmar que as pessoas adquirem conhecimentos no decorrer da vida e, diante disso, as práticas educativas em saúde, precisam valorizar essas experiências. Os autores acrescentam que, é preciso pensar a saúde da comunidade sob um espectro maior de dimensões, buscando equilíbrio entre a racionalidade científica e as experiências/saberes populares.

Nessa ótica, destaca-se a importância da reflexão quanto à descolonização da produção e reprodução do conhecimento científico dominante, subordinado às regras de cientificidade, que muitas vezes não se aproximam da realidade da população<sup>16</sup>.

No tocante às práticas populares e à necessidade de construção de práticas em saúde participativas e transformadoras, parece que o princípio do diálogo apresenta-se como a produção de sínteses entre os saberes da comunidade e os científicos tradicionais, sendo híbridos e produtores de saberes partilhados, muitas vezes invisibilizados ou não identificados<sup>17</sup>. Na presente pesquisa, parece ocorrer uma sensibilização dos profissionais de saúde quanto à escuta, à clareza e à valorização dos atores envolvidos, onde apenas 03 participantes indicaram que o diálogo, às vezes, está presente em seu cotidiano de atenção à saúde.

Identificou-se também US relacionadas ao diálogo como ferramenta para um cuidado compartilhado (n=2), através de um espaço de troca de experiências e saberes (n=5).

*“Na minha rotina de assistência [...] trocamos diálogo e experiências em como são nossos hábitos diários de alimentação, exercícios e etc. E com essa comunicação podemos trocar ideias sobre pequenos detalhes que podem fazer a diferença com relação ao cuidado” A1*

*“Em consultas com uso do Método Clínico Centrado na Pessoa são abordados os sentimentos, ideias e expectativas das pessoas atendidas em relação aos temas tratados, visando a construção de decisões compartilhadas” M1*

As respostas dos participantes trazem à discussão a importância da valorização dos saberes para um projeto de cuidados individualizado e construído de forma conjunta com o usuário. Tecer, em conjunto, um cuidado que dialogue com a realidade do usuário é essencial para se estabelecer projetos pactuados de mudanças de hábitos de vida, de promoção da saúde e prevenção de agravos<sup>18</sup>. No contexto das DCNTs, esse cuidado individualizado e compartilhado com o usuário é essencial para a produção do cuidado eficaz no manejo dos fatores de risco e, conseqüentemente, no panorama epidemiológico das condições crônicas.

Como espaços de produção de trocas dialógicas apresentadas pelos participantes, ressalta-se a importância de promover espaços seguros de diálogo, tais como: grupos educativos; atividades coletivas e territoriais; e reuniões de equipe (n=6).

*“Através de grupos educativos, ações no território, PSE (Programa Saúde na Escola) e ações multidisciplinares [...]” RE3*

*“Na reunião de equipe, conseguimos partilhar nossos saberes independente da categoria de trabalho, todas as opiniões são respeitadas e ouvidas pelo bem comum dos pacientes que são normalmente o tema principal das reuniões” E6*

As respostas dos participantes enfatizam a relevância de produzir espaços de diálogo que vão além dos consultórios, como as atividades coletivas que, segundo Araújo et al <sup>12</sup>, são estratégias que extrapolam a concepção de educação como aquisição de conhecimentos, mas avançam para o processo relacional e social. Um estudo realizado em uma UBS localizada em Maceió (AL), Brasil (BR), descreve a educação em grupo como espaço de compartilhamento de conhecimentos e troca de experiências entre pessoas com a mesma condição crônica, contribuindo para a identificação e o gerenciamento das barreiras para a prática do autocuidado <sup>19</sup>.

Destaca-se também a territorialização, diretriz da APS <sup>20</sup>, presente nas falas dos participantes, através de ações territoriais com o desenvolvimento de estratégias educativas e intersetoriais. O território e seus dispositivos são ferramentas potentes para a promoção da saúde; ações de trocas dialógicas; e identificação das necessidades e realidades de uma comunidade. Se aproximar do território se faz necessário, para compreender os fatores de risco modificáveis para as DCNTs, prevenção de agravos e promoção da saúde.

Destaca-se também, as falas dos participantes relacionadas às estratégias de uso de chás, como uma forma de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (n=2) para o cuidado com questões emocionais, acolhimento das tradições familiares e a valorização do bem estar psicológico dos usuários (n=2).

*“Na dialética sobre uso de chás e fitoterápicos para manutenção dos níveis emocionais para evitar estresses, crises de ansiedade e etc, que por consequência aumenta a pressão e níveis glicêmicos ( em diabéticos)” E2*

*“Um exemplo são as trocas que ocorrem na consulta sobre mudanças no estilo de vida ou nas orientações de higiene do sono, onde conversamos sobre o uso de chás de ervas, diminuição do uso de telas, e os usuários logo associam a tradições familiares sobre”*  
RE5

É interessante observar que o princípio do diálogo para os participantes é possível através da construção de espaços seguros, sejam estes dentro das unidades de saúde ou territoriais, perpassando os saberes populares difundidos na comunidade associados às tradições familiares. É necessário valorizar o conhecimento que foi historicamente e culturalmente cultivado pelos indivíduos e, por isso, representam um grande valor simbólico no seu cuidado.

Além disso, as trocas dialógicas entre profissional-usuário enriquecem simultaneamente tanto o usuário que se beneficia do equilíbrio entre a racionalidade científica e os saberes populares, quanto o profissional, pois a interação com o outro também é terapêutica, promovendo a reflexão e a constante reorientação do seu cuidado<sup>21</sup>.

## **Amorosidade**

O segundo princípio apresentado aos participantes da pesquisa refere-se à amorosidade, descrito como:

*“A ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas”<sup>9</sup>.*

A análise das respostas produziu 32 UR associadas em 8 US. Através das respostas dos participantes observou-se a preocupação com a humanização do cuidado (n=3), através da atenção à saúde pautada na empatia (n=6) e na criação de vínculo (n=3). Ressalta-se também a preocupação com o bem estar psicológico do usuário (n=6).

*“Esse conceito é fundamental. Esse conceito é aplicado no meu dia a dia por dar uma assistência humanizada, personalizada e de forma empática ao usuário e com responsabilidade. Essa qualidade muitas vezes faz a diferença na relação profissional X paciente criando um elo entre o cidadão tornando mais fácil ele criar confiança conosco e aderência a um tratamento de saúde proposto” A1*

*“Tratamento humanitário sabendo que cada indivíduo tem suas particularidades e dificuldades em relação a se expressar e falar de suas emoções, ouvir sem julgamento é o mínimo” T1*

*“Estabelecendo vínculo e afeto com o usuário, deixando com que ele se sinta à vontade para relatar suas inquietações, dificuldades e expectativas sobre o cuidado realizado” E7*

As URs demonstram a potencialidade da humanização no cuidado junto às pessoas com DCNTs. Conforme Ferreira et al <sup>22</sup>, o cuidado humanizado e a satisfação do usuário estão diretamente relacionados ao acolhimento dos profissionais de saúde, através de tecnologias leves, tais como: a escuta ativa, o diálogo coparticipativo, a empatia e o respeito.

Para Villar et al <sup>23</sup>, a relação entre o profissional de saúde e o usuário consiste na construção do vínculo de forma longitudinal e depende, dentre outros aspectos, da comunicação efetiva e do grau de confiabilidade. É através da humanização e da criação de vínculos que se fortalece a relação de confiança do usuário no profissional e, assim, pode-se observar melhorias nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde, além da melhoria em hábitos alimentares e na prática de atividade física <sup>23</sup>. Melhorias incondicionais quando pensamos na produção do cuidado junto às pessoas com DCNTs.

É importante trazer à discussão as respostas dos participantes, as quais enfatizam e reconhecem a subjetividade da pessoa como um fator imprescindível voltado à amorosidade. Assim como no princípio anterior, a valorização da individualidade (n=7) foi amplamente mencionada pelos participantes, conforme as URs a seguir:

*“Tento realizar uma consulta com máximo carinho e atenção. Entender contexto de vida do sujeito” RE2*

*“Através da compreensão, livre de julgamentos, da realidade do usuário, suas possibilidades e dificuldades. Respeitando seus saberes, suas crenças, suas opiniões e adaptando as recomendações, prescrições e cuidados à realidade daquele usuário” RE3*

*“Quando converso com o paciente migrante oriundo do nordeste sobre a necessidade da diminuição da ingestão de farinha e o mesmo relatar a importância cultural e sentimental desse alimento para ele. E a partir disso, criamos um meio termo relacionado ao uso reduzindo seu dano” E2*

Nas respostas dos participantes foi possível identificar que, no manejo das DCNTs, precisa-se levar em consideração a perspectiva da pessoa, uma vez que ele está inserido em um meio social, econômico e cultural; sendo necessário uma abordagem profissional em suas singularidades <sup>21, 23</sup>. Além disso, a valorização da individualidade e dos saberes das pessoas também as aproximam do seu próprio processo de cuidado, saindo da posição de pacientes para agente ativo da sua saúde.

Ressalta-se as ferramentas apresentadas pelos participantes para o desenvolvimento de ações de cuidado pautadas no princípio da amorosidade, tais como, a escuta ativa (n=4) e os grupos coletivos (n=1).

*“No PSE é um exemplo da ampliação do diálogo, tanto entre os profissionais envolvidos e principalmente na adaptação do diálogo para atingir o objetivo estabelecido” E6*

*“Esse conceito se aplica principalmente através da escuta ativa do usuário e através da abordagem dos fatores psicossociais por trás das doenças crônicas”. E4*

*“Proporcionando uma escuta sobre o estado em que paciente se encontra, deixando com que ele tenha a voz”. E5*

Pode-se identificar, na análise da categoria relacionada ao princípio da amorosidade, que este foi identificado na prática dos profissionais conforme àquele descrito na PNEPS através da prática de cuidado que perpassa pela empatia e sensibilização do profissional à subjetividade das pessoas. Percebeu-se a evidência na humanização do cuidado e no fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário,

potencializando a confiança e as trocas realizadas vivenciadas pelos participantes desta pesquisa em seu cotidiano profissional.

No contexto das DCNTs, por se tratar de condições crônicas, que acompanham o usuário por um longo período, se faz necessário reforçar a importância da longitudinalidade do cuidado e do fortalecimento do vínculo para melhor adesão do usuário e manejo da qualidade de vida.

## **Problematização**

Segundo a PNEPS-SUS<sup>9</sup>, a definição de problematização refere-se à:

“Implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade”.

Esse princípio contabilizou 22 UR na construção de 08 US e guiou uma importante discussão acerca da visibilidade aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (n=6), os quais interferem diretamente no bem estar das pessoas com DCNTs. Observa-se através das URs, a seguir.

*“Através do esclarecimento, de maneira acessível, sobre a origem e as repercussões de determinado agravo ou hábito, dentre outros fatores biológicos e sociais que determinam a relação saúde-doença do indivíduo, família e comunidade.” RE3*

*“Para elaboração de estratégias [...] considerando as determinações sociais do território e os determinantes que o circulam” E2*

Destaca-se a apresentação de um profissional acerca da problematização do termo “mudanças de hábitos de vida”, muito difundido no cuidado dos profissionais, ao se considerar as condições de vida que atravessam o cotidiano das pessoas com DCNTs.

*“Na compreensão de que conceitos muito difundidos nos cuidados crônicos — como o de “mudança do estilo de vida” — são frequentemente baseados em abordagens individualistas e irrealis — neste exemplo, seria mais apropriado falar em “mudança das condições de vida”; a possibilidade de mudança de alimentação, grau de atividade física e*

O conceito de DSS, segundo Broch <sup>24</sup>, atrela-se a um conjunto de fatores de diferentes esferas do cotidiano de um indivíduo, que atravessam o seu processo de saúde e doença, tais como: sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. No tocante à problematização da promoção da saúde, é necessário que o cuidado do profissional leve em consideração os diferentes tipos de determinantes que cercam o indivíduo, para que suas ações sejam condizentes com a realidade na qual a pessoa vive.

Cabe ressaltar que as DCNT são condições diretamente atreladas às condições de vida. Todavia, estes fatores são determinados pelo acesso aos bens e serviços públicos; garantia de direitos; informação; emprego e renda; e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde <sup>3</sup>. Por isso, para se pensar em promoção da saúde e sua problematização no processo saúde-doença-cuidado, é necessário investimento em políticas públicas em outros setores da política social, como assistência social, educação, habitação, entre outros <sup>25</sup>.

Existem fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT, tais como, o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação não saudável e a inatividade física, os quais podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde <sup>3</sup>.

É através destes fatores de risco modificáveis que o profissional de saúde da APS pode atuar diretamente para prevenir o adoecimento e evitar agravos, traçando um plano de cuidados condizente com a realidade e a possibilidade de cada pessoa. Trata-se de uma partilha do cuidado, do apoio. Para isso, é necessário incluir as pessoas com DCNT no seu processo de cuidado, como observado na fala dos participantes relacionada à reflexão quanto ao próprio cuidado (n=2) e a problematização sobre a sua condição de saúde (n=3).

*“Quando conversamos sobre a doença em questão e problematizamos o mesmo, partilhando o cuidado, fazendo a pessoa que convive com a doença entender a sua responsabilidade no seu próprio cuidado” E6*

*É importante fazer o usuário refletir e apoiá-lo nesse processo. M2*

*“Acredito que esse conceito esteja muito presente nas trocas que temos com os usuários ao falarmos sobre hábitos de vida e também ao conscientizarmos os pacientes sobre alguma condição que eles têm e que podem ter consequências caso não cuidem devidamente”*

*RM1*

Ao identificar a resposta dos participantes, observou-se a potência das trocas dialógicas no empoderamento das pessoas com DCNTs, a partir da reflexão sobre os hábitos de vida; e sua influência na saúde e no bem-estar. Contudo, percebeu-se ainda, a ideia da necessidade de “conscientizarmos o paciente”, remetendo a relações verticalizadas do saber, no qual o profissional de saúde se encontra na posição de detentor do conhecimento, havendo pouco espaço para a construção de processos educativos dialógicos e participativos, fundamentados na EPS <sup>26</sup>.

Infere-se que, o princípio da problematização, é presente no cotidiano de atenção à saúde dos profissionais participantes desta pesquisa, através da análise crítica dos DSS, os quais influenciam o processo saúde-doença-cuidado das pessoas com DCNTs. É importante destacar o movimento de afastamento do modelo biomédico, ainda que vagaroso, para um modelo sanitário que possui o enfoque nos DSS; e seu impacto na saúde individual e coletiva. Todavia, se faz necessário que esse diálogo seja realizado de forma conjunta com os usuários, de maneira a incentivar o pensamento crítico e, assim, maior autonomia no que tange às suas condições de vida, suas escolhas e sua saúde.

### **Construção compartilhada do conhecimento**

Tem-se como definição do princípio, segundo a PNEPS-SUS:

“Consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas”  
<sup>9</sup>.

Durante a análise dos dados, selecionou-se 22 UR e construiu-se 06 US, a partir dos sentidos das respostas dos participantes. A construção compartilhada do

conhecimento foi relacionada à presença de espaços coletivos no cotidiano de atenção dos profissionais, tendo por exemplo o colegiado gestor, grupos educativos e atividades coletivas, reuniões de equipe para discussão da organização do serviço de saúde e educação permanente (n=4) e demais espaços que promovam trocas dialógicas (n=5). Conforme observado nas URs, a seguir:

*“Por meio do colegiado gestor da unidade. No qual, discutimos atividades da clínica que foram, estão e serão empregadas com o olhar de diversos entes da comunidade” E2*

*“Principalmente através de atividades coletivas, onde usuários com condições semelhantes, familiares, amigos e profissionais podem trocar saberes, experiências e recomendações. [...] É imprescindível a participação livre, aberta e livre de julgamentos dos usuários” RE3*

*“Acho que esse conceito está muito presente principalmente nos grupos que temos na unidade, como o de mulheres, de homens, de saúde mental, de gestantes e de adolescentes” RM1*

A aproximação do usuário nas atividades coletivas das equipes de saúde é uma ferramenta extremamente importante para a construção de processos de trabalho colaborativos e compartilhamento de saberes entre os diferentes atores sociais. Nessa perspectiva, destaca-se a resposta que menciona o colegiado gestor e seus diversos olhares no cotidiano da unidade de saúde, como uma estratégia de democratização da gestão, discutindo os processos de trabalho e ampliando o grau de transversalização na trama do cuidado em saúde <sup>27</sup>.

Incluir membros da comunidade no processo de gestão participativa é ideal para levantar as reais necessidades do território, sob a ótica dos que estão inseridos no contexto. A partir disso, pode-se traçar ações estratégicas condizentes com a realidade local e eficazes para os principais problemas propostos nesses encontros.

As atividades coletivas apontadas pelos participantes também têm o potencial de coletivizar os saberes e as práticas em saúde. Um estudo sobre grupos educativos de pessoas convivendo com Hipertensão e Diabetes no Estado de João Pessoa (PB), BR, demonstrou que o espaço relacional e de cuidado permeado pelo diálogo entre os moradores da comunidade e os profissionais de saúde promove a valorização das

histórias de vida das pessoas, a incorporação das experiências na convivência com a hipertensão e diabetes e, conseqüentemente, suas impressões acerca dos aprendizados e desafios do viver com essas condições <sup>11</sup>.

Cabe à discussão também, a percepção pelos participantes deste princípio enquanto ferramenta para a garantia da autonomia (n=2) e decisão compartilhada do cuidado (n=5), através da valorização dos diferentes saberes (n=2).

*“Troca de saberes faz com que o usuário se sinta valorizado, fortalece o vínculo, colabora com a competência cultural e enriquece a experiência profissional” M2*

*“Fazendo com que esse paciente se torne co autor do cuidado de sua condição, não depositando apenas o seu tratamento no serviço de saúde através de seus profissionais e medicamentos” E5*

*“Através da escuta ativa e de uma conversa inicial, conseguimos entender um pouco como a pessoa se comunica, e assim traço um plano de cuidado de acordo com o usuário” RE5*

Nessa perspectiva, a construção compartilhada do conhecimento, apresenta o autocuidado apoiado como estratégia de corresponsabilização e autonomia do usuário, família e comunidade. Têm-se o apoio contínuo da equipe multiprofissional de saúde, por meio do uso de diversas metodologias e estratégias centradas nas demandas e necessidades apresentadas pelos indivíduos <sup>28, 29</sup>.

*“Por exemplo, não adianta entregar para o paciente vivendo com HAS e analfabeto todos os pedidos de exames de uma vez só e um receituário de 3 páginas. É necessário pedir o apoio do acs para organização desse cuidado, organizar a medicação de forma acessível e uso de figuras/adesivos/cores/etc, pactuar retorno para consultas e exames de forma facilidade, explicando o que será feito em qual dia, identificar os pedidos de exames com cores ou símbolos para que o usuário saiba qual trazer” RE5*

A construção compartilhada do conhecimento foi identificada, como princípio da EPS, no cotidiano de atenção à saúde dos participantes, através de atividades coletivas que promovem a transversalização dos saberes e o fortalecimento das relações interpessoais; além dos espaços de gestão democrática nos processos de trabalho e tomada de decisão da unidade.

## Emancipação

O princípio de emancipação apresenta-se, segundo a PNEPS-SUS<sup>9</sup>, como:

“Processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento”.

As respostas dos participantes constituíram 4 US, a partir de 12 UR selecionadas na análise dos dados e perpassam descrições outrora discutidas nos demais princípios, como a autonomia (n=5) e o empoderamento do usuário (n=4). Trata-se da categoria com menor número de UR identificadas, a partir da análise das respostas dos participantes. O que pode apresentar a dificuldade dos participantes em identificar a efetividade deste princípio em sua prática cotidiana profissional.

*“Fazer a pessoa se ver como protagonista do próprio cuidado e agente ativo do seu desenvolvimento” M2*

*“Tento fornecer autonomia aos pacientes em todas as consultas, orientando, ensinando, tirando dúvidas, explicando cada detalhe do seu cuidado que talvez seja ainda algo de difícil entendimento” RE5*

Cabe situar à prática profissional na APS no contexto das inquietações que constituem as práticas em saúde e na própria sociedade, as quais demarcam a necessidade de transformação social e política, a partir da compreensão da determinação social do processo saúde-doença e da superação do modelo biomédico<sup>24</sup>. A seguinte UR apresenta à discussão a dificuldade do profissional de saúde em identificar a emancipação, a transformação social e avançar nos diferentes DSS em sua prática cotidiana.

*“Gostaria muito de alcançar isso, mas acho que estamos longe dessa “emancipação”. E o adoecimento das pessoas se conecta diretamente a esses*

*determinantes sociais de saúde. Acho difícil e muitas vezes me sinto impotente para agir sobre essas questões enquanto profissional de saúde” RM1*

A partir das respostas dos participantes percebeu-se que o princípio da emancipação está restrito às práticas voltadas à área da saúde, em orientações sobre sua condição de saúde e seu protagonismo no cuidado. Para Lima <sup>15</sup>, é necessário promover o debate sobre os aspectos sócio-histórico-culturais que atravessam o processo de saúde-doença, pois quando superamos a lógica da individualização do sofrimento e da responsabilização individual pelo enfrentamento dessa condição, atingimos o ponto crucial para desenvolvermos ações em saúde com maior potencial para promoção da cidadania e emancipação dos sujeitos.

### **Compromisso com a construção do projeto democrático e popular**

Na PNEPS o princípio relacionado ao compromisso com a construção do projeto democrático e popular apresenta-se como:

“É a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados” <sup>9</sup>.

A análise deste princípio resultou na identificação de 19 UR, constituindo 05 US. Observou-se como espaços de desenvolvimento do referido princípio, o colegiado gestor (n=4) como importante estratégia de participação popular e discussão de melhorias durante o cotidiano de atuação dos participantes desta pesquisa.

*“Estimulando presença no colegiado gestor (como por exemplo) e em demais formas de luta quanto a melhoria de saúde e nas demais atividades em grupos que não sejam somente voltados à questão saúde-doença” E7*

As UR analisadas neste princípio foram fundamentadas em discussões políticas, com o objetivo de promover a participação política do usuário (n=3), de modo a fortalecer seu empoderamento e emancipação.

*“Nesse caso o trabalho ainda é de formiguinha, nos atendimentos individuais trabalho tentando sempre fortalecer a consciência social dos pacientes, não nos calando diante da homofobia, machismo, racismo, xenofobia e partilhando nossos conhecimentos sobre os seus direitos” E6*

*“Orientando sobre seus direitos como usuários do SUS” RE5*

*“Acredito que através da interação com o território de maneira ativa, e promovendo o empoderamento e autonomia do indivíduo, família e comunidade, os profissionais estejam fortalecendo esse princípio” RE3*

A EPS é uma opção política que favorece a formação da consciência crítica dos movimentos e grupos populares na perspectiva da luta política e transformação social<sup>17</sup>. Apoiar a transformação do indivíduo em um ser político requer ser participante ativo na transformação do mundo e da sua história, capazes<sup>30</sup>. Entende-se que, a EPS traz a reorientação das práticas de cuidado que muitas vezes são baseadas no modelo queixa/conduta, para um modelo que incentiva os movimentos populares e a participação política dos atores envolvidos no processo saúde-doença-cuidado.

Todavia, alguns participantes relataram a dificuldade de implementar esse princípio na prática assistencial, conforme observa-se nas UR, a seguir:

*“Porém, em muitas das vezes, a rotina do serviço acaba por afogar as equipes em burocracias e demandas, e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular fique, de maneira errada, em segundo plano” RE3*

*“Achei esse conceito, assim como o quinto, muito amplo e distante da realidade do dia a dia” RM1*

A análise desenvolvida nesta categoria, ao evidenciar o referido princípio da EPS no cotidiano dos profissionais da ESF e as dificuldades de sua identificação, possibilitou refletir sobre a necessidade de avançar na produção de espaços populares e políticos para discussão e construção de um projeto democrático, o qual envolve na construção da saúde, a necessidade de lutar por políticas públicas e melhoria nas iniquidades em saúde. O cuidado que dialoga apenas com o foco na doença e prevenção de agravos deixa de lado um fator imprescindível que atravessa a saúde dos usuários, pois para além de portadora de DCNTs, o indivíduo é um ser social e político.

### **Considerações Finais**

Esta pesquisa atingiu o objetivo ao analisar os princípios da EPS presentes no cotidiano de profissionais de saúde da APS junto às pessoas com DCNTs. Pôde-se identificar que a maioria (81,8%) dos participantes refere conhecer a EPS, porém grande parte (45,5%) desconhece a presença de uma política pública nacional com princípios que propõem a reorientação das práticas de cuidado e, dessa forma, do modelo sanitário que ainda possui um viés extremamente biomédico.

Os princípios de diálogo, amorosidade e problematização presentes nas respostas dos participantes dialogam com os conceitos explicitados na PNEPS-SUS e relacionam-se com a assistência com foco no usuário e na valorização dos seus saberes, competências culturais e individualidade. Percebeu-se pelas respostas dos participantes a preocupação com a construção coletiva dos processos de cuidado, através de tecnologias leves como a escuta ativa, a empatia e as trocas dialógicas; e metodologias como as atividades coletivas e os grupos educativos.

A valorização da subjetividade dos indivíduos fortalece o vínculo com o profissional e, conseqüentemente, aumenta a adesão do usuário aos cuidados traçados em conjunto. Por se tratar de condições crônicas, a relação entre o profissional/usuário e a longitudinalidade do cuidado, se fazem ferramentas potentes para melhores desfechos na saúde dos indivíduos.

O estudo também pôde identificar o empenho em elaborar processos de cuidado compartilhados com o usuário, levando em consideração sua realidade, possibilidades e limitações. Considerando os fatores de risco para DCNT associados a hábitos alimentares e comportamentais, alinhar o conhecimento científico com a

realidade da população é necessário para que as ações estratégicas de promoção à saúde para evitar a exposição aos fatores de risco sejam eficazes.

Os princípios relacionados à mobilização política, tais como, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular ainda demonstram um certo afastamento desses princípios na prática profissional da APS. Há uma dificuldade relatada no cotidiano dos profissionais em conciliar as demandas assistenciais do dia a dia com a elaboração de espaços que promovam a discussão social e política dos sujeitos.

Entende-se que a EPS, enquanto fundamentação teórica, metodológica e prática, a qual inova a forma de se pensar a relação saúde-doença-cuidado é uma importante aliada no manejo das DCNT, que se configura como um importante problema de saúde pública no BR, e na promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Deste modo, atenta-se para a necessidade de demais estudos que provoquem a reflexão dos profissionais, usuários e gestores sobre a EPS, além da necessidade de construção e incentivo ao uso de tecnologias leves que sensibilizem quanto a potencialidade desta prática no cuidado às pessoas com DCNT.

Esta pesquisa apresentou limitações no que se refere ao estudo em um bairro do município do estado Rio de Janeiro (RJ), o que dificulta a generalização dos achados para outros contextos sociais. Todavia, a resposta dos participantes possibilitou a construção de um material técnico que aproxima e sensibiliza os profissionais da APS quanto aos princípios da EPS.

## **Referências**

1. Malta DC, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Moura L de, Prado RR do, Souza M de FM de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev bras epidemiol [Internet]. 2019;22:e190030.
2. Simões TC, Meira KC, Santos J dos, Câmara DCP. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021. Sep;26(9):3991–4006.
3. Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
4. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
8. Gama CAP da, Bicalho JMF, Dupin TO, Fonseca P da C, Dias MEL, Moreira MFE. Estratégia de saúde da família e adesão ao tratamento do diabetes: fatores facilitadores. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2022 May 18;45(1):11–35.
9. Portaria Nº 2.761, De 19 De Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília - DF. 2013.
10. Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. Cinergis. 2016 Oct 18;18(1).
11. Cruz P, Virmes D, Leitão MH, Araújo R. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: Caminhos e aprendizados com base em uma experiência. Revista de APS. 2019 Jan 30;21(3).
12. Araújo RS, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP de, Pereira EAA de L, Nascimento BGS, Mélo CT de. Educação popular na atenção primária à saúde: sistematização de experiências com grupos comunitários de promoção da saúde. Revista Conexão UEPG [Internet]. 2021;17(1):1–22.
13. Pinto LF, Harzheim E, Hauser L, D'Avila OP, Gonçalves MR, Travassos P, et al.. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017Mar;22(3):771–81.
14. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev enferm UERJ [Internet]. 2008 Oct [cited 2024 Jan 9];16(4):569–76.
15. Lima, RS. A orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde e sua relação dialógica com os princípios da educação popular em saúde: uma proposta para ampliação do debate conceitual no contexto brasileiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2022.
16. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200190.
17. Acioli S. Radicalizar as práticas de Educação Popular e Saúde. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200536.
18. França MVS, Souza MVC. A Educação popular em saúde na Atenção Primária: uma revisão de literatura. Rev. APS [Internet]. 1º de junho de 2021;23.

19. Hupsel, ACOLP. Estratégia de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários da UBS José Araújo Silva [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maceió:Universidade Federal de Alagoas; 2022.
20. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF. 2017.
21. Gomes LB, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014;18:1427–40.
22. Ferreira ER, Araújo FGL, Gomes MLS, Sampaio SM de M, Souza AKP de, Sousa DHAV de, et al. A humanização do atendimento na atenção primária à saúde. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2022 Jan 24;5(1):1680–93.
23. Villar NPG, Stoco ALRC, Leporace AC, Teodoro B de A, Costa IG, Azevedo KA de, Silva LGV da, Figueiredo R de O. A importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis. REAC [Internet]. 3jun.2021 ;27:e7103.
24. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Social determinants of health and community health agent work. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03558.
25. Vieira FS. Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? Saúde em Debate. 2020 Dec;44(127):947–61.
26. Spohr F da S, Dalsotto MPB, Correa Y. Educação Popular e Pedagogia Crítica: os princípios pedagógicos freireanos na formação de Educadores Populares em Saúde. Praxis Educativa. 2021;16:1–19.
27. Filho HFP, Lima RRT de. Gestão participativa em unidades básicas de saúde: uma proposta para reinventar o trabalho em saúde. Research, Society and Development. 2020 Jan 1;9(1):e175911872.
28. Silva IS da, Silva AP da, Silva TKS, Silva DM dos S, Farias HSL, Ribeiro CD, et al. Grupo de autocuidado apoiado para portadores de doenças crônicas na atenção primária à saúde: Um relato de experiência. Brazilian Journal of Development. 2020;6(7):51920–30.
29. Vieira SM. Autocuidado apoiado entre pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cuité (PB): Universidade Federal de Campina Grande; 2023.
30. Maciel KF. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. Educ. em Perspec. [Internet]. 9º de maio de 2012. 2(2).