

# FORTALECIMENTO DO ACESSO À INFORMAÇÃO E DOS DIREITOS EM SAÚDE POR PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MANACAPURU

## *STRENGTHENING ACCESS TO INFORMATION AND HEALTH RIGHTS FOR PEOPLE WITH NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN MANACAPURU*

Angelita Régila Silva dos Anjos<sup>1</sup>, Danton José Máximo de Oliveira Gadelha<sup>1</sup>, Fabiana Soares da Mota<sup>1</sup>, Iyad Mohammad Ismail Yacoub<sup>1</sup>, João Vitor Domingos Alves<sup>1</sup>, Leticia Marinho Freitas<sup>1</sup>, Marcela Deise Gomes da Rocha<sup>1</sup>, Maria Eduarda de Oliveira Silva<sup>1</sup>, Matheus Faria Fontenele<sup>1</sup>, Makson Ribeiro Alfaia Filho<sup>1</sup>, Rafaela Mayara Félix de Oliveira<sup>1</sup>, Sofia Ribeiro da Silva<sup>1</sup>, Joana Maria Borges de Freitas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discentes do Curso de Graduação em Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Manacapuru-AM.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Graduação em Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Manacapuru-AM. E-mail: joana.freitas@afya.com.br

### Eixo Temático: Eixo 01 - Saúde

#### RESUMO

**Introdução:** O direito à saúde constitui um pilar fundamental da cidadania, operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a desinformação sobre direitos e fluxos assistenciais compromete o cuidado, em especial em portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). **Objetivo:** Relatar a experiência de ações educativas voltadas ao fortalecimento do acesso à informação sobre direitos em saúde e ao estímulo da autonomia de pessoas com DCNT no município de Manacapuru, Amazonas. **Descrição da Experiência:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência de extensão universitária no âmbito da disciplina PIEPE I, do curso de Medicina da Afya FCM Manacapuru. As intervenções ocorreram no primeiro semestre de 2026 na UBS Funasa II e no Centro de Convivência da Família Ataliba (Grupo Feliz Idade), utilizando metodologias ativas e princípios da Educação Popular em Saúde. **Conclusão:** As ações promoveram a democratização da informação, sanaram dúvidas cruciais sobre o SUS e revelaram a relevância dos grupos comunitários como redes de apoio social e terapêutico, ampliando a autonomia e o protagonismo social dos usuários.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Educação Popular em Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Atenção Primária à Saúde. Cidadania.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The right to health is a fundamental pillar of citizenship, operationalized by the Unified Health System (SUS). However, lack of information regarding user rights and care flows compromises care, especially for individuals with Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs). **Objective:** To report the experience of educational activities focused on strengthening access to information on health rights and encouraging the autonomy of people with NCDs in the municipality of Manacapuru, Amazonas. **Experience Description:** Qualitative experience report of a university extension project developed within the PIEPE I module of the Medical School at Afya FCM Manacapuru. Interventions took place during the first semester of 2026 at the UBS Funasa II and the Ataliba Family Community Center (Happy Age Group), utilizing active methodologies and principles of Popular Health Education. **Conclusion:** The actions promoted the democratization of health information, clarified crucial doubts regarding the SUS, and highlighted community groups as vital social and therapeutic support networks, thereby enhancing user autonomy and social empowerment.

**Keywords:** Right to Health. Popular Health Education. Noncommunicable Diseases. Primary Health Care. Citizenship.

## 1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde constitui um dos direitos sociais fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988, sendo operacionalizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se estrutura sob os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade<sup>12</sup>. Apesar dos inegáveis avanços proporcionados pelo SUS na garantia do acesso e na cobertura assistencial no território nacional, persistem desafios estruturais e informacionais significativos. Observa-se cotidianamente que expressiva parcela da população desconhece os fluxos assistenciais, a organização da rede de atenção à saúde e a extensão dos seus próprios direitos institucionais<sup>1</sup>.

Tais limitações e assimetrias informacionais se tornam criticamente mais graves no contexto das pessoas acometidas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), pois tratam-se de condições clínicas complexas e de longa duração que demandam acompanhamento longitudinal contínuo, alta adesão ao plano terapêutico e uma participação proativa e informada do indivíduo no autocuidado. A ausência de clareza sobre como caminhar pela rede de saúde frequentemente culmina no atraso do diagnóstico, no abandono do tratamento e no agravamento dos quadros clínicos, sobrecarregando os serviços de urgência e emergência.

Nesse cenário, a Educação Popular em Saúde surge como uma abordagem teórica e metodológica emancipatória, perfeitamente alinhada aos preceitos freirianos e às diretrizes da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)<sup>3</sup>. A Educação Popular contrapõe-se ao modelo tradicional bancário de transmissão vertical de conhecimento, posicionando o usuário como sujeito ativo do seu processo de saúde-doença. Através do diálogo horizontal, da escuta qualificada e da valorização dos saberes populares previamente construídos no cotidiano, estimula-se a reflexão crítica, o fortalecimento da autonomia e o protagonismo social<sup>314</sup>.

Ações educativas territoriais desenvolvidas por acadêmicos e profissionais de saúde em espaços comunitários possuem o potencial pedagógico e social de aproximar a faculdade do cotidiano real vivido pelas populações. Nos municípios do interior da Amazônia, como Manacapuru, barreiras geográficas, socioeconômicas e informacionais interagem de maneira complexa, afetando o acesso à saúde. Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das ações educativas desenvolvidas com o intuito de fortalecer o acesso à informação sobre direitos em saúde e estimular a autonomia de pessoas com DCNT no

município de Manacapuru, Amazonas.

## 2.DESCRICÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência fundamentado em atividades extensionistas desenvolvidas no âmbito do módulo de Práticas Interdisciplinares de Extensão, Pesquisa e Ensino por alunos do primeiro período do curso de graduação em Medicina da Afa Faculdade de Ciências Médicas de Manacapuru, no Amazonas. As intervenções foram planejadas, executadas e avaliadas sob supervisão docente direta durante o primeiro semestre acadêmico do ano de 2026.

As ações foram desenvolvidas em dois cenários distintos da rede de atenção e apoio social do município de Manacapuru: a Unidade Básica de Saúde (UBS) Funasa II e o Centro de Convivência da Família Ataliba, mais especificamente junto aos participantes do "Grupo Feliz Idade", composto predominantemente por idosos. A escolha desses locais visou alcançar tanto os usuários que aguardavam atendimento clínico convencional quanto aqueles inseridos em atividades comunitárias de convivência e promoção da saúde. E o planejamento pedagógico e operacional das atividades seguiu as diretrizes metodológicas da Educação Popular em Saúde<sup>3</sup>, estruturando-se em quatro fases complementares. 1- Diagnóstico Situacional e Territorialização: realização de visitas prévias aos cenários para mapeamento das dinâmicas locais, aproximação com os líderes comunitários, gestores e profissionais das equipes de Saúde da Família, além da identificação das principais demandas informacionais e dúvidas expressas pelos usuários quanto aos serviços e direitos em saúde; 2- Elaboração do Material Pedagógico e das Estratégias Didáticas: confecção de materiais informativos de linguagem acessível, visualmente atraentes e sem o uso de jargões técnicos excessivos. Foram estruturadas dinâmicas interativas, incluindo a ferramenta "Árvore dos Direitos", na qual os participantes afixavam e debatiam elementos constitutivos do acesso à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos, a marcação de consultas especializadas e o papel do controle social no SUS; 3- Execução das Intervenções Dialógicas: realização de rodas de conversa interativas, oficinas educativas e momentos de acolhimento interpessoal. As sessões foram conduzidas sob a premissa do diálogo bidirecional, em que os acadêmicos atuaram como facilitadores do debate, encorajando os participantes a expor suas experiências, dúvidas e estratégias pessoais de enfrentamento das doenças crônicas; 4- Avaliação Qualitativa e Registro Reflexivo: ao término de cada encontro, a equipe de estudantes e a professora supervisora realizaram momentos de reflexão crítica (*debriefing*) para analisar o engajamento dos usuários, o alcance dos objetivos e as percepções qualitativas coletadas nas falas dos participantes.

Cabe ressaltar que as ações preservaram rigorosamente a privacidade, a dignidade, a confidencialidade e o anonimato de todos os usuários envolvidos, com dados coletados de forma totalmente anonimizada e sem exposição de identidades individuais, dispensando parecer formal de Comitê de Ética em Pesquisa nos termos da Resolução CNS nº 510/2016.

### **3.RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A execução das intervenções educativas proporcionou a construção de espaços coletivos altamente enriquecedores para a troca de conhecimentos entre usuários do SUS, profissionais de saúde e a comunidade acadêmica. Essa vivência permitiu operacionalizar a articulação entre o saber técnico-científico universitário e a sabedoria popular produzida e compartilhada no cotidiano da comunidade<sup>3/4</sup>.

Durante a roda de conversa efetuada na sala de espera da UBS Funasa II, constatou-se que expressiva proporção dos usuários apresentava desconhecimento profundo a respeito das diretrizes operacionais do SUS e de seus direitos. As dúvidas concentravam-se precipuamente na tramitação e regulação do acesso a exames de alta complexidade, nas garantias para obtenção de medicamentos da RENAME/Farmácia Popular e nos canais formais de ouvidoria e controle social. A utilização de recursos visuais dinâmicos e de linguagem simples facilitou a compreensão dos fluxos assistenciais, capacitando os usuários a exercerem uma postura mais assertiva perante as instituições de saúde.

Por sua vez, as atividades conduzidas no Centro de Convivência da Família Ataliba, com o Grupo Feliz Idade, revelaram resultados que ultrapassaram largamente os objetivos informacionais e biológicos previstos inicialmente. A experiência evidenciou dimensões psicossociais e afetivas cruciais para a promoção da saúde em populações idosas e portadoras de hipertensão e diabetes, corroborando achados da literatura especializada<sup>5</sup>.

Nos relatos colhidos durante as dinâmicas comunitárias, os idosos descreveram reiteradamente o grupo de convivência como uma "segunda casa" e um verdadeiro refúgio emocional. Foram frequentes os depoimentos que associavam o pertencimento ao grupo, a sentimentos de paz, à renovação da alegria de viver e ao alívio da solidão doméstica. Um achado particularmente impressionante registrado pela equipe foi a constatação de que diversos idosos faziam questão de frequentar as atividades mesmo em dias nos quais apresentavam quadros de dores articulares ou desconfortos físicos moderados, atribuindo às reuniões um papel diretamente terapêutico.

Essas observações demonstram que os espaços coletivos comunitários não representam meros locais para passatempo ou lazer passivo, configurando-se como potentes

dispositivos de saúde mental, resgate da autoimagem e fortalecimento de redes de apoio social interpessoal<sup>5</sup>. A integração bem-sucedida entre o ensino sobre direitos e a convivência comunitária aumentou a receptividade do público idoso às orientações preventivas sobre DCNT. Quando o indivíduo se sente acolhido e respeitado em sua singularidade, a assimilação de saberes relativos à adesão medicamentosa e aos hábitos de vida saudáveis ocorre de maneira muito mais fluida e sustentável.

Do ponto de vista da formação médica, a inserção dos discentes nesse projeto de extensão constituiu uma oportunidade ímpar de aprendizagem humana e profissional. O contato direto com a realidade social de Manacapuru permitiu desenvolver competências de comunicação empática, escuta atenta, liderança comunitária e responsabilidade social, diretrizes indispensáveis para a formação de médicos generalistas aptos a atuarem no SUS com sensibilidade e competência técnica.

#### **4.CONCLUSÃO**

A experiência vivenciada no projeto de extensão PIEPE I em Manacapuru demonstrou que ações educativas estruturadas sob os princípios da Educação Popular em Saúde são ferramentas estratégicas e de elevado impacto para a democratização da informação, o fortalecimento dos direitos em saúde e a promoção da autonomia de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis.

A iniciativa evidenciou que a garantia do direito à saúde ultrapassa largamente a prestação de serviços ambulatoriais ou a distribuição de insumos farmacológicos. Requer, fundamentalmente, a criação e a manutenção de espaços comunitários inclusivos que promovam o acolhimento, a escuta, a construção de redes de apoio afetivo e o exercício pleno da cidadania.

Para o público assistido, as intervenções resultaram na ampliação do letramento em saúde e no fortalecimento do autocuidado. Para a instituição de ensino e os acadêmicos de Medicina envolvidos, a vivência reafirmou o papel transformador da extensão universitária na construção de uma prática médica humanizada, ética e comprometida com as reais necessidades da população amazônica. Recomenda-se a continuidade e a expansão de iniciativas dessa natureza nos demais territórios de atenção primária do município.

#### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 jun. 2026.

2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 02 jun. 2026.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em: 02 jun. 2026.
4. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
5. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200806. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200806/>. Acesso em: 02 jun. 2026.