

**Promoção da saúde em um aglomerado urbano subnormal assistido por equipes da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência**

**Health promotion in a subnormal urban cluster assisted by Family Health Strategy teams: an experience report**

**Silvia Pereira da Silva de Carvalho Melo**

Nutricionista. Mestre e Doutoranda em Saúde Pública - Instituto Aggeu Magalhães; Fundação Oswaldo Cruz, IAM/FIOCRUZ. Recife-PE.

E-mail: silviaps2008@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8162-1743

**Adagmar Letânia da Silva**

Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. UNIMED. Recife-PE.

E-mail: dagfono@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0002-6185-8196

**Maria Andressa Gomes Barbosa**

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública - Instituto Aggeu Magalhães; Fundação Oswaldo Cruz. IAM/FIOCRUZ. Recife-PE.

E-mail: andressa.gomes2009@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-5297-7134

**Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz**

Enfermeira. Doutora em Saúde Materno Infantil - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Universidade Regional do Cariri/URCA. Crato-CE.

E-mail: rachel.callou@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-4596-313X

**Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto**

Farmacêutica. Doutora em Saúde Pública - Instituto Aggeu Magalhães; Fundação Oswaldo Cruz, IAM/FIOCRUZ. Recife-PE.

E-mail: nellysbarreto@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3667-7676

**Isabelle Cristina da Silva Santos Britto Alves**

Bióloga. Mestre em Saúde Pública - Instituto Aggeu Magalhães; Fundação Oswaldo Cruz, IAM/FIOCRUZ. Recife-PE.

E-mail: isabella.santos2008@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-7261-4480

**Juliana Alves da Silva**

Assistente Social. Especialista em Saúde da Família - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social, Recife-PE.

E-mail: julianasocial@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4625-4738

**Anete Rissin**

Nutricionista. Doutora em Saúde Materno Infantil - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, PE.

E-mail: arissin@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2135-177X

**Resumo**

**Objetivo:** Descrever a experiência de atividades de promoção da saúde desenvolvidas com usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família em um aglomerado urbano subnormal de Recife, Pernambuco. **Método:** Os encontros do grupo foram conduzidos por uma equipe multiprofissional de residentes em parceria com profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família. A frequência foi mensal e ocorreu no período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014. **Resultados:** O grupo contou com, aproximadamente, 20 integrantes, a maioria era do sexo feminino (96%), com média de idade de 44,6 anos. Dentre as temáticas abordadas destacaram-se: alimentação saudável, prática de atividade física e manejo do estresse. **Considerações finais:** As intervenções grupais contribuíram

para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde e usuários, repercutindo positivamente na saúde da população assistida. Destaca-se a relevância de reproduzir tal experiência em outras equipes da Estratégia Saúde da Família, especialmente em comunidades socialmente vulneráveis, como os aglomerados urbanos subnormais, tendo em vista que essas populações tendem a ter maus hábitos alimentares e estão mais expostas ao processo de adoecimento.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Saúde da comunidade.

### **Abstract**

**Objective:** To describe the experience of health promotion activities developed with users assisted by the Family Health Strategy in a subnormal urban cluster in Recife, Pernambuco. **Method:** The group meetings were conducted by a multidisciplinary team of residents in partnership with professionals from the Family Health Strategy team. The frequency was monthly and occurred from December 2013 to December 2014. **Results:** The group had approximately 20 members, most of whom were female (96%), with an average age of 44.6 years. Among the themes addressed, the following stood out: healthy eating, physical activity and stress management. **Final considerations:** Group interventions contributed to the strengthening of bonds between health professionals and users, with a positive impact on the health of the assisted population. The relevance of reproducing this experience in other teams of the Family Health Strategy is highlighted, especially in socially vulnerable communities, such as subnormal urban clusters, given that these populations tend to have poor eating habits and are more exposed to the disease process.

**Keywords:** Primary health care; Health education; Community health.

### **Introdução**

dos. Mudanças do perfil nutricional e epidemiológico vêm ocorrendo no Brasil e se caracterizam pela superposição do modelo hegemônico de processos infecciosos e doenças carenciais pela emergência epidêmica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica e a obesidade. Essas morbidades compõem um mosaico de agravos da população brasileira e têm despertado as autoridades governamentais para a necessidade de políticas públicas que respondam às questões advindas desse complexo cenário, sobretudo nas populações mais vulneráveis.<sup>1,2</sup>

Pesquisas têm evidenciado que as DCNT afetam, em maior proporção, as populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis aos riscos, bem como por terem menos acesso aos serviços básicos e de saúde, às práticas de promoção da saúde e de prevenção das doenças.<sup>3,4</sup> Estudo realizado em uma área urbana de pobreza, em Recife, demonstrou elevada prevalência de DCNT (56,7%) e maus hábitos alimentares na população estudada.<sup>5</sup>

Em 2016, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 74% dos óbitos no país.<sup>6</sup> As prevalências dessas doenças vêm aumentando em decorrência, principalmente, de alterações no padrão alimentar e nos hábitos de vida das populações, que incluem o aumento do consumo de alimentos industrializados, com grande densidade energética, altas concentrações de açúcar, gordura saturada e sódio aliados ao sedentarismo, dentre outros.<sup>7</sup>

Uma das intervenções possíveis no acompanhamento da evolução ou prevenção de doenças é o uso de metodologias ativas no desenvolvimento de ações grupais voltadas a portadores e seus

familiares no âmbito da educação em saúde.<sup>8,9</sup> A prática de processos educativos nos serviços de saúde tem sido constantemente desenvolvida com o objetivo de aproximar os profissionais à realidade e às necessidades coletivas.<sup>10</sup>

Não obstante, observa-se que no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, as atividades grupais são realizadas por meio de práticas coletivas com a finalidade de trabalhar informações sobre a doença, mas com reduzida expressão educativa e participativa e baixo empoderamento dos indivíduos e da comunidade acerca de possíveis intervenções para o controle e/ou melhoria do problema.<sup>10</sup> Nessa conjuntura, as práticas de promoção da saúde precisam ser compreendidas do ponto de vista da relação entre o saber e o fazer, ou na perspectiva da inter-relação entre teoria e prática, remetendo-se, sobretudo, a uma perspectiva política e crítica, dando lugar privilegiado aos sentidos da palavra 'reflexão' e a expressões como 'reflexão crítica' e 'reflexão emancipatória'.<sup>11</sup>

No sentido de fortalecer essas atividades na Estratégia Saúde da Família (ESF), as residências multiprofissionais fazem parte do processo de educação permanente em saúde e possibilitam a efetivação de práticas de trabalho de forma integral e resolutive e a mudança no modelo tecnoassistencial, a partir dos determinantes e condicionantes da saúde individuais e coletivos e sua interação com a política de educação.<sup>12,13</sup>

Dessa forma, nota-se a necessidade de estratégias que incluam a promoção da saúde para o desenvolvimento de estilo de vida ativo, sobretudo em populações vulneráveis como os aglomerados urbanos subnormais, incentivando ao empoderamento do cuidado da sua própria saúde.

É oportuno considerar que 11 milhões de pessoas moram em áreas faveladas no país, representando cerca de 6% da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o termo “favela” é conceituado atualmente como aglomerado urbano subnormal, termo ainda pouco conhecido, que consiste em áreas “dispostas de forma desordenada, densa e carente, em sua maioria, de serviços públicos essenciais”. Caracterizadas, ainda, por serem comunidades socialmente vulnerabilizadas, com um espaço de trabalho instável, baixa renda individual e familiar, ocupações informais, moradias insalubres, condições precárias de saneamento, falta ou insuficiência de serviços de saúde, de educação e de segurança pública.<sup>14</sup>

Diante do exposto, o presente estudo objetivou descrever a experiência de atividades de promoção da saúde desenvolvidas com usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família em um aglomerado urbano subnormal de Recife, Pernambuco.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no aglomerado urbano subnormal denominado Caranguejo Tabaiaras, em Recife, Pernambuco. A referida comunidade possui uma área territorial de 7,4 hectares e uma população de aproximadamente 14 mil habitantes.<sup>15</sup>

As atividades foram desenvolvidas por uma equipe multiprofissional de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), composta por enfermeira, cirurgiã-dentista, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social e psicólogo; com apoio das duas equipes da ESF que compunham a UBS Caranguejo - Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros,

médicos e cirurgiã-dentista. Dessa forma, cada profissional pôde contribuir com conhecimentos teóricos e práticos advindos de seus núcleos de saberes para o campo multidisciplinar.

Inicialmente, os residentes realizaram o diagnóstico dos principais problemas de saúde da população da área adscrita, em parceria com os ACS, por meio de um questionário estruturado. Foram coletadas informações autorreferidas sobre a presença de DCNT, perfil alimentar e estilo de vida. O perfil alimentar foi investigado mediante um questionário de consumo semanal utilizado pelo Ministério da Saúde.<sup>16</sup>

Posteriormente, houve reunião dos residentes com a equipe da ESF, a fim de expor e discutir os resultados encontrados no diagnóstico. Observou-se expressivo percentual de DCNT e de maus hábitos alimentares na população estudada, o que resultou na proposta e criação do grupo “Vida Saudável”, a fim de sensibilizar os integrantes para adoção de um estilo de vida mais saudável. O critério para participar do grupo foi apresentar diagnóstico de DCNT ou possuir maus hábitos alimentares. Para avaliação da qualidade dos hábitos alimentares, adotou-se como referência os “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável” do Guia Alimentar para população Brasileira.<sup>17</sup>

Durante o planejamento das ações do grupo foram realizadas visitas aos domicílios pelos residentes e ACS da área, onde foi apresentada a proposta e foi entregue o convite para o primeiro encontro do “Vida Saudável” na UBS. Os sete ACS pertencentes à equipe da ESF encarregaram-se de entregar dez convites em suas respectivas áreas adscritas, totalizando 70 convites. Após o primeiro encontro, os demais convites foram entregues pelos ACS de cada área com uma semana de antecedência da data marcada para a reunião seguinte.

As atividades do grupo ocorreram no período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014, com reuniões mensais e duração média de uma hora e trinta minutos cada. Ocorriam, geralmente, no período da tarde, às 14 horas, sendo conduzidas pelos residentes multiprofissionais. O grupo teve início com oito participantes, contudo como era aberto à participação de novos integrantes, desde que respeitados os critérios de inclusão, terminou com um total de aproximadamente 20 integrantes, sendo que a quantidade de indivíduos em cada encontro variava entre oito a dez pessoas. No primeiro encontro do grupo, foram coletados nome, idade e ACS da área adscrita de cada usuário.

As temáticas abordadas foram definidas conforme o interesse dos participantes e os temas trabalhados foram: alimentação saudável, atividade física, manejo do estresse, DCNT (diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade) e nutrição, rótulos de alimentos, temperos naturais, pirâmide alimentar e receitas saudáveis. Foram utilizadas metodologias participativas como rodas de conversa, dinâmicas, oficinas culinárias e dramatizações.

A fim de controlar a frequência dos usuários nas atividades, ao término de cada encontro, eles assinavam uma ata. Ao serem observadas mais de duas faltas, o ACS responsável pela área realizava visita domiciliar para saber o motivo e estimular o retorno.

Todas as atividades foram registradas em um diário de campo dos residentes, bem como elaboradas fichas com os dados de todos os participantes e materiais educativos utilizados nas reuniões, os quais foram disponibilizados à UBS na intenção de que a próxima equipe de residentes pudesse dar continuidade ao projeto.

## **Resultados e Discussão**

Em relação à comunidade Caranguejo Tabaiães, o acesso ao saneamento básico no território era precário. Mais da metade da população não dispunha de água ofertada pela rede geral (67%) e estava exposta ao esgoto a céu aberto (60%). Um terço das residências situavam-se em áreas de risco de alagamentos.<sup>15</sup>

Foram realizados 12 encontros com o grupo “Vida Saudável”, com aproximadamente 20 integrantes da comunidade, com predominância do sexo feminino (96%) e média de idade de 44,6 anos. No primeiro encontro, questionou-se sobre a motivação dos indivíduos em participar do grupo, os quais mostraram-se bem instigados para com as interações. Em roda de conversa, foi discutida a importância de uma alimentação saudável, momento oportuno em que os integrantes puderam relatar sobre sua alimentação. Na ocasião, emergiram muitos relatos de maus hábitos alimentares individuais e familiares. Em seguida, foi feito um contrato de convivência para traçar as diretrizes para o relacionamento entre os integrantes e, por fim, foram realizadas atividades de relaxamento.

A parceria com os ACS na busca contínua e estímulo dos usuários foi de extrema importância para a continuidade do projeto e o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e participantes. A literatura aponta que o ACS é considerado o elo entre os profissionais da ESF e a comunidade, uma vez que reside na área onde atua, conhece e convive com a realidade local. Este assume a responsabilidade de levantar as necessidades de saúde do ambiente onde reside e junto com a equipe multiprofissional busca medidas de intervenção voltadas à melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde da população sob sua responsabilidade.<sup>18</sup>

Ao término de cada reunião, foram entregues folhetos ilustrativos com recomendações e orientações de acordo com cada tema abordado, a fim de auxiliar na fixação do conhecimento adquirido e formar agentes ativos no compartilhamento desse conhecimento.<sup>19</sup> Ainda nesse momento, foram traçados objetivos coletivos referentes ao tema, e no início dos encontros posteriores cada membro relatava se os havia alcançado; em caso negativo, eram avaliadas quais as dificuldades em alcançá-los e os depoimentos positivos fortaleciam aqueles que encontravam obstáculos para atingir aos objetivos.

Fazer uso de uma metodologia que valorize a linguagem por meio das narrativas orais vai de encontro a supremacia de uma cultura letrada e erudita em detrimento da cultura popular de base oral e permite que o indivíduo resgate seu papel como um ser social, histórico e cultural.<sup>20</sup>

Com o intuito de verificar falhas e aprimorar as atividades para obter melhor eficiência das ações, realizou-se avaliações sobre cada encontro, através de formulário semiestruturado sobre satisfação dos participantes em relação à abordagem dos temas e dinâmicas empregadas. No geral, os integrantes ficaram satisfeitos com as atividades desenvolvidas no grupo.

Durante as reuniões, atendimentos individuais também foram realizados, uma vez que uma parte significativa dos integrantes tinha alguma DCNT diagnosticada, além dos maus hábitos alimentares. Assim, a nutricionista residente agendava um momento com cada indivíduo, visando conhecer melhor seus hábitos alimentares e os de sua família e então metas de curto, médio e longos prazos foram traçadas para as adequações/mudanças de hábitos, de acordo com cada realidade e contexto socioeconômico. As avaliações das metas foram revistas com os usuários em momentos agendados posteriormente, nos quais foram possíveis realizar novas adequações, bem como estimulá-los para o alcance de suas metas. É fundamental buscar compreender as particularidades e contexto de cada família para poder alcançar as mudanças necessárias em seus hábitos de vida.<sup>21</sup>

O último encontro foi um momento de avaliação e reflexão. Cada integrante relatou para o grupo como observou sua evolução após participação. Da mesma forma, os residentes também

registraram a evolução positiva por parte dos mesmos. Foram identificadas mudanças relativas ao estilo de vida, à prática regular de atividade física, sobre como lidar melhor com o estresse, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, dentre outras mudanças favoráveis para a saúde deles e de suas famílias.

Ações que contribuam para a educação em saúde, empoderamento e para o aumento da participação social são importantes por contribuírem com a busca de recursos para um estilo de vida mais saudável.<sup>20</sup> Desta forma, os profissionais de saúde assumem papel essencial no desenvolvimento de atividades educativas capazes de propor a prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente em comunidades vulneráveis.

Os participantes que informaram, no início do grupo, maus hábitos alimentares ou no estilo de vida, relataram melhora em seu comportamento. Entre os resultados alcançados em relação ao estilo de vida dos participantes, destacou-se o aumento na regularidade da alimentação, uma vez que no início dos encontros muitos integrantes relatavam passar horas sem se alimentar. Característica, que de acordo com a literatura favorece o ganho de peso e dificulta o controle das DCNT, como obesidade e diabetes mellitus.<sup>1</sup> O hábito de se alimentar regularmente foi um desafio vencido, segundo relato dos participantes.

Outro aspecto positivo foi a redução do consumo diário de refrigerantes pelos membros do grupo, que relataram, inicialmente, ingerir diariamente grande quantidade de

refrigerante, bem como a substituição de alimentos refinados por alimentos integrais. Estes últimos considerados mais saudáveis, por serem mais nutritivos e ricos em fibras, o que proporciona um melhor equilíbrio das taxas bioquímicas de glicose, de colesterol e ajuda no controle de peso.<sup>1</sup> Uma outra mudança foi verificada entre os que tinham o hábito de usar temperos industrializados e passaram a substituí-los por temperos naturais. A atividade que contribuiu para a adoção dessa prática foi a realização de uma oficina de ervas, a fim de apresentar as variedades ao grupo. Esta iniciativa, além de contribuir com a prevenção da hipertensão arterial sistêmica, ajudou também àqueles já acometidos pela morbidade.

Em uma experiência semelhante com um grupo sobre educação alimentar e nutricional no município de Itajaí-SC, foram abordadas práticas alimentares saudáveis e os integrantes mostraram-se bem motivados a adquirir conhecimento sobre o tema, promovendo, assim, a adesão às mudanças alimentares e melhora da qualidade de vida dos participantes.<sup>22</sup>

Em relação à prática de atividade física, foi unânime a adesão às recomendações da equipe. Embora não houvesse academia da cidade na área de cobertura da UBS, os participantes foram estimulados a se exercitarem em suas residências ou ao entorno destas. Orientou-se exercícios que poderiam ser realizados em seus domicílios, como brincar com os filhos, dançar e caminhar pelas ruas da comunidade, tendo em vista a importância e os inúmeros benefícios que essa prática possibilita.<sup>23</sup>

Também foram observadas mudanças no estilo de vida das pessoas que participaram de um grupo sobre doenças crônicas não transmissíveis em um comércio popular na cidade de Uberaba-MG. Verificou-se com essa experiência que a realização de atividades de educação em saúde mais próximo da população é uma relevante estratégia de prevenção e promoção da saúde.<sup>24</sup> Observou-se, também, experiência exitosa realizada em um grupo de educação em saúde com usuários de uma UBS no Rio Grande do Norte, sobre o qual os participantes relataram melhora na qualidade de vida e autonomia, após a existência do grupo naquela unidade.<sup>25</sup>

A educação em saúde configura-se como instrumento de construção da ação de saúde de forma integral e mais adequada à vida dos sujeitos, pois leva em consideração suas reais necessidades,



seus conhecimentos, cultura e o contexto vivido para que os resultados objetivados sejam alcançados.<sup>26</sup>

### **Considerações finais**

Os resultados positivos evidenciados pelo grupo “Vida Saudável” em relação às mudanças do estilo de vida da população refletiram a importância do projeto para a população. A partir da vivência de trocas de experiências e busca de soluções coletivas para problemas comuns, demonstrou-se o envolvimento e a satisfação dos participantes nas atividades. Estes aspectos contribuíram na prevenção das DCNT, na melhora das condições de saúde e do estilo de vida como um todo, tornando-os agentes ativos no processo saúde e doença.

Os momentos individuais dos integrantes com o nutricionista, também foram importantes, pois, embora a maior parte das atividades fosse realizada em grupo, esse momento ajudou a compreender cada realidade e o contexto socioeconômico, auxiliando nas mudanças dos hábitos alimentares. Assim, mostra-se como fundamental que os grupos possam ter não apenas atividades coletivas, como também individuais.

A vivência possibilitou às equipes de residentes e da ESF o compartilhamento de conhecimentos e percepções frente a diferentes realidades. As atividades desenvolvidas foram ferramentas essenciais para fortalecer o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade através do conhecimento das reais necessidades de saúde da população e da realização de intervenções efetivas e factíveis. Nessa direção, a educação em saúde assume um papel primordial na promoção da saúde, e deve ser fomentada nos espaços de saúde, possibilitando à população atualizar/ampliar os seus conhecimentos, na perspectiva de saber lidar/intervir de forma competente com as demandas do cotidiano e com os desafios em saúde.

Sugere-se a reprodução/adaptação dessa experiência em outras UBS, especialmente em comunidades socialmente vulneráveis, como os aglomerados urbanos subnormais, tendo em vista que essas populações estão mais expostas ao processo de adoecimento como as doenças crônicas e, conseqüentemente, tendem a ter maus hábitos alimentares. Considera-se, assim, que experiências como a desenvolvida com o grupo “Vida Saudável” possam ser referência para outras unidades de saúde e contribuam para o desenvolvimento e fortalecimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas na ESF.

### **Referências**

<sup>1</sup> Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev de Saúde Pública. 2017; 51(supl 1):4s.

<sup>2</sup> Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalant JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(4):599-608.

<sup>3</sup> Ezeh A, Oyebode O, Satterthwaite D, Chen YF, Ndugwa R, Sartori J. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. Lancet. 2016; 389(10068):547-58. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31650-6.

- <sup>4</sup> Francisco PMSB, Segri NJ, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(1):7-18.
- <sup>5</sup> Melo SPSC, Cesse EAP, Lira, PIC, Rissin A, Cruz RSBLC. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(8):3159-168.
- <sup>6</sup> World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]Geneva: World Health Organization, 2018. [acesso em 20 apr 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>.
- <sup>7</sup> Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015; 18 (supl 2):83-96.
- <sup>8</sup> França CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde debate. 2017; 41(114): 932-948.
- <sup>9</sup> Duarte MLC, Galuschka TAK. Grupo de saúde mental: Um relato de experiência na extensão universitária. Rev Contexto & Saúde. 2017; 17(33):58-65.
- <sup>10</sup> Ianiski B, Schmidt S, Borin B, Fantinel F. Educação nutricional em sala de espera: Um relato de experiência. Rev Contexto e Saúde. 2015; 15(29):58-62.
- <sup>11</sup> Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Rev. Bras. Educ. 2002; 19: 20-28.
- <sup>12</sup> Alves CC, Netto MC, Sousa APG, Devincenzi MU. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. Rev Nutr. 2016; 29(4):597-608.
- <sup>13</sup> Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. Physis. 2019; 29 (1): 1-18.
- <sup>14</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Aglomerados subnormais. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- <sup>15</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo Demográfico, 2010: [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2020 april 07]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
- <sup>16</sup> Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: MS; 2014.
- <sup>17</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- <sup>18</sup> Speroni KS, Fruetl MA, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1325-37. doi:



10.15649/cuidarte.v7i2.338

- <sup>19</sup> Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(3): e20170435.
- <sup>20</sup> Nascimento MVN, Oliveira IF. Práticas integradas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. *Psicologia em Pesquisa I UFRJ*. 2017; 11(2):8997.
- <sup>21</sup> Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*. 2017; 26 (3): 676-89.
- <sup>22</sup> Henn R, Almeida EB, Guedes MR, Santos ACC, Ott APC, Vargas AJ, et al. Educação alimentar e nutricional para grupos vulneráveis: Um relato de experiência das vivências de extensão universitária. *RBTS*. 2018; 5(1): 60-68.
- <sup>23</sup> Santos SRP, Costa BS, Sousa CVV, Vulcão LCP, Carvalho MA, Teixeira VRS, et al. Envelhecimento saudável: Promoção à saúde do idoso em Belém do Pará. *Rev Bra Edu Saúde*. 2019; 9(1):50-54.
- <sup>24</sup> Pereira CBM, Castro AHS, Rosinha GF, Rodrigues LP, Pereira GA. Relato de experiência: Educação em saúde sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis em um comércio popular. *Revista UFG*. 2016; 16(18): 5-22.
- <sup>25</sup> Lopes LMV, Garcia TFM, Macedo HTS. O uso da “Tenda do Conto” como estratégia de educação popular para o cuidado à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. *Saúde em Redes*. 2019; 5(3):255263.
- <sup>26</sup> Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Metodologias ativas de ensinoaprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface*. 2014; 18(1): 13551364.

**Submissão: 10/06/2020**

**Aceite: 10/08/2021**