

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE LARANJEIRAS/SE QUANTO AS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS INFLUÊNCIAS
SÓCIO-AMBIENTAIS**

SORAIA SILVA SANTOS CANDEIAS

ARACAJU
Fevereiro – 2015

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE
LARANJEIRAS/SE QUANTO AS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS
INFLUÊNCIAS SÓCIO-AMBIENTAIS**

Dissertação de Mestrado submetido à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

SORAIA SILVA SANTOS CANDEIAS

Orientadoras

Profª Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Profª Dra. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo

ARACAJU

Fevereiro – 2015

C216a Candeias, Soraia Silva Santos
Avaliação da estratégia de saúde da família na população quilombola de Laranjeiras/SE quanto as doenças não transmissíveis e as influências sócio-ambientais / Soraia Silva Santos Candeias ; orientação [de] Prof^ª. Dr^ª Cristiane Costa da Cunha Oliveira , Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo – Aracaju: UNIT, 2015.
91 p.; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2015.
Inclui bibliografia.

1.Educação ambiental. 2. Saúde coletiva. 3. Política de Saúde. 4. Doença crônica. 5. Comunidade quilombola-Laranjeira/SE. I. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha (orient.). II. Jeraldo, Verônica de Lourdes Sierpe. (orient.) III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 614-055.5055.5/.7

Ficha catalográfica: Rosangela Soares de Jesus CRB/5 1701

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DE LARANJEIRAS/SE QUANTO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E AS INFLUÊNCIAS SÓCIO-AMBIENTAIS**

Soraia Silva Santos Candeias

**“DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE E
AMBIENTE”**

Aprovada por:

Profª Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Orientadora

Profª Dra. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Co - orientadora

Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes
Avaliador externo

Profª Dra. Marлизete Maldonado Vargas
Avaliador interno

Profª Dra. Claudia Moura de Melo
Avaliador interno suplente

ARACAJU

Fevereiro – 2015

Dedicatória

Dedico essa dissertação à todos, profissionais e usuários, que lutam a favor do atendimento em saúde digno, ético e responsável no Brasil.

Epígrafe

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À Universidade Tiradentes, por mais uma vez contribuir em mais uma etapa da minha formação acadêmica.

Ao CAPES/MEC/BRASIL por oferecer as oportunidades para um país desenvolvido, proporcionando acesso para que pesquisadores desenvolvam seus projetos.

À professora Dr^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira, por seu constante estímulo e dedicação no trabalho como orientadora.

Aos professores Dr. Marcos Prado Nunes - Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe e Dr^a. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo, pelas contribuições durante esse instigante processo de investigação científica.

A todos os professores do departamento de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente/UNIT, por ampliarem meus horizontes quanto ao interesse pelo conhecimento científico.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde do povoado Mussuca/Laranjeiras/Sergipe e a comunidade quilombola, pela participação voluntária na minha pesquisa.

À minha mãe, prof^a Dra. Noêmia Lima Silva, pela inspiração, carinho e constante incentivo durante todos os momentos significativos da minha vida.

Aos meus grandes e verdadeiros amigos, minha irmã Sayonara e os meus irmãos Samyr e Sayran.

Ao Grande Mestre, reverência e gratidão. Que Ele ilumine constantemente a minha consciência, ampliando meu olhar para os caminhos da paz e do conhecimento.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - COMUNIDADE QUILOMBOLA E SUAS CARACTERÍSTICAS	11
1,1 A Comunidade Quilombola	13
1.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis	14
1.2.1 Conceito e Evolução	14
1.2.2 Epidemiologia e Fatores de Risco	15
1.3. Principais DCNT priorizadas pelo Ministério da Saúde no Brasil	17
1.3.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC	17
1.3.2 Doenças Cardiovasculares	18
1.3.3 Diabetes	19
1.3.4 Câncer	21
1.4 Obesidade e as DCNT	22
1.5 População negra e as principais DCNT	24

1.5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a população negra	24
1.5.2 Diabetes e população negra brasileira	25
1.6. Enfrentamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis	26
1.7. Atenção Primária e DCNT	27
1.8 Avaliação de Programas de Saúde para enfrentamento das DCNT	31
CAPÍTULO 2 – MÉTODO	32
2.1 Tipo e Período do Estudo	32
2.2 Local do Estudo	33
2.3 Universo e Amostra	33
2.4 Instrumentais da Pesquisa	34
2.5 Coleta de Dados	35
2.6 Análise de Dados	36
2.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	36
REFERÊNCIAS	37
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE LARANJEIRAS/SERGIPE QUANTO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS INFLUÊNCIAS SÓCIOAMBIENTAIS	
CONCLUSÃO	73
APÊNDICES	77

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para funcionários da USF - localizada no povoado Mussuca-Laranjeiras/Sergipe

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para usuários da USF - localizada no povoado Mussuca-Laranjeiras/Sergipe

APÊNDICE C - Formulário sócio-demográfico para quilombolas usuários da USF - localizada no povoado Mussuca – Laranjeiras/Sergipe

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde

APÊNDICE E- Termo de consentimento livre e esclarecido para usuário da USF –localizada no povoado Mussuca-Laranjeiras/Sergipe

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa

ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo científico na Revista Saúde e Sociedade

LISTA DE TABELAS E QUADROS

ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE LARANJEIRAS/SERGIPE QUANTO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS INFLUÊNCIAS SÓCIOAMBIENTAIS

Tabela 1 - Conceito de saúde dos profissionais de saúde da USF - Mussuca Laranjeiras- Se-Brasil-2014-----	58
Tabela 2 -Concepção dos profissionais quanto à assistência em termos de saúde no Brasil-Mussuca-Laranjeiras-SE -2014-----	59
Tabela 3- Concepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento da USF- Mussuca-Laranjeiras-SE- Brasil 2014-----	63
Tabela 4- Conceito de saúde dos usuários da Comunidade Quilombola da Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil-2014-----	65
Tabela 5- Concepções dos usuários sobre as competências e limitações do atendimento na USF-Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil-----	65
Tabela 6- Concepções dos usuários sobre o funcionamento da UFS da Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil-2014 -----	66
Quadro 1- Dados do SIAB (2009-2013) referente as DCNT na população do povoado Mussuca- Laranjeiras-Sergipe-Brasil-----	68

LISTA DE SIGLAS

AP - Atenção Primária

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família ESF

IMC - Índice de Massa Corpórea

INCA - Instituto Nacional de Combate ao Câncer

IDF - International Diabetes Federation

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPIR - Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SBPT - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Esta pesquisa multimétodo, avaliou os índices de saúde dos quilombolas, residentes no município de Laranjeiras/Sergipe/Brasil, conforme ações no combate as doenças crônicas não transmissíveis. Identificou ainda: aspectos sócio ambientais relacionados com a saúde desta população; analisou os indicadores quanto à ocorrência de DCNT e, as concepções de usuários e profissionais de saúde sobre os reflexos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no enfrentamento das DCNT. A amostra compreendeu 253 sujeitos: comunidade quilombola (N= 245) e, profissionais de saúde (N= 8). Os instrumentais de coleta utilizados foram: formulário sócio-demográfico, respondido por um representante de cada uma das 245 famílias quilombolas e; a entrevista, que foi efetuada com 33 sujeitos, sendo: 25 usuários e 8 profissionais envolvidos diretamente em ações da referida estratégia. A análise dos dados qualitativos teve como base o referencial teórico conforme Bardin e, as categorias encontradas foram: conceito de saúde, meio ambiente e saúde, política social de saúde. Quanto à análise quantitativa, foram identificados os principais aspectos socioambientais, que possuíam relação com a saúde da comunidade e, avaliamos ainda os índices de saúde quanto à ocorrência de doenças crônicas. O perfil sócio demográfico apresentou: faixa etária média de 40,7 anos, 83% do sexo feminino e 91% se considera da raça negra. A hipertensão arterial e diabetes foram as principais DCNT registradas no período. Quanto à concepção de saúde esta se diferencia entre usuários e profissionais, os primeiros a consideram um reflexo dos serviços no atendimento de suas necessidades básicas e; que os aspectos socioambientais estão diretamente relacionados com os serviços ofertados pela ESF. Desde o planejamento até a execução a ESF pode ser ampliada e direcionada primordialmente para a prevenção primária para assim poder aproximar-se dos princípios organizacionais do SUS e da visão biopsicossocial, os quais favorecem a qualidade de vida do ser humano, em especial, da população quilombola investigada.

Palavras-chave: Comunidade Quilombola; Saúde Coletiva; Doença Crônica; Educação Ambiental; Política de Saúde.

ABSTRACT

This multi-method research, evaluated the health indices of the quilombo community, living in the city of Laranjeiras/Sergipe/Brazil, as actions against non-communicable chronic diseases. It also identified: social environmental aspects related to the health of this population; analyzed the indicators for the occurrence of NCDs and the views of users and health professionals about the effects of the Family Health Strategy (FHS), in addressing NCDs. The sample included 253 subjects: quilombo community (N = 245) and health professionals (N = 8). Collection instruments used were: socio-demographic form, answered by a representative of each of the 245 families; the interview, which was conducted with 33 subjects, 25 users and 8 professionals involved directly in the strategy actions. The qualitative data analysis was based on the theoretical framework as Bardin and the categories were: concept of health, environment and health, social health policy. As for the quantitative analysis, the main environmental aspects were identified, which had relationship with the health of the community and also evaluated the health indicators for the occurrence of chronic diseases. The socio-demographic profile presented: mean age of 40.7 years, 83 % female and 91% is considered the black race. Hypertension and diabetes were the main NCDs recorded in the period. As for the design of health this differs between users and professionals, the first to consider a reflection of the services in meeting their basic needs and; the socio-environmental aspects are directly related to the services offered by the ESF. From planning to execution ESF can be expanded and targeted primarily for primary prevention so he could get closer to the organizational principles of the SUS and the biopsychosocial view which favor the quality of life of human beings, in particular, the quilombo community investigated.

Keywords: Community Quilombo; Public Health; Chronic Disease; Environmental Education; Health Policy.

INTRODUÇÃO

A população negra brasileira possui grupo específico, constituído de afrodescendentes. No passado, quando se encontravam na condição de escravos, esses indivíduos resistiram às constantes perseguições dos fazendeiros, e os quilombos tornaram-se os seus principais locais de refúgio. A permanência dessa conformação em comunidade tipicamente agrorural, mantida até o período atual, é o que se define como grupo quilombola ou comunidade dos quilombos.

O processo de acesso desses indivíduos à saúde segue o caminho comum aos demais segmentos populacionais que são cobertos pelo SUS no Brasil, exceto pela diferenciação em favor do aspecto vulnerabilidade, que permeia as condições sociais e econômicas dos quilombolas (LOPES et al., 2012).

Outra política pública importante para os membros dessa comunidade, foi a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra, na qual ficaram definidos os princípios, diretrizes operacionais, objetivos e, estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde (BRASIL, 2008). Neste contexto favorável ao compromisso com a saúde integral da população afrodescendente, é que se justifica a necessidade em investigar as principais implementações relacionadas com promoção, proteção e tratamento para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com foco numa comunidade específica residente no município de Laranjeiras/Sergipe/Brasil.

Das 57 milhões de mortes no mundo, 36 milhões ocorreram em decorrência desse grupo específico de doenças. Destacam-se nesse panorama mundial os acometimentos do aparelho circulatório, a diabetes, o câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O conjunto dessas afecções tem aumentado rapidamente em países de baixa renda, sendo que um quarto das mortes ocorre antes da idade de 60 anos (WHO, 2012; ALWAN et al., 2010).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento dessas doenças visa preparar o Brasil, para enfrentá-las e detê-las nos próximos dez anos (2011-2022). O principal foco de ação do Plano trata da abordagem para as conseqüentes afecções decorrentes desse grupo de doenças crônicas e seus respectivos fatores de risco modificáveis, que são: tabagismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas, inatividade física, alimentação inadequada e a conseqüente obesidade (BRASIL, 2011a; MALTA; MORAIS; SILVA, 2011).

Trata-se assim, de um estudo que procura avaliar uma das estratégias da política de saúde brasileira: “Estratégia de Saúde da Família”, numa população específica – os quilombolas, e para tanto direcionou o foco nos aspectos socioambientais relacionados com o referido processo saúde-doença.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada, um pilar estruturante para o planejamento de táticas em termos de saúde nos sistemas municipais. Pela concepção orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo principal efetuar a reorientação do modelo assistencial no espaço político-operacional, através da Atenção Primária (AP). Seu ambiente central é a Unidade de Saúde da Família (USF), local que possui a função de propagar suas atividades para o ambiente domiciliar e, os demais espaços de abertura voltados diretamente à educação em saúde. Onde todos esses elementos encontram-se organizados, numa perspectiva integrativa dos interesses com as ações realizadas, entre usuários e serviços de saúde ofertados.

Essa investigação, em termos de análise qualitativa, teve seu principal enfoque nas concepções tanto de usuários quilombolas, quanto de profissionais. Concepções que se referem aos reflexos decorrentes das táticas em atenção primária utilizadas para enfrentar as doenças crônicas. Metas e os respectivos índices de saúde encontrados de acordo com os avanços direcionados à educação em saúde, foram observados. Assim, população usuária e, os respectivos profissionais que interagem com ela foram questionados quanto à evolução em termos de emancipação, para os cuidados específicos em saúde, inclusive, quanto aos que se relacionam diretamente com as questões ambientais.

Quanto ao tratamento dos dados quantitativos, os principais marcadores de saúde dessa população, estiveram em destaque, especificamente aqueles que se referem aos atendimentos direcionados para o tratamento das quatro principais DCNT. Conforme base de dados existente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), durante o período de 2009-2013, os referidos marcadores são estes: número de óbitos prematuros em DCNT; taxa de mortalidade prematura DCNT; percentual de óbitos em internamentos por infarto agudo do miocárdio (IAM); taxa de internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou mais; internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou com óbito; óbitos por DCNT, prevalência de tabagismo em pessoas com 15 e mais anos padronizada por idade, prevalência de atividade física insuficiente em adultos (> 18 anos) padronizada por idade, prevalência de mamografia dos 50 - 69 anos. A identificação do perfil sócio demográfico da comunidade investigada também foi traçado e sequencialmente, analisados os aspectos socioambientais que possuíam relação direta com o processo saúde-doença, abordado na referida pesquisa.

CAPÍTULO 1

1.1 COMUNIDADE QUILOMBOLA E SUAS CARACTERÍSTICAS

A história da população brasileira registra a presença, ou mesmo a contribuição, de diferentes povos com diferentes culturas. Negros aportaram involuntariamente no Brasil, participando assim da formação étnica brasileira junto com os brancos e com os nativos de etnia indígena. Com a ampliação do processo de miscigenação, que ocorreu principalmente através das gerações do século XX, o resultado foi e tem sido, uma etnia brasileira de difícil classificação antropológica, sem uma raça bem caracterizada e definida no país como um todo, mas com indiscutível predominância da mistura entre negros e brancos. No entanto, esse aspecto miscigenatório que costuma caracterizar o povo brasileiro deve ser visto, apropriadamente como um convívio de raças, etnias, povos, culturas e identidades, e com visões peculiares do mundo, do ponto de vista simbólico e da realidade, com diferentes maneiras de interagir. Essa diversidade e heterogeneidade são encontradas nas áreas urbanas e rurais de todo o território brasileiro (PNS, 2010).

Define-se como comunidade ou população dos quilombos, todos os membros descendentes de indivíduos que participaram da constituição dos territórios agrorurais nos períodos do sistema escravocrata e sequencialmente, também após a abolição formal da escravidão com a respectiva vigência da Lei Áurea (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002, ALMEIDA et al., 2010).

As comunidades de negros em regiões rurais trazem historicamente narrativas de conflitos, os quais advêm da primeira República. Diversos relatos de grupos insurgentes foram inscritos em artigos da Constituição Federal de 1988, principalmente naqueles que tratam de direitos essenciais à vida, ao reconhecimento e proteção do patrimônio histórico-cultural e dos direitos territoriais. O direito “quilombola” que a Constituição Brasileira visa alcançar, é o direito sobre o lugar, o direito não exclusivamente à terra ou às condições de produção, mas sobretudo o seu reconhecimento na ordem jurídica que é, antes de tudo, uma política de direitos humanos (LEITE, 2010).

Todas as questões pertinentes à identificação, reconhecimento, delimitação e titulação das terras ocupadas pelos quilombolas estão sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário conforme decreto nº 4.887/20 de novembro de 2003. Quanto à aquisição desses territórios propriamente dita, todo esse processo provém de diversificadas situações, as quais incluem: doação de terras por separação da lavoura de monoculturas, como: algodão e cana-de-açúcar; compra de terras pelos próprios indivíduos; terras adquiridas por meio de prestação de serviços, entre outras formas de ocupação. A definitiva

distribuição de tais territórios somente fora definida a partir da Constituição Nacional de 1988, onde os respectivos títulos foram emitidos. Atualmente essas comunidades localizam-se em 24 estados da federação brasileira, onde a maioria situa-se nos estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. (BRASIL, 2012). Inclusive, a imagem de quilombo disponível aos congressistas a época da Constituinte de 1988 em parte, é devedora do que se imagina ser um território quilombola representado por palmares, símbolo da luta do povo negro, no passado e no presente, contra o sistema opressivo ao mesmo povo (CARDOSO, 2010).

Fatores inerentes ao convívio coletivo, quando associados às determinações sociais, sejam elas socioeconômicas, culturais ou ambientais, relacionadas às condições de vida e de trabalho, como: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde, educação, existência ou não de redes sociais e comunitárias, acabam promovendo na sociedade brasileira desigualdades, muitas vezes macro estruturadas. E são justamente grupos populacionais, como os quilombolas, que na sua maioria demonstram estar em situação de extrema vulnerabilidade (PNS, 2010).

O referido grupo populacional possui garantido o acesso às políticas públicas disponibilizadas pelo governo federal, através da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), a qual procura principalmente, reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra Essa é uma política estruturada através dos seguintes instrumentos político-sociais: Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação; Brasil sem Racismo e o Plano de Ação de Durban (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma ação que está incluída no Programa Brasil Quilombola (PBQ), e que possui fundamentação em quatro eixos primordiais: acesso a terra; infraestrutura e qualidade de vida; desenvolvimento local e inclusão produtiva; direitos e cidadania (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde foi regulamentada especificamente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a qual faz parte da dinâmica do SUS, e que visa à equidade através de promoção em saúde para a igualdade racial, na forma de estratégias de gestão solidária e participativa. Essas táticas de abordagem incluem o uso da etnia quanto aos dados epidemiológicos fundamentais, para a definição de prioridades e na escolha de decisões. Quanto às ações, propriamente ditas, pontua-se: a atenção, a promoção à saúde e a prevenção de doenças, além da gestão participativa e controle social. Existe ainda incentivo para o desenvolvimento de ações que identificam, abordam, combatem e previnem o racismo institucional no ambiente de trabalho, e nos

processos de capacitação e educação profissional permanentes em saúde (BRASIL, 2007; RINEHART, 2013).

Atualmente a comunidade quilombola brasileira está estimada em dois milhões de pessoas e a maioria desse contingente populacional habita lugares de difícil acesso. Apenas 3,2% delas moram em casas com acesso a redes de esgoto. Conforme pesquisas realizadas em 2004 confirmou-se a difícil situação em matéria de saúde dos quilombolas: de 144 comunidades investigadas, somente 16 recebiam água tratada da rede pública e 105 necessitavam de postos de saúde da família. Cabe ainda ressaltar que muitas das mulheres negras demonstram menor acesso aos serviços de saúde de qualidade. O que acaba contribuindo para a possibilidade de que as mulheres negras tenham maior risco em contrair e morrer de determinadas doenças, do que as mulheres brancas. Como exemplo dessa situação está o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, seja durante o parto ou no puerpério. Os referidos marcadores em saúde demonstraram que, das mulheres que realizaram o exame no ano anterior à pesquisa, 37,1% eram brancas e 24,7% eram negras (OLIVEIRA, 2003; OMS, 2009).

A política nacional de saúde integral da população negra determina que o direito à saúde seja fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. Esse é um aspecto importante para a constituição do eixo estratégico de superação do racismo, e que visa à garantia da promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da plena democracia, num esforço conjunto, construído a partir da corresponsabilidade do Estado e da sociedade (BRASIL, 2007).

Com o intuito de gerenciar todos esses aspectos de forma quase simultânea, a educação em saúde para o autocuidado viabiliza a identificação das necessidades, problemas e prioridades, definidos pelo próprio usuário, em consenso com o profissional de saúde. Conforme o problema ou prioridade vai sendo exposta, o profissional escolhe uma ação a ser realizada, ou utiliza ferramentas para encaminhar o problema. Reforçando sempre que essas atividades estratégicas têm como princípio básico a compreensão da situação, a empatia e o diálogo com o usuário (BRASIL, 2014).

1.2 - Doenças crônicas não transmissíveis

1.2.1 Conceito e evolução

As quatro principais DCNT são classificadas como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e as neoplasias. São incluídas também nessa classificação, as condições crônicas de outras doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade, como as desordens mentais, as doenças bucais, os acometimentos ósseos e articulares, desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (BRASIL, 2008).

Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As referidas afecções produzem ainda custos indiretos significativos para a sociedade, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas (WHO, 2013; BRASIL, 2014).

O processo de convivência com essas doenças exige transformações, há necessidade de adoção de novos hábitos, de novo estilo de vida dos indivíduos afetados, o que frequentemente, requer cuidados prestados por outros para satisfazer necessidades que anteriormente eram realizadas de forma independente e autônoma (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006). Esta, portanto, é a função dos profissionais envolvidos nesse processo, bem como dos familiares e dos próprios doentes, todos devem observar a importância do exercício da autonomia como uma ação constante, a qual possibilita seu cuidado baseado no respeito ao pleno exercício da cidadania, pois as consequências decorrentes das DCNT sobre a saúde, a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos, tem impacto negativo direto sobre o desenvolvimento socioeconômico de uma nação. (SOUSA; NOGUEIRA, 2011).

De acordo com essa multiplicidade de prejuízos, é que justamente se torna tão importante, investigar como o poder de decisão sobre si mesmo diante de uma doença crônica, pode refletir na sua capacidade de autonomia e de autocuidado, no que se refere à atenção em saúde. São justamente essas concepções que acabam criando possibilidade para perspectivas abrangentes, promovendo novas alternativas para estratégias nas práticas em saúde coletiva. Tanto a concepção, quanto a prática do autocuidado implicam na participação ativa do indivíduo, e na adoção de uma postura dialógica por parte do profissional de saúde. O autocuidado nesse sentido está fundamentado na percepção da pessoa, sobre os seus problemas e as suas condições (BRASIL, 2014).

Ainda nesse contexto de implementação, voltado para o aspecto - educação em saúde, de acordo com pesquisa onde foi realizada revisão da literatura específica sobre os principais conceitos e práticas relacionados à educação permanente, as conclusões obtidas demonstraram que o trabalho articulado das áreas de educação e saúde, encontra-se pautado tanto nas ações dos serviços, quanto nas atividades que envolvem gestão e formação. O mesmo estudo concluiu ainda, que é necessário realizar propostas para capacitar permanente todos os profissionais técnicos das instituições de ensino que estejam atuando diretamente nos serviços de saúde. (BATISTA E MICCAS, 2014).

1. 2. 2 Epidemiologia e fatores de risco

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) a estimativa para essas doenças é de aproximadamente 36 milhões de mortes anualmente, cujas taxas de mortalidade são mais significativas nos países de baixa e média renda (WHO, 2010).

Quanto à situação no Brasil, as DCNT são a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para: doenças do aparelho circulatório - 31,3%, câncer-16,3%, diabetes- 5,2% e doença pulmonar obstrutiva crônica- 5,8% (SCHMIDT et al., 2011; BRASIL 2011a). Portanto no Brasil, de forma similar aos outros países, as DCNT constituem problema de saúde de grande magnitude, e de acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, os fatores de risco que podem desencadear o desenvolvimento dessas doenças são classificados em não modificáveis como: sexo, idade e herança genética; e modificáveis ou comportamentais como: tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas. Cabe ressaltar ainda que os fatores modificáveis são potencializados por fatores condicionantes sócio econômicos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2011a; WHO, 2011).

No Brasil os fatores de risco relacionam-se intimamente com aspectos sócio - ambientais e essas doenças provocam na vida dos indivíduos afetados forte impacto como os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, e a maior possibilidade de morte prematura. (BRASIL, 2011a).

Conforme os indicadores atuais é perceptível à ocorrência de sobrepeso em 41% dos homens e 40% das mulheres. A influência no padrão alimentar destes indivíduos é um importante fator condicionante da morbimortalidade por DCNT, sendo que essas doenças que atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, e de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como: idosos e os indivíduos com baixa escolaridade e renda. Portanto conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo insuficiente de alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes, é fator preditivo para 2,7 milhões de óbitos, por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e por 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo mundo (MALTA; MORAIS; SILVA, 2011, MALTA; SILVA, 2014).

O desafio atual a nível mundial é compreender a evolução dessas doenças, sobretudo quanto ao aspecto de monitoramento dos seus fatores de risco e proteção, através de políticas públicas para prevenção e controle em nível local, regional e nacional. Esse é um desafio de abrangência mundial e que foi discutido em 2011, quando houve uma reunião de alto nível da Organização das Nações Unidas (ONU), e partir desse debate o

“Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022”, foi elaborado (OPAS, 2003; BRASIL, 2008; WHO, 2011).

1. 3 Principais doenças crônicas não transmissíveis

1.3.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios relacionados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O tabagismo é a principal causa. O substrato fisiopatológico dessa doença envolve a bronquite crônica e o enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo. É uma afecção que está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como: perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas (PESSOA, 2009).

Conforme dados epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a DPOC é a quarta principal causa de morte, depois do infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular. Entre as principais causas de morte, é a única que está aumentando, prevendo-se que se torne a terceira em 2020, principalmente, devido ao aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento, e concomitante ao envelhecimento da população. Quanto ao Brasil, nos últimos dez anos, a DPOC foi a quinta maior causa de internação no SUS em maiores de 40 anos, com cerca de 200.000 hospitalizações e gasto anual aproximado de 72 milhões de reais (BRASIL, 2014).

Conforme dados da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT, a cada ano são hospitalizados 280 mil pacientes com DPOC, gerando alto custo para o SUS, e atualmente é considerada uma das mais graves ameaças à saúde, afetando cerca de três milhões de brasileiros. É uma doença que não tem cura, mas se diagnosticada precocemente e tratada devidamente o paciente poderá levar uma vida normal. Recomenda-se que todo fumante ou ex-fumante com mais de 40 anos, que apresenta a seguinte sintomatologia: tosse crônica, cansaço fácil e escarro diário, deve fazer avaliação clínica e espirometria para estudo da função pulmonar. Quanto aos estados avançados da doença, o portador de DPOC sofre de falta de ar crônica, não consegue deambular, falar e alimentar-se sem ajuda (SBPT, 2013).

Quanto maior o número das condições clínicas características de exacerbação da DPOC, maior será a ocorrência de perda funcional e, conseqüentemente menores serão as chances de sobrevivência dos pacientes, conforme se comprovou através de estudo observacional, longitudinal e prospectivo, no qual foram avaliados 63 pacientes com DPOC

nos estágios II e III, do município de São Carlos, SP, Brasil, inseridos em um programa fisioterapêutico. Durante três períodos de avaliação, ao longo de seis meses, quanto à ocorrência de exacerbação do quadro clínico para DPOC, concluiu-se através dos resultados do referido estudo, que os pacientes apresentaram risco de agravamento dos sintomas, no entanto houve dependência das covariáveis: índice de massa corporal e massa magra (MARINO, 2014).

Embora a doença seja tão impactante, ainda é pouco conhecida, e devido aos sintomas serem confundidos com os de outras doenças respiratórias como a asma, muitas vezes é descoberta tardiamente o que provoca uma evolução drástica, levando o portador da doença à total incapacidade. A DPOC pode ser controlada, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes. No entanto é necessário que o problema seja diagnosticado precocemente, para que o tratamento seja apropriado e eficaz. A associação de exercícios físicos com a reabilitação pulmonar e à utilização de medicamentos, como os broncodilatadores inalatórios de fácil aplicação, demonstraram melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes (O'REILLY et al, 2010).

O diagnóstico da DPOC é simples e rápido, deve ser realizado a partir de avaliação clínica que deve considerar a história do paciente, análise de imagem do tórax e a aplicação da espirometria. O mais importante desafio atualmente é popularizar os sintomas e a gravidade da doença, a fim de levar fumantes e ex-fumantes a procurarem seus médicos. E em caso da manifestação da doença, deve-se ministrar o tratamento mais apropriado de acordo com o estágio de gravidade, a fim de reduzir os índices de mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença (O'REILLY et al, 2010; GOTZSCHE, JOHANSEN, 2010).

1. 3. 2 Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) englobam os acometimentos do aparelho circulatório, os estados de isquemia do coração, as doenças cerebrovasculares e as demais doenças do aparelho circulatório (ROSA et al, 2009).

São doenças que geram o maior custo referente a internações hospitalares para o SUS. No ano de 2007, 27,4% das internações de indivíduos com 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. Cabe ressaltar ainda que a insuficiência cardíaca congestiva em pessoas com mais de 60 anos tem sido a causa mais comum de internação hospitalar; e em pessoas acima de 80 anos tem sido a causa de 27% das internações em mulheres e 33% em homens (IBGE, 2009).

Quanto aos indicadores de mortalidade, especialmente mortes prematuras atribuíveis a doenças cardiovasculares, afeta, de maneira desproporcional, a população pobre. Um exemplo dessa situação é a cidade de Porto Alegre, uma cidade brasileira de grande porte,

onde a mortalidade prematura, entre 45 e 64 anos de idade, está diretamente relacionada com as doenças cardiovasculares. Onde este tipo de índice foi 163% mais alto em bairros situados no pior quartil socioeconômico do que naqueles situados no melhor quartil. (BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI 2009).

A hipertensão arterial (HA) é considerada como o fator de risco mais fortemente associado com as doenças cardiovasculares, e com os altos índices de prevalência na população, configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2009). Conforme dados nacionais representativos obtidos durante a realização de quase 400.000 entrevistas no ano de 2008 a estimativa para diagnóstico prévio de hipertensão foi: 24,0% nas mulheres e 17,3% nos homens com idade <20 anos; cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade >60 anos também relataram apresentar sintomas compatíveis com o diagnóstico prévio de hipertensão arterial (BRASIL, 2009).

A perda da proteção contra as doenças cardiovasculares em mulheres, com idade avançada, pode estar correlacionada à queda nos níveis de estrógeno (DANTAS et al., 2012). Estudos indicam uma aceleração da doença aterosclerótica após a menopausa, com aumento dos fatores de risco para DCV em mulheres acima dos 55 anos (CHIEN et al., 2012). De acordo com a base de dados da OMS uniformemente padronizados, a mortalidade atribuível às doenças cardiovasculares no Brasil em 2004 era de: 286 por 100.000 pessoas, esses números só são ultrapassados entre os países sul-americanos relatados pela Guiana e pelo Suriname. Taxas equivalentes foram apresentadas na Argentina: 207 por 100.000, na Venezuela: 209 por 100.000 e no Chile: 160 por 100.000. Atualmente a taxa do Brasil foi maior quando comparada com as taxas relatadas pela maioria dos países norte-americanos e europeus: 179 por 100.000 para os EUA, 175 por 100.000 para o Reino Unido e 200 por 100.000 para Portugal (AHMAD et al., 2010).

1. 3. 3 Diabetes

É considerada como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno, acometendo indistintamente a todas as classes socioeconômicas. Afeta populações dos países em todos os estágios de desenvolvimento humano, aproximadamente 371 milhões de pessoas no mundo são portadoras de diabetes (ADA, 2010).

Está inserida no grupo de doenças metabólicas, caracterizadas pela elevação da glicose no sangue, e surge quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o organismo não utiliza de modo eficaz a insulina produzida. A função da insulina é

transformar glicose em energia para que seja aproveitada por todas as células. Quando o diabetes não é tratado, isto é, quando o tratamento não é realizado adequadamente podem ocorrer complicações como: cardiopatia; nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal; retinopatia, com a possibilidade de cegueira; neuropatia, com risco de úlceras nos pés; amputações e manifestações de disfunção sexual (WHO, 2012).

O Brasil é o quarto país do mundo em número de portadores de diabetes, sendo acompanhado pela China, Índia e Estados Unidos, de acordo com a International Diabetes Federation (IDF). Esses números levam em conta principalmente pessoas com idade entre 20 e 79 anos. Existem no nosso país 13 milhões de portadores, número que poderá subir para 592 milhões em 2035, e para cada caso diagnosticado, estima-se que haja um sem diagnóstico e, deste total 1 milhão são crianças (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

Conforme panorama nacional devido a atual epidemia de obesidade e o maior acesso a testes diagnósticos, é possível identificar expressivo aumento no número dos casos diagnosticados de diabetes. Dados referentes a brasileiros de 20 anos de idade ou mais demonstram um aumento do diabetes autorrelatado: de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 (VIACAVA, 2010).

O que também se observa no país é um número crescente de casos com complicações crônicas da doença causando importantes repercussões para o SUS e elevando os custos para seu controle. Os cuidados adequados podem retardar, ou até prevenir o aparecimento de várias dessas complicações. Um quinto dos diabéticos conhecidos no Brasil não realiza tratamento para a diabetes, acontece grande desinformação, tanto dos pacientes como dos profissionais da área de saúde; grande número de diabéticos procura a assistência médica já com algum tipo de complicação crônica da doença, o que acaba gerando alta mortalidade, principalmente entre os diabéticos do tipo 1 (BRASIL, 2014).

Quanto às novas possibilidades de tratamentos, com maior comodidade, eficácia e controle dos níveis de glicose no sangue: estes têm sido os focos de diversos estudos nas últimas décadas. Os hipoglicemiantes orais vêm apresentando potencial para substituir a terapia com insulina no tratamento dos casos de diabetes gestacional. (PONTES et al., 2010).

As células-tronco também têm sido usadas no tratamento dos pacientes diabéticos por apresentarem potencial de se diferenciar em qualquer outra célula do organismo. Estudos com esse tipo de célula vêm demonstrando resultados promissores. Por décadas, os pesquisadores tentam transformar as células-tronco em células do pâncreas, para que elas possam produzir insulina e fornecer ao paciente o seu suprimento normal deste hormônio. A tentativa nas pesquisas é justamente injetar estas células-tronco que irão produzir insulina, sem que os pacientes apresentem rejeição. Uma linha de pesquisa nesse sentido é o uso de células-tronco do paciente para controlar o seu próprio sistema imunológico (SBTMO, 2014).

1. 3. 4 Câncer

O câncer é uma doença que está diretamente relacionada com o estilo de vida adotado. Conforme for o aumento da exposição aos fatores de risco como: fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso, má alimentação, e negligência com o autocuidado em saúde, maiores são as chances para que a doença ocorra. Durante os últimos 27 anos ocorreram mudanças quanto à mortalidade no Brasil para os principais tipos de câncer. Nos homens, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão, próstata e colo retal estão aumentando, as de câncer gástrico estão diminuindo e as de câncer de esôfago estão estáveis. Nas mulheres, as taxas de mortalidade por câncer de mama, de pulmão e colo retal aumentaram, enquanto as de câncer do colo do útero e do estômago diminuíram (BRASIL, 2010).

A incidência no Brasil para o câncer de mama assemelha-se aos índices dos países desenvolvidos. Para câncer de pulmão, de próstata e colo retal, as taxas brasileiras de incidência estão em nível intermediário. Quanto aos índices para câncer de esôfago em homens, são muito altas, aproximando-se dos níveis encontrados em países asiáticos, que tem as maiores incidências do mundo. E de forma generalizada, a incidência de câncer do colo do uterino, ainda é muito alta, com taxas próximas as de países que possuem a maior incidência como o Peru e alguns países africanos. (AYRES e AZEVEDO, 2009).

Quanto aos índices de sobrevivência em cinco anos para pacientes com câncer de mama, de próstata e de pulmão, foram analisados em duas cidades brasileiras, que são inferiores aqueles apresentados pelos países de alta renda, sugerindo dificuldades ou desigualdades de acesso a procedimentos diagnósticos e tratamento no Brasil. Essas informações são compatíveis com dados internacionais recentes, onde a sobrevida de um câncer curável como: cervical, de mama e de testículo, e leucemia linfoblástica em crianças, está diretamente relacionada às condições sócio econômicas (FARMER, et al, 2010).

De 2003 a 2008, a frequência de mulheres entre 25 e 59 anos de idade que relataram ter feito pelo menos um teste de Papanicolaou nos três anos anteriores aumentou 25%, alcançando 84,6% em 2008. O que contribuiu muito para que houvesse a redução de mortes atribuíveis ao câncer do colo uterino. Especialmente nas capitais brasileiras, vem acontecendo paralelamente uma melhor atenção quanto às práticas de rastreamento, introduzidas a partir de 1980, e que vêm sendo aperfeiçoadas desde 1998. No entanto, cabe ressaltar que há uma grande variação entre níveis de renda, e, além disso, em zonas rurais das regiões Norte e Nordeste que são áreas com acesso restrito ao rastreamento, as taxas de mortalidade ainda são ascendentes (IBGE, 2010).

Dois enormes desafios são atribuídos para o tratamento do câncer pelo SUS atualmente: a eliminação das longas listas de espera para assistência ambulatorial especializada com serviços de diagnóstico e cirurgias; e a transferência do tratamento da maioria das complicações de condições crônicas, dos vários tipos de câncer, das emergências hospitalares para tratamento ambulatorial. Uma explicação para essa falha em fornecer acesso adequado à assistência ambulatorial de qualidade e a cirurgias básicas está diretamente relacionada com as demandas concorrentes por recursos de terapias de alta tecnologia. (BRASIL, 2014).

1. 4 Obesidade e as DCNT

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade está correlacionada ao aumento do risco para as principais DCNT: diabetes, doenças cardiovasculares e diversos tipos de câncer: de mama, cólon, rins, vesícula, esôfago, pâncreas. Cabe ressaltar que a causa de 20% de todos os cânceres tem sido a obesidade (WOLIN et al., 2010).

No Brasil, a cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer em mulheres são de mama. Na região sul do país, sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais freqüente (INCA, 2009). Dos 28% dos casos de câncer de mama identificados, poderiam ser prevenidos com dieta saudável, atividade física regular e manutenção de peso adequado. O aumento do índice de massa corpórea (IMC), assim como o sobrepeso e o ganho de peso durante a vida aumenta a incidência do câncer de mama, já a elevação exacerbada do IMC é considerada um dos fatores preceptores de câncer de mama nas mulheres na pós-menopausa (AIRC, 2009).

O câncer e a obesidade são duas das principais epidemias globais da atualidade e quando se encontram num mesmo indivíduo, os efeitos são nocivos, a obesidade é o segundo maior fator de risco evitável para o câncer, perdendo apenas para o tabagismo, e a mortalidade do câncer é maior na população obesa. Esta epidemia afeta as pessoas de todas as idades, níveis socioeconômicos e raças. As pessoas geralmente associam o

câncer ao histórico familiar, e não direcionam a atenção preventiva na adoção de hábitos saudáveis, que reduz o risco para a obesidade. É essencial conscientizar sobre a responsabilidade de cada um na prevenção do câncer, através do controle do sobrepeso e de outros fatores de risco. A prevenção e a detecção precoce podem reduzir a mortalidade de câncer em até 50% (WOLIN et al., 2010).

A obesidade é vista ainda como um importante fator prognóstico negativo para a sobrevida em mulheres com câncer de mama e tem sido relacionada com a progressão ou recidiva da doença. Mulheres com histórico de câncer de mama demonstraram que o peso e o ganho de peso após o diagnóstico, estão relacionados com a recidiva da doença e o aumento da mortalidade, observou-se também que a alteração do IMC está diretamente associada a um pior prognóstico (SIEGEL et al, 2011).

De acordo com estudo realizado para verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade, e o conhecimento nutricional das mulheres sobreviventes de câncer de mama, com amostra composta por 175 mulheres sobreviventes de câncer de mama em acompanhamento em dois hospitais públicos federais do Rio Grande do Sul, 105 da capital e 70 do interior, os resultados concluíram que apesar das evidências científicas, ainda não se faz uma abordagem nutricional individualizada e efetiva para a adequação dos hábitos de vida que possam diminuir o risco de recidiva do câncer de mama e de segundo tumor primário (RUBIN et al, 2010).

As células de gordura são ativadas durante a produção hormonal, principalmente o estrogênio e de fatores de crescimento, características que contribuem para acelerar a divisão e a reprodução celular. E, quanto mais células se duplicam, maiores as chances de alguma replicação ser inadequada, originando uma célula maligna. E são estes hormônios adicionais que provocam a rápida reprodução das células cancerígenas. Qualquer tipo de obesidade é preocupante, mas aquela onde a gordura localiza-se na região abdominal é considerada a mais perigosa, e com maior índice na probabilidade de desencadear câncer devido ao acúmulo de gordura sobre os órgãos da região do abdômen, causando maior produção de hormônios inflamatórios, maior elevação nos níveis de estrogênio e resistência insulínica, fatores que estão diretamente associados ao risco de câncer (KUSHI et al., 2012).

Modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares, comprovou-se ainda que a alimentação relaciona-se diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais. Dessa forma, a orientação nutricional é útil na

prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em saúde (SANTOS et al., 2009; COPPELL et al., 2010).

Portanto, a recomendação sobre alimentação saudável precisa compor o conjunto de ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos dessas doenças, em especial no contexto da atenção primária. O ideal é que não tenha caráter proibitivo, mas que sirva como um alerta para o usuário e sua família, realizarem melhores escolhas alimentares, afinal essa é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), divulgada, inclusive, como ação transversal incorporada em todas e quaisquer ações, programas e projetos aplicados no país (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

1. 5 População negra e as principais DCNT

No Brasil as doenças prevalentes na população negra, como no caso da hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, insuficiência renal crônica, câncer e, miomatose, já é uma realidade. Essas doenças necessitam de uma abordagem específica, pois podem provocar conseqüente inviabilização da promoção equitativa em termos de ações favoráveis à saúde no país. Os indicadores relacionados a essas doenças são suficientes para demonstrar o recorte étnico referente à população negra, onde há o indicativo para as mulheres negras quanto a maior frequência da diabetes tipo II, os miomas e hipertensão arterial. Há ainda registros quanto à alta reincidência de miomas em mulheres negras. No que se refere à hipertensão arterial, a sua maior prevalência ocorre em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada neste grupo populacional. E o câncer de colo de útero é duas vezes mais frequente em mulheres negras do que em brancas (PNS, 2010).

1.5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a população negra

Sabe-se que cada raça ou etnia tem peculiaridades próprias, diferenciando-se na magnitude dos riscos biológicos, ambientais, psico e socioculturais para doenças. As estatísticas a respeito da prevalência de HAS em negros, apresentadas para o Brasil conforme as investigações socioepidemiológicas, e de acordo com a estratificação racial identificaram maiores índices dessa doença na população negra. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com diagnóstico de HAS quando comparado com as mulheres brancas. A implementação de

medidas para a prevenção da hipertensão arterial, representa um grande desafio para os profissionais e gestores dos SUS atualmente (RIBEIRO E SCHERR, 2009).

Conforme Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicadas em 2010, esse é um agravo à saúde mais prevalente nos negros cujo controle é mais precário nessa população, portanto é justo e imprescindível que a raça venha a ser uma variável introduzida nos bancos de dados e nas análises, de modo que os negros possam beneficiar-se com estratégias as quais possuam enfoque específico na prevenção e controle da HAS e suas complicações adaptadas a etnia, aumentando conseqüentemente a probabilidade de sucesso quanto à adesão aos tratamentos, evitando prejuízos na qualidade de vida, estados de invalidez e até o óbito precoce.

1.5.2 Diabetes e população negra brasileira

Atualmente chama-se a atenção para a importância que o diabetes mellitus assume como problema de saúde em determinados grupos étnicos. Na população negra brasileira, há evidências de que a frequência do diabetes está aumentando mais do que na população branca, tendo triplicado nos últimos 30 anos, enquanto apenas duplicou na população branca (BRASIL, 2011).

A retinopatia diabética é duas vezes mais prevalente em negros com diabetes do que em brancos. A nefropatia diabética é cerca de quatro vezes mais frequente em negros, porém a sobrevivência de pacientes negros com doença renal terminal é maior do que a dos pacientes diabéticos brancos. A incidência de amputações de membros inferiores apresenta um excesso de 20% entre os negros em relação aos brancos. Muitos dos fatores que influenciam quanto à frequência de complicações do diabetes em negros, e contribuem para o excesso nos índices de morbidade, são passíveis de intervenção. O atraso no diagnóstico e tratamento pode provocar o surgimento das formas mais severas de complicações e incapacidades. A hipertensão arterial é um fator de risco de grande importância para o surgimento das complicações micro e macrovasculares do diabetes e parece ser mais frequente em negros do que em brancos com diabetes (MARTINEZ E LATORRE, 2009).

Conforme comprovação científica, a população negra apresenta menor escolaridade e menor frequência de diagnóstico prévio de diabetes, sendo este um dado que traduz as diferenças socioeconômicas importantes entre os negros e os brancos, e que reflete no acesso a serviços de saúde. Identificou-se ainda que a obesidade era mais frequente entre os negros do que nos brancos (40% vs. 36%), com a menor diferença no grupo etário mais jovem, ou seja 30-39 anos (35% em negros e 20% em brancos), evidenciando a maior

ocorrência de um importante fator de risco para o diabetes e doença cardiovascular, em idade mais precoce, entre os negros (PEREIRA, et al, 2009).

1.6 Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis

No Brasil, aproximadamente 75% da assistência à saúde para a população é realizada pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis representam aproximadamente 40% dos óbitos notificados no Brasil, e a proporção de óbitos varia por: grupos de causas, entre as regiões e estados; por faixa etária e por indicadores socioeconômicos individuais e municipais. A proporção de óbitos por essas doenças é maior nas faixas etárias mais elevadas e a mortalidade proporcional por DCNT vem aumentando no Brasil: em 1996, respondia por 53,2% das mortes; em 2007, passou para 57,5% (PNS, 2011).

De acordo com Malta, Morais e Silva (2011), o objetivo principal do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento dessas doenças é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco. É ainda um Plano que vem reafirmar as táticas voltadas especificamente para a promoção da saúde, além de fortalecer os serviços em saúde direcionados para a atenção aos indivíduos acometidos por esse grupo de doenças. É, sobretudo um Plano estruturado em três principais diretrizes ou eixos: 1- Vigilância e informação; 2 -Avaliação e monitoramento; 3- Promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2013).

Ao propor que o enfrentamento das DNCT enfocasse prioritariamente as quatro doenças, a OMS elegeu ainda como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de bebidas alcoólicas (DUNCAN et al., 2012). As seguintes metas apresentadas no plano deverão ser atingidas: obter a redução relativa de 25% na mortalidade por doença cardiovascular, câncer, diabetes, ou doença respiratória crônica até 2025; redução relativa de 10% no consumo de bebidas alcoólicas, incluindo o consumo abusivo e nocivo; redução relativa de 15% na proporção média do total de ingestão de ácidos graxos saturados com o objetivo de atingir níveis menores que 10% do total; impedir o crescimento da obesidade; redução relativa de 10% na prevalência de inatividade física; redução relativa de 25% na prevalência de pressão arterial elevada; redução relativa de 20% na prevalência de colesterol total elevado (BRASIL, 2011).

Um problema grave em saúde pública apontado pelo Plano é a obesidade, considerada uma crescente epidemia mundial. Segundo o Ministério da Saúde (2011a), no Brasil é comprovado o aumento progressivo do peso corporal na população, e nas últimas três décadas os dados demonstram que 48% das brasileiras e 50% dos brasileiros adultos apresentam peso considerado excessivo. Esses dados demonstram a crescente necessidade de ações em promoção de saúde que incentivem a existência dos espaços de convívio mais saudáveis, onde as modificações quanto aos hábitos alimentares devem ser estimuladas e estejam disponíveis a todos. Esta forma de aprendizado visa à prevenção de doenças, a promoção da saúde e desperta para a autonomia dos sujeitos envolvidos, transformando-os em sujeitos ativos e capazes de modificar sua própria vida ou até mesmo da sua comunidade. Este tipo de prática transversal, que ultrapassa as barreiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes, conhecimentos e poderes, tem o papel fundamental em integrar de forma harmônica os níveis de gestão do sistema de saúde (SCHMIDT et al, 2011).

Através do controle metabólico rigoroso, em associação com medidas preventivas e curativas relativamente simples, é possível prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (ASSUNÇÃO, MALFATTI; 2009).

Quanto à prática de atividade física, se tornou um comportamento diretamente associado à proteção e promoção da saúde, afinal o estilo de vida adotado atualmente gera uma tendência ao aumento do sedentarismo e a adesão para os hábitos alimentares inadequados, os quais acarretam no excesso de peso, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT (FOGELHOLM, 2010, SOUSA; NOGUEIRA, 2011).

Após um ano do lançamento do Plano de Enfrentamento no Brasil concluiu-se que quatro metas poderiam ser consideradas atingíveis: redução da taxa de mortalidade prematura por este grupo de doenças crônicas; redução da prevalência de tabagismo; aumento da cobertura de mamografia nos últimos dois anos na faixa etária de 50 a 69 anos; e aumento da cobertura de Papanicolau nos últimos três anos na faixa etária de 25 a 64 anos. Quanto à meta que visa deter o aumento da prevalência de obesidade em adultos, em 2011 ultrapassou o esperado e atingiu 15,8%. (BRASIL, 2012; WHO, 2012).

1.7 Atenção primária e doenças crônicas não transmissíveis

Após 25 anos do processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais houve a edição de uma série importante de leis e normas com vistas ao fortalecimento

e consolidação da saúde pública, o processo para a implementação deste sistema permanece ocorrendo continuamente. O Ministério da Saúde (1990) reconheceu a importância da assistência integral ao indivíduo tendo como foco principal o seu ambiente familiar, social e econômico, e concomitantemente uma nova concepção para o conceito de saúde, tida não somente como a simples ausência de doenças, mas incluindo também a questão da qualidade de vida através de uma análise biopsicossocial do indivíduo (FIGUEIREDO, 2011).

Durante um longo período as práticas da Atenção Básica estiveram organizadas em torno de um modelo de pronto atendimento, no qual predominava a ideia de saúde como um bem de consumo. Os usuários por um lado, pressionavam os gestores municipais por atendimento médico e remédios, incorporando as noções de direito à saúde, garantidas conforme é preconizado pela Constituição Federal. Por outro lado, os profissionais conciliaram uma clínica com um mínimo efetivo de técnicos e pouco vínculo com os usuários. Isso possibilitou uma maior independência e, conseqüentemente, maior poder de negociação, os gestores então compreenderam o pronto atendimento como uma solução viável e que satisfazia os principais atores inseridos no contexto. As conseqüências negativas do pronto atendimento foram: a constante medicalização e os conseqüentes altos custos; a baixa autonomia dos usuários quanto aos cuidados com a saúde; a ineficácia para prevenir e tratar as doenças crônicas; o baixo aproveitamento do trabalho em equipe, pois essa atenção concentrava-se principalmente no trabalho do profissional, médico; havia ainda a incapacidade de atuação nos determinantes de saúde coletivos (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Com a produção teórica do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, no início da década de 90, surgem então propostas de construção de novos modelos assistenciais socialmente mais justos, não centrados somente na figura do médico. Nessa mesma época, é então criada pelo Ministério da Saúde, uma alternativa na forma de política pública, a qual promove a reorientação da atenção primária, buscando superar a ineficácia do modelo vigente e atender a pressões de organizações internacionais, como o Banco Mundial. Ao mesmo tempo, o Programa de Saúde da Família começava a se organizar, fundamentado essencialmente em práticas preventivas e programáticas (FRANCO; MERHY, 1999)

Em 1991 ocorreu então, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), este foi um programa inspirado em experiências voltadas basicamente para a prevenção de doenças, por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde e grupos de risco. Em âmbito federal, esta foi considerada como uma estratégia-ponte para o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF), por unir elementos como: concepção

ampliada de saúde; demanda por busca ativa; enfoque centrado na unidade familiar e articulação com a comunidade (SANTOS, TENÓRIO, KICH, 2011).

Desde 1994, o programa Saúde da Família vem apresentando uma evolução expressiva, cuja celeridade em termo de expansão reflete a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Ocorreram avanços tanto nas legislações desde a Constituição Federal, quanto na gestão das pessoas e do processo de trabalho em saúde, valorizando fundamentalmente, o trabalho em equipe, a gestão por resultado, opondo-se, inclusive, a gestão por procedimentos (CUNHA, 2005).

Em 1998, o programa transforma-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF), e nela está inserida as ações de cuidado conforme à Atenção Primária (AP), que é a principal porta de entrada do SUS, e também a principal forma de comunicação entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É basicamente uma estratégia constituída de equipe multidisciplinar inserida em uma Unidade de Saúde da Família (USF), responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita, e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2006).

Distintos são os formatos de organização das unidades de saúde da família, implantadas conforme orientação do modelo da Atenção Primária. São portanto, unidades que desenvolvem suas ações de acordo com as realidades socioepidemiológicas, elas possibilitam ainda que haja uma facilidade de acesso aos serviços de saúde, e tornam-se responsáveis pela construção da vinculação entre usuário e equipe de saúde, com a concomitante continuidade do cuidado. Inclusive, são estes os principais parâmetros para definir o número de habitantes da área adstrita. Desta forma, cada Unidade de Saúde da Família, localizada em grandes centros urbanos, e que não adota a ESF, deverá acolher no máximo 18 mil habitantes. Quanto áquelas que possuem na sua organização, o planejamento conforme os princípios da ESF, recomenda-se no máximo um quantitativo de 12 mil habitantes, onde cada equipe, deverá ser responsável por 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos, variando de acordo com o grau de vulnerabilidade da população. É importante ressaltar ainda, que a comunicação é a principal ferramenta para o crescimento de uma equipe em trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que deseja obter à conseqüente gestão em cuidado integral com os respectivos usuários (FRANCISCHINI, MOURA, CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2008).

Em termos de compreensão generalizada da atuação organizacional do SUS, toda essa estrutura da RAS, funciona dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma coordenada. Para tanto, é necessário estabelecer táticas que permitam criar múltiplas soluções quanto ao enfrentamento do processo saúde-doença. Com o

objetivo de assegurar a integralidade da atenção, é que foi definido então, o conjunto de serviços e equipamentos de saúde, para atuar num determinado território geográfico, sendo responsável, não somente pela oferta, mas também pela forma como os serviços se relacionam, favorecendo a ampliação da cobertura em saúde e a melhor comunicação. Quanto aos fluxos esses são determinados na RAS de atendimento, conforme as demandas nos diversos níveis de atenção (FIGUEIREDO, 2011).

Conforme o Conselho Nacional de Saúde (2006), a reiteração dos princípios e diretrizes do SUS e pactuação a favor da saúde que ocorreu entre os gestores, vieram definir ações pertinentes as seguintes questões: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação da participação e controle social, além do planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde. Após os três primeiros anos de sua homologação, o Pacto pela Saúde teve a adesão de todos os estados do Brasil e de 3.345 dos 5.564 municípios brasileiros. Sequencialmente, o que o governo federal utilizou para complementar as ações em saúde foram tentativas de adequar normas nacionais da atenção primária para os municípios e estados da federação, definindo assim parâmetros que estivessem em consonância com a realidade vivida pelo SUS em cada região. Resoluções e normas das portarias anteriores permanecem em vigor, desde que não gerem conflito com a atual, sendo o propósito principal disso, segundo o Ministério da Saúde, respeitar as diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados, bem como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica, para assim consolidar a ESF, como forma prioritária da atenção em saúde no Brasil (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2011).

Quanto à atenção direcionada as doenças crônicas não transmissíveis DCNT, a Política Nacional de Promoção da Saúde, apresentada em 2006, já priorizava ações para modificar a interface socioambiental que incentivava o aparecimento das quatro principais DCNT em território brasileiro, através do estímulo para: alimentação saudável; atividade física; prevenção ao uso abusivo do tabaco e álcool, inclusive com a transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas metas, de forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2010).

Conforme informações do Ministério da Saúde (2011), no intuito de manter a continuidade das referidas ações supracitadas, houve a institucionalização do Programa Academia da Saúde, este programa tem como objetivo principal promover saúde através da prática regular de atividade física, e apresenta meta para expandir-se a 4 mil municípios até 2015. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física, os quais já contabilizam mais de mil projetos preventivos em todo o país (BRASIL, 2013).

O processo de assistência quanto a essas doenças associado às atividades específicas da atenção primária, que atualmente cobre cerca de 60% da população brasileira, onde as Equipes de Saúde da Família atuam realizando ações para promoção, vigilância e prevenção, além de oferecer o acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento, incentiva ainda a prevenção em nível primário, através dos Cadernos da Atenção Básica e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros, já lançados e publicados. Existe ainda, um programa específico para distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, caracterizando a expansão da atenção farmacêutica (MALTA; MORAIS; SILVA, 2011).

Ainda conforme informações do Ministério da Saúde os indicadores correspondentes as metas do Programa Farmácia Popular, demonstraram que a oferta de medicamentos gratuitos para tratamento da hipertensão e diabetes atingiu mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso da população, onde foram distribuídos até abril de 2011 mais de 3,7 milhões de remédios, elevando assim em 70% a cobertura específica para usuários hipertensos e diabéticos. Todas essas ações integradas tendem a provocar mudanças socioambientais significativas no manejo das DCNT (BRASIL, 2011).

1.8 Avaliação de Programas de Saúde para enfrentamento de DCNT

A atenção primária à saúde no Brasil tem na ESF uma proposta de reorganização dos serviços de saúde e, para isso aposta no aprimoramento evolutivo a partir dos preceitos da promoção da saúde. Segundo Giovanella, Fausto e Almeida (2011) são diversas as ações para fortalecimento e implementações da referida tática, portanto no setor saúde coordenar os atendimentos e cuidados é visto como uma forma de articulação entre os diversos serviços e ações e, independentemente do local onde sejam prestados, tais serviços devem estar sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

De acordo com Starfield (2004) são quatro os elementos estruturais da atenção primária: 1-Acessibilidade; 2- Variedade de Serviços; 3- Definição da População Eletiva e 4- Continuidade. Para aprimorar a forma de atuar conforme estes elementos estruturais, e efetuar as ações em saúde, é necessário um constante processo de avaliação das políticas e projetos, onde deve ser considerada a forma como está o nível de qualidade para acesso aos serviços; quais são os níveis de eficácia e qualidade técnica científica que os atendimentos atingem; além da análise aprofundada quanto à capacidade de cobertura atingida por estas ações (NOVAES, 2004).

Para avaliar programas de saúde é necessária a escuta qualificada das opiniões advindas de concepções, conforme a observação da intervenção ou do atendimento

prestado. Todo este processo de avaliação deve ser incluído no planejamento e coordenação das ações, pois trata-se de um caminho prático para subsidiar decisões mais adequadas em nível de gestão (MINAYO, 2005).

A importante compreensão e discussão das percepções dos profissionais envolvidos diretamente na ESF, de acordo com as ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde, é o tipo de avaliação qualitativa capaz de trazer informações importantes, quanto às formulações teóricas e as práticas, referentes à promoção da saúde e à organização do trabalho. E é justamente a partir destas avaliações que são apontadas, as possíveis intervenções em termo de políticas públicas mais eficientes que sejam capazes de mudar a capacitação profissional e também a organização dos serviços, sob a ótica da promoção da saúde (RIBEIRO, SASAKI 2013).

Conforme resultados de estudo com abordagem qualitativa de Giacomozzi e Lacerda (2006), para avaliar a atenção domiciliar em atenção primária ficou perceptível, através das expressões emitidas pelos profissionais envolvidos, que apesar da amplitude de possibilidades propiciadas pela atenção domiciliar, às práticas ainda encontravam-se centradas no atendimento de queixas básicas dos usuários, e que havia falta de capacitação dos profissionais de saúde para a utilização desse espaço de atenção. A maioria das dificuldades informadas por parte dos profissionais era proveniente da estrutura ofertada para sua atuação, bem como da insuficiente capacitação do profissional para a efetuar as atividades de assistência domiciliar. Conforme, as avaliações realizadas entende-se, que esse modelo de atendimento domiciliar em atenção primária se constitui em um espaço construtor de acesso, não apenas à assistência, mas também às políticas públicas, por meio da relação que se estabelece, entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo (LIONELLO et al. 2012).

Em outro estudo com abordagem qualitativa, para analisar as concepções que norteiam as práticas de promoção da saúde dos profissionais de uma USF na região nordeste do Brasil, onde os informantes-chave foram seis membros da comissão gestora de uma atividade de promoção da saúde e outros dois profissionais, indicados pela comissão, totalizando oito entrevistados, percebeu-se conforme as entrevistas e o diário de campo analisados, que os participantes possuíam uma concepção ampliada do termo “saúde”, o que provoca influência direta na forma como a promoção à saúde é realizada, entretanto havia incoerência entre o discurso e a prática (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

CAPÍTULO 2 – MÉTODO

2.1 Tipo e período do estudo

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com abordagem multi-método, uma vez que privilegiou aspectos que dimensionam o perfil dos sujeitos analisados - o quilombola e sua família, como também, suas concepções sobre o ambiente de promoção em saúde e, os principais índices relacionados às ocorrências de DCNT na referida população, num coorte temporal compreendido entre os anos de 2009 a 2013.

2.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no povoado Mussuca, município de Laranjeiras, no estado de Sergipe, região nordeste do Brasil. O povoado fica distante aproximadamente, 4,0 km do município, sendo essa comunidade formada por um número maior de afrodescendentes. Dentro da referida comunidade, os sujeitos participantes da pesquisa foram justamente os indivíduos envolvidos nos atendimentos prestados pela ESF e, identificados conforme cadastro na UBS.

2.3 Universo e amostra

O universo da pesquisa foi constituído pelos usuários atendidos e profissionais da ESF.

2.3.1 Profissionais de saúde

Foram selecionados todos profissionais diretamente envolvidos em ações do PSF na unidade de saúde da família do povoado Mussuca: gerente e técnica em enfermagem (01), médica (01), odontólogo (01), enfermeira (01), técnica em saúde bucal (01), auxiliar de enfermagem (01) e agentes comunitários de saúde (02), totalizando (08) sujeitos.

Cálculo da amostra dos usuários

A população do povoado Mussuca é composta por 1800 habitantes, correspondendo a 503 famílias cadastradas como quilombolas.

O cálculo foi realizado através da fórmula de Barbetta (2010).

Fórmula: $n_0 = 1/E^2 = 1/0,05^2 = 400$ $n = N \cdot n_0 / N + n_0 = 503 \times 400 / 503 + 400 = 201200 / 903$; $n = 223$

Onde, n = amostra; N = população; n_0 = estimativa do n , considerando o erro amostral de 5%.

A amostra mínima para realização deste estudo foi de 223 famílias, sendo acrescidos 10%, para assegurar a continuidade da representatividade dessa amostra, nas possíveis perdas. Assim, o número de famílias total da amostra ficou em 245. Consideramos ainda, que de cada família foi selecionado um sujeito participante da amostra.

Seleção da amostra de usuários:

Foram selecionadas aleatoriamente as famílias participantes, e apenas um sujeito de cada família cadastrada na UBS participou como indivíduo escolhido para responder aos instrumentais de pesquisa utilizados.

Assim o total de sujeitos da pesquisa foi constituído por 253, sendo 245 usuários membros da população quilombola e 8 profissionais da unidade de saúde, envolvidos diretamente com ações desenvolvidas pela ESF.

Dos 245 usuários que responderam ao formulário sócio-demográfico foram selecionados 10% da amostra, por conveniência, para participar da entrevista semi-estruturada, correspondendo portanto a 25 indivíduos.

- Critérios de inclusão do usuário:

Foram incluídos os sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, moradores cadastrados como quilombola e usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por pelo menos quatro anos.

- Critérios de exclusão do usuário:

Sujeitos com diagnóstico clínico de comprometimento mental grave registrado em prontuário.

2.4 Instrumentais de pesquisa

As entrevistas foram realizadas através do roteiro semi-estruturado específico para os profissionais de saúde (apêndice - A). Também foi elaborado um roteiro de entrevista para os usuários (apêndice - B).

Ambos roteiros de entrevista foram submetidos a um processo de validação facial, por cinco profissionais especialistas e envolvidos diretamente com saúde pública, os quais possuem mais de cinco anos de experiência, para verificar a confiabilidade, reprodutibilidade, homogeneidade, consistência interna e o conteúdo de cada item dos instrumentais utilizados.

A validade facial é um tipo de validação de construção, obtida através do julgamento que uma amostra de especialistas na matéria realiza do instrumento avaliado (ROSEN; OLSEN, 2006; BRODER; et al, 2007).

Quanto ao formulário de identificação do perfil sócio-demográfico para usuários (apêndice - C), esse é um instrumento de pesquisa fundamentado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que trata especificamente da identificação dos moradores através das características da unidade domiciliar; condições socioambientais; cor referida e nível de escolaridade; informações referentes às condições de subsistência, trabalho, fecundidade e estado de saúde. É importante ressaltar que esse é um instrumento já validado em pesquisas realizadas anteriormente (ASSIS, 2010).

2.5 Coleta de dados

Na primeira etapa, foi realizado o levantamento de dados secundários conforme a base de dados existentes sobre DCNT no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) durante o período de 2009-2013, com a pretensão inicial da investigação dos seguintes marcadores pertinentes a pesquisa: número de óbitos prematuros em DCNT; taxa de mortalidade prematura DCNT; percentual de óbitos em internamentos por infarto agudo do miocárdio (IAM); taxa de internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou mais; internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou com óbito; óbitos por DCNT, prevalência de tabagismo em pessoas com 15 e mais anos padronizada por idade, prevalência de atividade física insuficiente em adultos (> 18 anos) padronizada por idade, prevalência de mamografia dos 50 - 69 anos. No campo empírico foram encontrados somente os seguintes marcadores: registros de casos de acidente vascular cerebral; hipertensos e diabéticos cadastrados; registros de infarto agudo do miocárdio, da taxa de AVC/1000 habitantes, de realização de citologia oncótica em mulheres com faixa etária entre 15-49 anos e, dos casos de hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Durante a segunda etapa foram entrevistados 8 (oito) profissionais conforme amostra correspondente aos profissionais da UBS, e a esses sujeitos foram apresentadas perguntas referentes à percepção, conforme os reflexos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras. Numa terceira etapa foram realizadas entrevistas com os sujeitos residentes na comunidade, antecipadamente contactados, a fim de identificar a disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, e com o consentimento do entrevistado. Foram selecionados 245 moradores que já são cadastrados na UBS do referido povoado.

Na quarta e última etapa referente à coleta de dados foram entrevistados 25 usuários os quais estavam inseridos no grupo de indivíduos e que já haviam respondido ao formulário sócio-demográfico, para assim obter informações pertinentes aos reflexos em suas vidas, após o acesso a serviços e ações disponibilizados pela ESF, direcionadas para o combate

das principais DCNT. Antes da realização de todas essas etapas e procedimentos técnicos necessários à consolidação da pesquisa em tela, todos os entrevistadores participaram de um treinamento prévio.

2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo foi aprovado em 27/02/2014 conforme parecer de número: 560.829 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes e de acordo com as diretrizes da Plataforma Brasil. Obteve ainda a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Laranjeiras.

Todos os participantes da pesquisa em tela foram convidados a assinar os termos de consentimento livre e esclarecido (apêndice – D e apêndice – E). Os indivíduos receberam, portanto, esclarecimentos pertinentes aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Esta etapa da pesquisa vem garantir a confidencialidade dos dados individuais.

2.7 Análise dos dados

A análise quantitativa englobou a identificação de aspectos socioambientais, que possuem relação direta com a saúde desta comunidade e, a avaliação dos principais índices de saúde da referida população quanto à ocorrência de DCNT, conforme registro no SIAB. Para tanto, foram utilizadas; média, desvio padrão, mediana e frequência percentual.

Quanto ao tratamento dos dados qualitativos, foi realizado através da análise do discurso com base em Bardin (2009), num comparativo entre as concepções dos usuários e profissionais de saúde, com os principais referenciais teóricos pertinentes aos temas abordados na pesquisa. As análises de discurso dos sujeitos referiram-se principalmente: ao conceito de saúde; as influências do ambiente nas condições de saúde quanto ao reconhecimento da ocorrência das DCNT e ainda; sobre as ações da ESF direcionadas ao combate dessas doenças crônicas, no que se refere aos comportamentos e hábitos da comunidade. Inicialmente as entrevistas foram transcritas e, então realizada leitura com intuito de apreender o conteúdo. Logo após foram destacados nos diferentes depoimentos, os fragmentos que apresentavam semelhanças de significado e, posteriormente, durante a codificação e categorização de todo material empírico, procedeu-se a delimitação das unidades de registro (palavra-chave ou frase) e unidades de contexto. As categorias de análise que surgiram deste tratamento foram as seguintes: conceito de saúde, influência

ambiental na saúde, política social para a saúde. Para fundamentação teórica foram usados os respectivos autores, a legislação e os documentos oficiais pertinentes ao tema abordado, como: documentos das conferências nacionais e internacionais sobre promoção à saúde; a Política Nacional de Atenção Básica; a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PNPIR; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; e os textos referentes ao Programa Brasil Quilombola (PQB) e ao Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Interessa saber e discutir sobre as causas das DCV? Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul Ano XVIII 2010; nº 20.

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2011 nº 34.

AHMAD, O.B.; BOSCHI-PINTO, C.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L.; LOZANO, R.; INOUE, M. Age standardization of rates: a new who standard – GPE. Discussion Paper Series, n. 31. 2001 [acessado em 04 de outubro de 2014] Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/>

AIRC - AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH - AIRC. Policy and action for cancer prevention: food, nutrition and a physical activity, 2009

ABEGUNDE, D.O.; MATHERS, C.D.; TAGHREED, A.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; v. 370, p.1929-1938.

ALMEIDA P.F.; FAUSTO M.C.R.; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Pan-americana de Saúde Pública 2011; v.29, p.84 – 95.

ALMEIDA, A.W.B. Territórios quilombolas e conflitos - Cadernos de debates Nova Cartografia Social/Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010.

ALMEIDA, W.S; MONTEIRO, C.A. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2014; v.19, p. 333-342.

ALWAN, A.; MACLEAN, D.R.; RILEY, L.M.; D'ESPAIGNET, E.T.; MATHERS, C.D.; STEVENS, G.A. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet 2010; v. 376, p.1861-1868.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2011; v.16, p. 319-325.

ASSIS, E. S. *Estudo das Síndromes Falciformes em Comunidade Patioba Sergipe /Brasil*. [Dissertação]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2010.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2011; v. 29, p. 84–95.

ANDRADE L. M. B. de, QUANDT F. L., CAMPOS D. A. de, DELZIOVO C. R., COELHO E. B. S., MORETTI-PIRES R. O. Análise da Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina *Revista Saúde & Transformação Social* 2012; v.3, n.1, p.18-31.

ANDRADE, L.M.B.; QUANDT, F.L.; CAMPOS, D.A.; DELZIOVO, C.R.; COELHO, E.B. S.; MORETTI-PIRES, R.O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Revista Saúde e Transformação Social* 2012; v.1, n.1, p.18-31.

ANDRADE, M.M. *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico*. 10 edição Atlas; 2010.

ASSIS, M.C. *Metodologia do Trabalho Científico*. Universidade Federal da Paraíba.

AYRES, A.R.G.; AZEVEDO, S.G. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública* 2010; v.44, p.963-74.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília. 2010.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal, LDA, 2009.

BARRETO, S.M.; FIGUEIREDO, C.R.; Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero, *Revista Saúde Pública* 2009; v.43, p.38-47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. MS. 2011; 148.

BRASIL. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento das metas para o controle de DCNT Coordenação Geral de Doenças e Agravos não transmissíveis** Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: MS. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS n.7**. Brasília: MS. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise da situação de saúde do Brasil e os desafios da assistência e vigilância das doenças crônicas**. Brasília: MS. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa/Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)**. Brasília: MS. 2008a.

BRASIL. Decreto-lei nº 4.886, de 20 de novembro de 2003 Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PNPIR. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out.2011 Seção 1, p.55.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Intergerencial de Informação para a Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b.

BRASIL. **Programa Brasil Quilombola - Diagnóstico de ações realizadas**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012 [acessado em 20 julho 2013]. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>

BRASIL. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde MS, 2008c.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. MS, 1997.

BOUDREAU, M-C.; GEFEN, D.; STRAUB, D.W. Validation in Research: A State-of-the-Art Assessment. MIS Quarterly, 2001 p. 1-24.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, S.I. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, p.1143-1153, 2011.

CARDOSO, L.F.C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas Instrumento: Revista Instrumento Juiz de Fora, 2010 v.12, n.1.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2008 v. 13, p 2029-2040.

COSTA, L.C.; THULER, L.C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. Revista Brasileira de Estudos Populacionais Rio de Janeiro, 2012 v.29, n.1, p.133-145.

COSTA, V.T.; ALVES, P.C.; LUNARDI, V.L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. *Revista Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 2006 v.14 p.27-31.

DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; BARRETO, S.M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, 2012 v.46, p.126-134.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil *Revista Pan-americana de Saúde Pública*, 2007 v. 21, p.164-176.

FIGUEIREDO, E. N A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS, 2011 [acessado em 20 julho 2013]. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/.../unidade05.pdf>.

FOLGELHOM, M. Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and diseases risk factors - A systematic review *Revista Obesity*. 2010, v.11, p.202.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF. *Revista Investigação*. 2008, v.8, n.1-3, p.25-32.

FRANCO, M.L.P.B. *Análise de Conteúdo*. Série Pesquisa, 3ª edição, 2008.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Revista Texto & Contexto da Enfermagem*. 2006, v.15, p.645-53.

GOTZSCHE, P.C.; JOHANSEN H.K. Intravenous alpha-1 antitrypsin augmentation therapy for treating patients with alpha-1 antitrypsin deficiency and lung disease. *Cochrane database of systematic reviews* Jul 7;(7):CD007851. doi: 10.1002/14651858.CD007851.pub2.

KUSHI, L.H.; DOYLE, C.; MCCULLOUGH, M. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer Journal Clinic*. 2012, p.62:30.

KEMPFER, S.S.; BELLAGUARDA, M.L.R.; MESQUITA, M.P.L.; ALVAREZ, A.M. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil Revisão Integrativa. Revista Rede de Enfermagem. 2011, v.12, p1066-1073.

LANCMAN S.; BARROS J. de O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo. 2011, v.22, n.3, p.263-269.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.

LEITE, I.B. Humanidades Insurgentes: Conflitos e Criminalização dos Quilombos. Caderno de Debates Nova Cartografia Social –Territórios Quilombolas e Conflitos. vol 1, nº 02 Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010.

LIONELLO, C.D.L.; DURO, C.L.M.; SILVA, A.M.; WITT, R.R. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Revista Gaúcha de Enfermagem 2012, v.33, p.103-110.

LOPES, F.; WERNECK, J. P. BATISTA, L. E. (Org.) Saúde da População Negra Rio de Janeiro: Ed. DP et Alii, 2012, p. 249-263.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Revista Interface: comunicação saúde educação 2010, v.14, n.34, p.593-605.

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B.S. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde. 2013, v.22, p.151-164.

MALTA, D.C.; MORAIS, N.O.L.M.; SILVA, J.J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde. 2011, v.20, p.425-438.

MALTA, D.C.; OLIVEIRA, M.R.O.; MOURA, E.C.; SILVA, S.A.; ZOUAIN, C.S.; SANTOS, F.P.; NETO, O.L.M.; PENNA, G.O. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2008 v.16, n.3, p.2011-2022.

MENDONÇA, C.S. Saúde da família, agora mais do que nunca. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2009 v.14, p.1493- 1497.

MINAYO, M.C.S. *Conceito de avaliação por triangulação de métodos. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde* São Paulo: Hucitec 2008 p.269.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes: Petrópolis, 2009

NOGUEIRA, J.A.D.; SOUSA, A.F.M. Intervenções em Atividade Física e seus impactos nos fatores de risco e nas doenças crônicas não transmissíveis em adultos no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2011.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa sobre serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004 v.20, p.147-173.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2011 v.15, n.37, p.539-550.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis*. Geneva; 2003.

PADILHA, J.M.S.C. Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crônica na promoção do autocontrole da doença. 2010 v.16, n. 4, p.641-647.

MARINO, D.M; MARRARA, K.T; ARCURI, J.F; CANDOLO, C.; JAMAMI, M.; PIRES DI

LORENZO, V.A. Determinação dos preditores de exacerbação nos pacientes com DPOC em tratamento fisioterapêutico – estudo longitudinal Brazilian Journal Physical Therapy. 2014; v.18, p.127-136.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: Quick Reference Guide. London. 2010, [acessado em 04 de outubro de 2014] Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49399/49399.pdf>

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

O'REILLY, J.; JONES, M.M.; PARNHAM, J.; LOVIBOND, K.; RUDOLF, M. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care: summary of updated NICE guidance. BMJ 2010; v.340.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developed countries Journal Hypertension. 2009; v.27, p.963 -75.

PESSOA, C. PESSOA, R. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. Revista Pulmonar-Atualizações Temáticas. 2009; v.1, p.7-12.

PONTES, T.C.; RUFINO, G.P.; CAVALCANTI, Y.W.; ALMEIDA, L.F.D. Terapia com hipoglicemiantes orais para tratamento da diabetes gestacional. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2010, v.14, n.3 p. 25-32.

RIBEIRO, J.P.; SCHERR, C. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. Arquivos Brasileiros Cardiologia. 2009, v.93, p.54-56.

RICCARDI, D.M.R.; VASQUES, L.A.P.; PENONI, A.C.O.; BERNARDES-AMORIM, D. Nível socioeconômico e hábitos de vida familiares na incidência de obesidade infantil em escola pública e particular da cidade de Pouso Alegre/MG Coleção Pesquisa em Educação Física. 2009, v.8, n.4.

RUBIN, B.A. Perfil Antropométrico e Conhecimento Nutricional de Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2010 p.303-309.

RINEHART D. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS* [Dissertação] do Programa de pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2013

ROCHA, F.C.V.; CARVALHO, C.M.R.G.; FIGUEIREDO, M.L.F.; CALDAS C.P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Revista de enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro. 2011, v.19, p.186-191.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trabalhos Educacionais em Saúde*, Rio de Janeiro. 2012, v.10, n.2, p.235-255.

SANTOS, C.M.; TENÓRIO, F.P.S.; KICH, F.D. *A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe. Livro do Aprendiz* 1ª ed. – Aracaju: Funesa, 2011.

SANTOS, A.A.; GOMES D.; SILVA, R.M.; MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, L.J.E.S.; CATRIB, A.M.F.; JORGE, H.M.F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 v.17, p. 1275-1284.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo. Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013, v.8, p.155-163.

SBTMO. Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea Uso de células-tronco para o tratamento de pacientes com diabetes do tipo 1 [acessado em 04 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/?p=185060>.

SCHMITT, A.; TURATTI, M. C. M.; CARVALHO, M.C.P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Revista Ambiente & Sociedade*. 2002 - ano V, n.10.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.;

BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; v.377, p.1949-1961.

SEVERINO, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª edição - Cortez, 2007.

SIEGEL, R.; WARD, E.; BRAWLEY, O.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths *CA Cancer Journal Clinic*. 2011, v.61.

SILVA, H.A.; OLIVEIRA, L.M.; GUIMARÃES, J.C.; GIOVANONNE, N.H.; SANTOS, A.S. A visão da equipe de saúde sobre a inserção dos profissionais de educação física na Estratégia Saúde da Família de Monte Claros – MG. *Revista Motricidade*. 2012, v.8, n. 2, p.513-520.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B.; Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Pan-americana de Saúde Pública*. 2013; v.34, p.343–50.

SOUSA, A.F.M.; NOGUEIRA, J.A.D. Intervenções em Atividade Física e seus impactos nos fatores de risco e nas doenças crônicas não transmissíveis em adultos no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2011, v.16, n. 3, p.255-260.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília:UNESCO, 2004.

SUESS, R.C.; BEZERRA, R.G.; CARVALHO, S.O.H. Percepção Ambiental de Diferentes Atores Sociais sobre o Lago do Abreu em Formosa – GO. *Revista Holos*, 2013

SCHWARTZ, T.D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 v.15, n. 4, p.2145-2154.

TESTON, E.F.; SANTOS, A.L.; CECILIO, H.P.M.; MANOEL, M.F.; MARCON, S.S. A Vivência de Doentes Crônicos e Familiares Frente à Necessidade de Cuidado. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, 2013, v.12, p.131-138.

THEME FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA J.P.R.B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Revista Saúde Pública. 2008, v.42, p.73-81.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Revista de Saúde Pública. 2011, v.45, p.249-257.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros, 2010. [acessado em 09 de agosto de 2014]. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf.

WHO World Health Organization. **A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases.** 2012.

WHO World Health Organization. **Global status report on non communicable diseases 2010.** Geneva; 2011.

WOLIN, K.Y.; CARSON, K.; COLDITZ, G.A. Obesity and Cancer Revista: The Oncologist 2010; v.15, p.556–565.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentado um artigo que foi submetido para publicação na Revista Saúde e Sociedade, conforme plataforma qualis, com o objetivo de contribuir para cada área acadêmica e objeto do estudo.

3.1 ARTIGO - AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE LARANJEIRAS/SERGIPE QUANTO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E AS INFLUÊNCIAS SÓCIOAMBIENTAIS

EVALUATION OF FAMILY HEALTH STRATEGY IN QUILOMBO COMMUNITY OF LARANJEIRAS/SERGIPE FOR THE CHRONIC DISEASES NOT TRANSMITTED AND INFLUENCES SOCIAL AND ENVIRONMENTAL

Soraia Silva Santos Candeias

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes

E-mail: soraiafisioterapeuta@ibest.com.br

Veronica de Lourdes Sierpe Jeraldo

Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes

E-mail: veronica_sierpe@hotmail.com

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes

E-mail: criscunhaoliva@yahoo.com.br

Correspondência

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Universidade Tiradentes, Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde. Bloco F sala 2. Av. Murilo Dantas, 300. Bairro Farolândia, Aracaju, Sergipe, CEP 49032-490.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os indicadores de saúde e concepções de uma população quilombola, das principais ações no combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) através das metas preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Laranjeiras/Sergipe/Brasil. Foi realizado estudo multimétodo utilizando uma amostra de 253 sujeitos: comunidade quilombola (N=245) e profissionais de saúde (N=8). Foram utilizados para coleta um formulário sócio-demográfico, respondido por um representante das famílias quilombolas e a entrevista efetuada com 33 sujeitos (25 usuários, 8 profissionais de saúde). A análise qualitativa teve como base o discurso do sujeito de Bardin, resultando nas categorias: conceito de saúde, meio ambiente e política social de saúde. Foi realizada análise quantitativa descritiva, para identificação dos indicadores socioambientais, relacionados com a saúde da comunidade quanto às ocorrências de DCNT. O perfil sociodemográfico mostrou uma faixa etária média de 40,7 anos, 83% do sexo feminino e 91% se considera da raça negra. A hipertensão arterial e diabetes foram as principais DCNT registradas no período. Quanto à concepção de saúde, se diferencia entre usuários e profissionais, os primeiros a consideram um reflexo dos serviços no atendimento de suas necessidades básicas e; que os aspectos socioambientais estão diretamente relacionados com estes serviços ofertados pela ESF. Desde o planejamento até a execução a ESF pode ser ampliada e direcionada primordialmente para a prevenção primária e aproximar-se dos princípios organizacionais do SUS e da visão biopsicossocial, os quais favorecem a qualidade de vida do ser humano, em especial, da população quilombola investigada.

Palavras-chave: Comunidade Quilombola; Saúde Coletiva; Doença Crônica; Educação Ambiental; Política de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the health indicators and conceptions of a maroon population, the main actions in the fight against chronic non-communicable diseases (NCDs) through the goals set by the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Laranjeiras/Sergipe/Brazil. Multimethod study was conducted using a sample of 253 subjects: maroon community (N = 245) and health professionals (N = 8). Were used to collect the sociodemographic form, answered by a representative of the Quilombo families and the interview conducted with 33 subjects (25 users, 8 health professionals). The qualitative analysis was based on the subject speech Bardin, resulting in the categories: concept of health, environment and social health policy. Descriptive quantitative analysis was performed to identify the social and environmental indicators related to the health of the community regarding the occurrence of NCDs. The sociodemographic profile showed a mean age of 40.7 years, 83% female and 91% is considered the black race. Hypertension and diabetes were the main NCDs recorded in the period. The design of health this differs between users and professionals, the first to consider a reflection of the services in meeting their basic needs and; that the social and environmental aspects are directly related to these services offered by the ESF. From planning to execution ESF can be expanded and targeted primarily for primary prevention and closer to the organizational principles of the SUS and the biopsychosocial view, which favor the quality of life of human beings, in particular, the maroon population investigated.

Keywords: Community Quilombo; Public Health; Chronic Disease; Environmental Education; Health Policy.

INTRODUÇÃO

A população brasileira é formada por uma diversidade de grupos sociais, com características expressivas e específicas. Um desses grupos, constituído por afrodescendentes, e que possui conformação em comunidade, tipicamente agrorural, são os quilombolas.

As comunidades quilombolas, como a maioria do povo brasileiro, enfrenta diariamente situação de desigualdade socioeconômica, inclusive quando se trata de manter a sobrevivência, e conseqüentemente acessar os bens e serviços de primeira necessidade, como a atenção à saúde. Dessa forma, os quilombolas seguem o caminho comum aos demais segmentos populacionais, que são cobertos pelo Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil (LOPES et al., 2012).

De acordo com dados da World Health Organization (WHO), o panorama mundial indica que das 57 milhões de mortes no mundo, 36 milhões ocorreram em decorrência de um grupo específico de doenças crônicas e não transmissíveis, as quais possuem destaque quanto a incidência nas pessoas de etnia negra, com destaque para os acometimentos do aparelho circulatório, e o câncer. O conjunto dessas afecções tem aumentado rapidamente em países de baixa renda, sendo que um quarto das mortes ocorre antes da idade de 60 anos (WHO, 2012; Alwan e col., 2010).

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento dessas afecções visa preparar o Brasil para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos próximos dez anos (2011-2022), o foco dessa ação, trata da abordagem para quatro principais doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis que são: tabagismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas, inatividade física, alimentação inadequada e a conseqüente obesidade (BRASIL, 2011a; Malta; Moraes; Silva, 2011).

O presente estudo procurou avaliar uma das estratégias da política de saúde brasileira: “Estratégia de Saúde da Família”, numa população específica – os quilombolas, e para tanto direcionou o foco nos aspectos socioambientais relacionados com o processo saúde-doença que acometem essa comunidade específica do município de Laranjeiras/Sergipe/Brasil, sobretudo, quanto à implementação e o desenvolvimento de políticas públicas que objetivam promoção, proteção e tratamento dessas doenças. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com abordagem multi-método uma vez que privilegiou aspectos obtidos a partir da identificação do perfil sociodemográfico dos sujeitos analisados - o quilombola e sua família, como também, ocorrências de DCNT na referida população, num coorte temporal compreendido entre os anos de 2009 a 2013.

A pesquisa propôs em seu percurso, a identificação: dos principais indicadores de saúde da população quilombola, quanto as DCNT; e das concepções de usuários e profissionais da equipe de saúde da família que atendem a esta população, quanto aos reflexos das ações práticas introduzidas pelas políticas públicas de saúde da ESF voltadas para essa comunidade.

A identificação dos reflexos nos usuários quilombolas e nos profissionais de saúde quanto à questão do reconhecimento das DCNT foi estratégia importante para apontar caminhos mais eficientes num processo de prevenção e promoção de saúde, e tem potencial de contribuir para mudanças quanto aos indicadores pertinentes a essas doenças em comunidade quilombola. É possível ainda, diante dos resultados apontados, facilitar o planejamento de políticas públicas em razão de uma conexão real, entre as ações em saúde com o ambiente e, todos os seus elementos, visando à sustentabilidade.

Outra proposta do estudo foi à análise dos principais indicadores relacionados com as quatro principais DCNT encontrados na população do povoado Mussuca, conforme dados do SIAB (2009-2013). Esta ferramenta torna-se importante para o diagnóstico da situação de saúde da comunidade, contribui no planejamento de ações específicas e ainda, e ainda serve para comparar os resultados com outras populações de perfil e porte semelhante.

Poucos estudos tem abordado a saúde das populações quilombola e, quando o fazem nem sempre utilizam aspectos que proporcionem suporte para comparações com outras pesquisas, com utilização de indicadores padronizados pela atual agenda do governo federal brasileiro. E nem fazem uso de metodologias qualitativas para entender o fenômeno observado da ótica dos sujeitos pesquisados. Esta, portanto, é a grande relevância e singularidade deste estudo.

O interesse em divulgar os resultados pretende estimular novas propostas de pesquisas posteriores a esta, que busquem as possíveis soluções para os avanços direcionados à qualidade de vida dos indivíduos dessa comunidade quilombola específica.

Neste contexto, o objetivo primário deste artigo foi, avaliar os indicadores de saúde relacionados com doenças crônicas não transmissíveis de uma população quilombola, através das metas preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme ações para o enfrentamento das DCNT no município de Laranjeiras/Sergipe/Brasil. Secundariamente buscou avaliar as concepções referentes às DCNT em usuários quilombolas, e profissionais de saúde na Comunidade da Mussuca/Laranjeiras-SE, quanto aos reflexos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme o uso das táticas específicas de prevenção e controle em atenção primária.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no povoado Mussuca, município de Laranjeiras, no Estado de Sergipe, região nordeste do Brasil. O povoado fica distante aproximadamente, 4,0 km do município, sendo essa comunidade formada por um número maior de afrodescendentes.

Para a realização da pesquisa foram definidos dois tipos de sujeitos, cujo universo foi formado pelos usuários atendidos e profissionais da ESF. Foram selecionados todos profissionais diretamente envolvidos em ações do PSF na unidade de saúde da família do povoado: gerente e técnica em enfermagem (01), médica (01), odontólogo (01), enfermeira (01), técnica em saúde bucal (01), auxiliar de enfermagem (01) e agentes comunitários de saúde (02), totalizando (08) sujeitos.

Quanto à população do povoado, foram incluídos os sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, moradores cadastrados como quilombola e usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por pelo menos quatro anos. Os sujeitos com diagnóstico clínico de comprometimento mental grave registrado em prontuário foram descartados. É importante ressaltar ainda, que das famílias participantes, foi selecionado aleatoriamente, apenas um sujeito para ser o indivíduo participante durante etapa de aplicação do roteiro de entrevista e do formulário sociodemográfico.

Assim o total de sujeitos da pesquisa foi constituído por 253, sendo 245 usuários membros da população quilombola e 8 profissionais da unidade de saúde, envolvidos diretamente com ações desenvolvidas pela ESF.

Os instrumentais escolhidos para realização da investigação foram: a entrevista com roteiro semi-estruturado para os profissionais de saúde, diretamente envolvidos em ações da ESF. Também foi elaborado um roteiro de entrevista específico para os usuários. Ambos roteiros de entrevista foram submetidos a um processo de validação facial, por cinco profissionais especialistas e envolvidos diretamente com saúde pública, os quais possuem mais de cinco anos de experiência, para verificar a confiabilidade, reprodutibilidade, homogeneidade, consistência interna e o conteúdo de cada item dos instrumentais. Quanto ao formulário de identificação do perfil sócio-demográfico para usuários, esse instrumento de pesquisa fundamenta-se na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), e trata especificamente da identificação dos moradores através: das características da unidade domiciliar; das condições socioambientais; cor referida e nível de escolaridade dos indivíduos; informações referentes às condições de subsistência, e estado de saúde dos moradores.

Durante a coleta de dados, na primeira etapa, foi realizado o levantamento de dados secundários conforme a base de dados existentes sobre DCNT no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) durante o período de 2009-2013, com a pretensão inicial da investigação dos seguintes marcadores pertinentes a pesquisa: número de óbitos prematuros

em DCNT; taxa de mortalidade prematura DCNT; percentual de óbitos em internamentos por infarto agudo do miocárdio (IAM); taxa de internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou mais; internação por IAM em indivíduos com 20 anos ou com óbito; óbitos por DCNT, prevalência de tabagismo em pessoas com 15 e mais anos padronizada por idade, prevalência de atividade física insuficiente em adultos (> 18 anos) padronizada por idade, prevalência de mamografia dos 50 - 69 anos. No campo empírico foram encontrados somente os seguintes marcadores: registros de casos de acidente vascular cerebral; hipertensos e diabéticos cadastrados; registros de infarto agudo do miocárdio, da taxa de AVC/1000 habitantes, de realização de citologia oncótica em mulheres com faixa etária entre 15-49 anos e, dos casos de hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Posteriormente, foram entrevistados 8 (oito) profissionais conforme amostra correspondente aos profissionais da USF, com perguntas referentes à percepção, sobre os reflexos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras.

Foram ainda realizadas entrevistas com os sujeitos residentes na comunidade, antecipadamente contactados, a fim de identificar a disponibilidade e aceitação em participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, e com o consentimento do entrevistado. Foram selecionados 245 moradores que já são cadastrados na USF do referido povoado. Destes, foram selecionados por conveniência 25 usuários os quais estavam inseridos no grupo de indivíduos que já haviam respondido ao formulário sócio-demográfico, para assim obter informações pertinentes aos reflexos em suas vidas após o acesso a serviços e ações disponibilizados pela ESF, direcionadas para o combate das principais DCNT. Antes da realização de todas essas etapas, todos os entrevistadores participaram de um momento de esclarecimento prévio sobre os objetivos e procedimentos técnicos necessários à consolidação da pesquisa em tela.

A análise quantitativa dos dados englobou a identificação de aspectos socioambientais, que possuem relação direta com a saúde desta comunidade e, a avaliação dos principais índices de saúde da referida população quanto à ocorrência de DCNT, conforme registro no SIAB. Para tanto, foi realizada análise descritiva destes dados, com utilização de média, desvio padrão, mediana e frequência percentual.

Quanto ao tratamento dos dados qualitativos, foi realizado através da análise do discurso, com base em Bardin (2009), num comparativo entre as concepções dos usuários e profissionais de saúde, com os principais referenciais teóricos pertinentes aos temas abordados na pesquisa.

Inicialmente as entrevistas foram transcritas e, então realizada leitura com intuito de apreender o conteúdo. Nos discursos dos usuários, as seguintes categorias foram encontradas: conceito de saúde; concepções dos usuários sobre as competências e limitações do atendimento na USF, e concepções sobre o funcionamento da ESF

direcionadas ao combate dessas doenças crônicas, no que se refere aos comportamentos e hábitos da comunidade.

As categorias de análise que surgiram através da leitura dos relatos dos profissionais de saúde foram as seguintes: conceito de saúde, concepção quanto à assistência em termos de saúde, fatores de risco para DCNT conforme a etnia negra, as ações da ESF direcionadas ao combate dessas doenças crônicas, influência ambiental na saúde e, política social para a saúde.

Para fundamentação teórica foram usados os respectivos autores, a legislação e os documentos oficiais pertinentes ao tema abordado, como: documentos das conferências nacionais e internacionais sobre promoção à saúde; a Política Nacional de Atenção Básica; a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PNPIR; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; e os textos referentes ao Programa Brasil Quilombola (PQB) e ao Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS.

Foram destacados nos diferentes depoimentos, os fragmentos que apresentavam semelhanças de significado e, posteriormente, durante a codificação e categorização de todo material empírico, procedeu-se a delimitação das unidades de registro (palavra-chave ou frase) e unidades de contexto.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, este estudo foi aprovado em 27/02/2014 conforme parecer de número: 560.829 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes e de acordo com as diretrizes da Plataforma Brasil. Obteve ainda a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Laranjeiras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificação dos moradores do povoado Mussuca

No Brasil a morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população de baixa renda. Apesar da mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, em conjunto com a implementação bem-sucedida de políticas de saúde de caráter preventivo, que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à atenção básica em saúde. No entanto, é importante notar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente à prevalência de excesso de peso; essas elevações estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física (Schmidt, e col, 2011).

Mesmo sendo escassos os estudos que abordem a saúde da população quilombola, e o acesso dessa população aos serviços de saúde no Brasil, o que demonstra que as condições de vida desses indivíduos são pouco exploradas (Gomes e col, 2013), existem dados de 2011 a 2013 que revelam as seguintes informações em saúde a respeito de comunidade quilombola da região Sul do país. Foi identificado que 49,38% dos indivíduos citaram haver em sua residência, pelo menos um familiar com alguma doença crônico-degenerativas (Figueiredo e col., 2011). Na região nordeste, foi identificado em outro estudo específico com comunidade quilombola, prevalência de hipertensão de 45,4% (IC95%: 41,89-48,85). A inatividade física; e o fator proximal: índice de massa corporal, mostraram-se associados com a hipertensão, reforçando assim, a necessidade de um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o manejo adequado (Bezerra e col., 2013).

Quanto aos resultados obtidos através do formulário sociodemográfico, apresentado a comunidade do povoado Mussuca/Laranjeiras/Sergipe, foram identificados os seguintes dados referente à amostra estudada: faixa etária média de 40,7 a 41,5 anos (IC_{95%}: 39,8); quanto ao gênero: 83% do sexo feminino e 17% do sexo masculino; um total de 91% (145/160) considera pertencer a raça negra; 65% (104/160) possuem registro de nascimento no município Laranjeiras.

Quanto à situação de moradia: 50% (79/160) tem residência própria, onde 21% (34/160) relatou inclusive, estar envolvido com algum tipo de atividade que se destina a melhoria do próprio domicílio como: reformas de cômodos, construção de poço, ou outras obras.

Observou-se ainda, que em relação ao acesso da população aos meios de comunicação: a maior parte dos sujeitos possui aparelho de televisão e aparelho de som em suas residências (valor de $p < 0,001$), e que 23% (37/160) possuem computadores, e apenas 13% (20/160) relataram ter acesso a internet em suas residências.

Concepções dos Profissionais de Saúde da USF–Mussuca/Sergipe

A Organização Mundial de Saúde (1946) afirma como conceito de saúde, um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença. Quanto à concepção abrangente de saúde, conforme é mencionado na Constituição Federal (1988), saúde deverá nortear a mudança progressiva dos serviços e as respectivas formas de atendimento, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento, para um modelo de atenção integral, onde haja a incorporação progressiva de ações voltadas especificamente para a promoção e proteção, concomitante às ações relacionadas diretamente com recuperação. Segundo as colocações dos profissionais de

saúde que foram entrevistados, observou-se que houve convergência para uma concepção ampliada quanto à definição de “saúde”, a qual é baseada nos conceitos aqui mencionados e também, nos principais aspectos socioambientais e socioeconômicos intimamente relacionados com promoção e proteção. Essa compreensão possui maior abrangência e resulta da influência dos fatores que estão associados com qualidade em termos de saúde, sendo estes: alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, lazer e inclusive, o acesso aos serviços de saúde disponibilizados (Lionello e col., 2012, Rodrigues e Ribeiro, 2012, Ferreira e col., 2014).

Dessa forma, as seguintes informações dos profissionais demonstraram que o conceito de saúde os profissionais da USF está atrelado a uma visão biopsicossocial do sujeito:

[...] Saúde ultrapassa o antigo conceito de bem-estar físico mental e social de um indivíduo, acho que hoje está muito abrangente, saúde atualmente envolve: lazer, moradia. [...] Se não houver uma infraestrutura básica: água tratada, saneamento básico, não existe saúde. [...] (Profissional -1)

[...] Saúde é um conjunto de fatores, a OMS define que saúde é o completo bem estar físico, mental e social, mas na minha visão envolve também a questão emocional e espiritual [...] [...] geralmente só trabalhamos o físico do usuário, mas a mente dele não está bem, então o nosso trabalho não surtirá o efeito esperado, por que nove dentre dez doenças começam na mente, isso já está comprovado. [...] (Profissional - 2)

[...] Saúde para mim não é só o bem estar social da pessoa, saúde envolve a nossa Unidade, envolve o papel de ouvinte do ACS, e devemos ser bons ouvintes, é o trabalho como um todo da equipe [...] (Profissional - 3)

[...] A saúde é o estado psicológico, o estado físico, é o ambiente onde a pessoa vive, envolve também o ambiente de trabalho.” “A falta de saúde representa alguma coisa, que denominamos doença [...] (Profissional - 4)

Como uma forma de reação a concepção biomédica hegemônica, que se caracterizou pela insuficiência em enfrentar a complexidade dos problemas de saúde da população, foi que a ideia de promoção e proteção da saúde surgiu, sendo inicialmente utilizada para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva e, só ao longo do tempo, seu conceito e sua atuação ampliaram-se (Santos e col., 2011).

Os novos investimentos a partir de 1990, quando o Ministério da Saúde fortaleceu a reorganização do modelo delineado para a atenção primária, provocou a implantação da ESF, marco importante que caracterizou uma atenção direcionada, especificamente, para ações voltadas à promoção. Dessa forma, uma nova visão do conceito de saúde e, dos processos de intervenção nas ações, acabaram surgindo. A ESF contribuiu para essa concepção e organização, que preconizou um modelo de atenção, o qual abrange prestação de assistência médica individual, proteção e promoção à saúde dos indivíduos, de forma integral e contínua.

Na seara da promoção são exemplos de ações voltadas para a educação em saúde: bons padrões de alimentação e nutrição; a adoção de estilos de vida saudáveis com o uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades correlacionadas; e ainda os aconselhamentos específicos como os de cunho genético e sexual. E é justamente através dessas ações que são incentivadas às práticas de atividades físicas, e surgem ainda, as oportunidades para o estímulo aos hábitos de higiene, tanto individualmente em âmbito domiciliar, quanto coletivamente quando ampliamos a visão para a vida em comunidade.

Assim, quanto ao atendimento através dos programas públicos de saúde, percebeu-se que os profissionais nas entrevistas, expressaram a necessidade de implementações que ocorram na prática, pois somente assim, é possível que haja efetiva redefinição da concepção de saúde associada a aspectos que envolvem: prevenção, promoção, proteção e recuperação na atenção primária, numa ação conjunta de outros setores e de outros espaços além da UBS. Ratifica-se essa redefinição, de acordo com as seguintes expressões dos profissionais:

[...] O PSF hoje se restringe a Unidade de Saúde, mas o PSF não é só isso.” “O PSF é trabalho nas ruas, é prevenção e promoção em favor da saúde [...] (Profissional - 5)

[...] Afinal saúde não é somente diagnóstico de uma doença ou problema, saúde também é fazer com que as pessoas tenham a solução desse problema [...] (Profissional - 3)

[...] O ambiente influencia muito para que ocorra ou não, promoção em favor da saúde, numa comunidade, um exemplo é a ausência de saneamento básico [...] (Profissional - 6)

Percebeu-se então através dos relatos supracitados dos profissionais envolvidos na ESF, que o sentido de “saúde” é visto como um direito, que está diretamente relacionado com melhores condições de vida, serviços mais resolutivos, e ações de promoção e proteção integrais, com foco na intersetorialidade e na participação popular (Ribeiro e Sasaki, 2013). Pode ser visualizado a partir da Tabela 1 que a metade dos profissionais de saúde entende a

saúde como um conceito que vai além do bem estar físico, pois compreende os demais componentes, como: o mental, social, emocional e espiritual.

Tabela 1 - Conceito de saúde dos profissionais de saúde da USF - Mussuca Laranjeiras-Se-Brasil-2014

Conceito de Saúde	N	%
Completo bem estar físico, mental, social, junto com a questão emocional, espiritual	12,5	50%
Não é somente bem estar social	3	12%
Saúde é bem estar	6,25	25%
Saúde é qualidade de vida	3,25	13%

Na prática essa definição que aborda a visão biopsicossocial do sujeito, ainda é considerada distante do que se observa na realidade do cotidiano de muitos profissionais de saúde (Tabela 2). É possível ainda identificar através da percepção dos profissionais, que as ações deveriam estar voltadas para promover e recuperar a saúde dos usuários, no sentido de empoderá-los para solucionar os seus problemas, o que se confirma de acordo com os seguintes relatos.

[...] Saúde não é só diagnosticar um problema, uma doença; saúde na verdade, é fazer com que as pessoas consigam encontrar a solução para este problema [...](Profissional - 3)

[...] O PSF é trabalho nas ruas, é prevenção e promoção a favor da saúde. [...]

[...] Atualmente temos apenas um dia de trabalho nas escolas. Falo de ações de promoção e proteção específicas da odontologia, nos outros quatro dias da semana ficamos na Unidade de Saúde, e o PSF não é assim, caso seja seguido à risca. A ideia de trabalho do PSF não é essa, o PSF não foi criado com esse objetivo [...](Profissional - 5)

Tabela 2 -Concepção dos profissionais quanto à assistência em termos de saúde no Brasil-Mussuca-Laranjeiras-SE -2014

Concepção dos profissionais de saúde quanto à assistência	n	%
Não, pois a prática não atinge o que está na teoria	12,5	50%
Parcialmente ou razoável	9,25	37%
Sim	3,25	13%

Como principal referencial teórico na seara da promoção à saúde temos a Carta de Ottawa (1986), ponto central de direcionamento da estratégia de promoção à saúde em todo o mundo. Este é um documento que privilegia a dimensão social e a importância de cinco aspectos fundamentais para se alcançar plena saúde: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (Heidmann e col., 2006).

A análise fundamentada conforme essa compreensão sobre a promoção da saúde, de fato contribuiu para o debate da maior parte das práticas relacionadas a essa questão. Houve a proposição da ampliação do seu conceito, com destaque para as ações integradas de diversos setores e das intervenções nos determinantes sociais. E é justamente assim, que novos questionamentos surgem, são analisados, discutidos e o aspecto da promoção é estimulado para que variações em sua constituição teórica ocorram, de acordo com as implicações sociais e ambientais. Esse é um campo de ação abrangente, exige envolvimento da comunidade conforme a área delimitada a ser assistida, para que programas e estratégias direcionados ao autocuidado em saúde sejam implantados e efetuados. Manter o foco nos grupos ou segmentos populacionais assistidos que, além de suas especificidades, podem ser vistos como mais vulneráveis as condições adversas à saúde, é uma das soluções (Santos e col., 2011).

Percebe-se que as colocações dos profissionais no que se refere aos fatores de risco para DCNT conforme a etnia negra tem sido considerada durante escolha das estratégias para ações de promoção, este fato confirma-se através das respectivas expressões dos trabalhadores da saúde:

[...] a população aqui é composta na sua maioria de pessoas da raça negra e como sabemos isso é um fator e risco para determinadas doenças como a hipertensão arterial, por exemplo. [...]

[...] Aqui nós temos mais de 200 pessoas cadastradas hipertensas [...] A questão da hereditariedade agrava a situação, pois essas doenças atingem várias gerações [...] [...] Aqui trabalhamos com palestras, realizamos o hiperdia, atividade específica para os hipertensos e diabéticos, fazemos busca ativa com o intuito de identificar novos casos de diabetes, hipertensão arterial [...] (Profissional - 6)

A educação e os cuidados em saúde, compreendidos como uma prática social, trazem implícitos em seus percursos evolutivos, uma visão cultural que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Isso fica obviamente definido, a partir da maneira como as pessoas vivem e compreendem o cotidiano, e na forma como cada um torna a vida em ambiente social mais saudável (Alves e Aerts, 2011).

A concepção na prática quanto às ações da ESF direcionadas ao combate dessas doenças crônicas, no que se refere aos comportamentos e hábitos da comunidade, para promoção e prevenção da população assistida, já traz um vestígio desta influência do ambiente social no auto-cuidado com a saúde, conforme é visto através de algumas colocações citadas pelos profissionais entrevistados:

[...] justamente essa população afrodescendente que já possui predisposição genética para desenvolver as DCNT, principalmente as cardiovasculares, ainda apresenta resistência fundamentada em valores socioculturais e ambientais para assimilar novos costumes, como o hábito diário para realizar atividade física e criar uma consciência para a autonomia em saúde [...] (Profissional - 4)

[...] as pessoas têm hábitos de vida que são repassados através das gerações, encontro muito isso, digo sempre para eles, que eu não posso ficar na casa de cada um provando o sal na comida e nem vigiando se o que comem é muito doce ou não, se estão indo caminhar para evitar o sedentarismo [...] (Profissional-2)

A cultura e a identidade sociocultural são aspectos que se reproduzem de geração a geração. A educação e os cuidados em saúde, também estão relacionados com esses aspectos, pois são profundamente influenciados pelo modelo econômico, político, social e cultural vigente. Enfim, a influência do contexto ambiental como um todo. As respostas de todos os profissionais evidenciaram a relação direta do ambiente com as condições de saúde, inclusive, no que se refere ao funcionamento da USF. Quanto à análise dessa concepção,

para elaboração de estratégias em associação com a realidade da população assistida, considera o meio ambiente como novo caminho para que ocorram os devidos avanços. Todos os profissionais entrevistados citaram que o aspecto ambiental possui relação com as condições que favorecem ou não a saúde. O principal fator apontado foi a ausência de saneamento básico na região. Conforme as diretrizes do SUS, em atenção primária, as informações e condições ambientais sobre o processo saúde-doença, devem ser discutidas de forma democrática com os indivíduos e grupos populacionais. Com as reflexões dos sujeitos envolvidos, é possível estimular uma conscientização voltada à educação em saúde, e as táticas no enfrentamento das DCNT podem ocorrer, num sentido mais real e concreto e em consonância com a educação preventiva, e com os cuidados que promovem hábitos mais saudáveis no cotidiano das pessoas. Devem ser estimuladas as mudanças de comportamentos, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. E a partir da reflexão perceptiva, que deve ser possível fazer opção por atitudes direcionadas a uma vida mais saudável (Alves e Aerts, 2011).

O Brasil atravessa atualmente, um período de transição epidemiológica, com uma profunda modificação dos padrões de saúde e de doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. As DCNT constituem o problema de saúde com maior magnitude, têm respondido pela perda na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e ainda por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer. As doenças crônicas estão associadas a fatores de risco altamente prevalentes, com destaque para: o tabagismo, consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, níveis elevados de colesterol, o baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo. Portanto o monitoramento destes fatores é primordial para a definição de políticas de saúde voltadas especificamente para a prevenção e o controle destes agravos (Schmidt e col., 2011).

Conforme a percepção dos profissionais entrevistados, referente à ocorrência de DCNT e quanto às atividades realizadas para enfrentamento destas doenças, notou-se que existem ações para o fortalecimento da vigilância, segundo o plano de enfrentamento das DCNT (Brasil, 2011a). Além disso, observa-se que tem ocorrido um aprimoramento nestas ações dentro da atenção primária, com a finalidade de manter a continuidade do cuidado aos doentes crônicos e, ainda monitorar os fatores de risco associados. O que se identifica, conforme expressões:

[...] Nós temos o acompanhamento com os usuários hipertensos e os diabéticos, mulheres em idade fértil também são acompanhadas pela equipe para que exames como Papanicolau e mamografias sejam realizados [...] (Profissional - 3)

[...] Aqui trabalhamos com palestras, realizamos o hiperdia, atividade específica para os hipertensos e diabéticos, fazemos busca ativa com o intuito de identificar novos casos de diabetes, hipertensão arterial, DPOC e câncer. [...] (Profissional - 6)

[...] Aqui fazemos muitas atividades para o combate e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis [...] (Profissional - 7)

[...] Atividades preventivas são as nossas principais ações com a comunidade [...] (Profissional - 8)

Todos os profissionais informantes demonstraram possuir a noção de que é preciso ser implementado continuamente e de forma evolutiva, as avaliações das ações e programas, que estejam sendo postos em prática. O relato abaixo de um dos profissionais, é um indício de que estes funcionários compreendem essa necessidade:

[...] Noto que são necessárias mudanças na forma como abordamos a prevenção para o risco de diabetes e doenças cardiovasculares nessa população, e que essas mudanças devem ser bem planejadas [...] (Profissional - 2).

De acordo com Ribeiro e col., 2012, tornam-se fundamentais as ações para a promoção à saúde, na perspectiva da prevenção de doenças crônicas cardiovasculares e os seus agravos que haja a possibilidade para o surgimento de espaços adequados, e que favoreçam escolhas saudáveis. Destaca-se nessas experiências, a importância das políticas públicas e do sistema de vigilância, para controle dos fatores de risco e para conhecer a magnitude do problema, visando desenvolver ações mais custo-efetivas, isso é comprovado conforme a seguinte colocação de um funcionário da saúde:

[...] Iremos mudar para a nova Unidade de Saúde que será na entrada do povoado, e dizem que lá haverá uma pracinha onde espero ser possível realizar atividades como as caminhadas, por exemplo. As ladeiras que existem aqui não facilitam a realização dessas atividades atualmente. [...] (Profissional - 2)

O direcionamento atual é para o campo da gestão e fundamenta-se nas intervenções a partir dos determinantes sociais, e em medidas de regulação e legislação, somadas as novas tecnologias e aos instrumentos capazes de impactarem o processo saúde-doença,

porém partindo da singularidade no ato do cuidado, que só o trabalho vivenciado no ambiente, pode promover em termo de resultados (Malta e Merhy, 2010).

A concepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento da USF onde são atendidos os usuários da Comunidade Quilombola, pois faz parte de sua população adscrita, pode ser visualizada na Tabela 3, de acordo com os relatos abaixo.

**Tabela 3- Concepção dos profissionais de saúde sobre o funcionamento da USF-
Mussuca-Laranjeiras-SE- Brasil 2014**

	n	%
Concepção sobre o funcionamento da UBS		
Considera bom	9,25	37%
Faz o que é possível, necessita melhorar a estrutura física da UBS	9,5	38%
Muito bom, a população é privilegiada	6,25	25%

Conforme os profissionais esses aspectos estão apontadas nas expressões:

[...] Não adianta uma Unidade de Saúde ter um médico excelente e na recepção o fluxo de pacientes ser ruim, ou ter um agente comunitário ótimo, e ter um médico que não é responsável com o trabalho, todos devem trabalhar juntos, em equipe. Ainda precisamos caminhar muito para alcançar isso, mas quando se quer é possível.[...] (Profissional - 2)

[...] existem muitas dificuldades quanto ao acolhimento dos usuários, existem alguns conflitos que dificultam o atendimento. [...] (Profissional - 7)

[...] O trabalho do PSF é mais prevenção.” “Profissionalmente falando, nasci junto com o trabalho do PSF aqui em Laranjeiras, já fui agente comunitária de saúde por oito anos, então acho a história do PSF muito linda.” “O PSF é trabalho nas ruas, é prevenção e promoção em favor da saúde. [...] (Profissional - 5)

[...] Com relação a minha atuação para prevenção do câncer bucal, faço sempre as avaliações dos pacientes alcoólatras, pacientes fumantes, e nos casos de alterações de mucosa, caroços e ulcerações encaminhamos para o Centro de Especialidades.” “Fazemos sempre uma avaliação bem detalhada” “E para prevenção primária, realizamos palestras com a participação de toda a equipe, informando os malefícios quanto ao hábito de

*fumar e o uso abusivo de bebida alcoólica.”
“Realizamos ainda visitas constantes para reavaliar
as situações. [...] (Profissional - 1)*

Quando diagnosticadas as DCNT, segundo as perspectivas em micro e macropolíticas ou em gestão no SUS, possuem características específicas, pois são doenças de longa duração, demandando intensa atuação de cuidadores, projetos terapêuticos bem elaborados, acesso adequado aos serviços e ações ambientais integradas.

3.2 Concepções dos usuários

As manifestações dos usuários quanto à concepção de saúde, observa-se que é proveniente do senso comum, da relação direta e imediata com suas necessidade e condições socioambientais e econômicas, o que se justifica através das seguintes observações:

[...] Saúde é ter uma vida melhor. [...] (usuário 4)

[...] Saúde para mim é não precisar de médico. [...] (usuário 5)

[...] Saúde é não ter tantos problemas que impedem agente de fazer as coisas. [...] (usuário 6)

[...] Saúde para mim é ter disposição para trabalhar [...] (usuário 25)

Tabela 4- Conceito de saúde dos usuários da Comunidade Quilombola da Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil-2014

Conceito de saúde dos usuários	n	%
Não precisar de médico	6	24 %
Não precisar ir ao posto nem tomar remédio	10	40%
Viver sem doença	3	12%
Ter a vida sem problemas	2	8%
Ter capacidade para trabalhar	4	16%

Conforme a concepção quanto ao atendimento pelos programas públicos, os usuários entrevistados manifestaram insatisfação e necessidade de implementações. Como indício desses posicionamentos, é apresentada a respectiva observação:

[...] Acho que falta responsabilidade com o serviço. Semana passada precisei ir ao hospital com meu filho que estava doente, vomitando e com febre, e achei o atendimento lento, esperei muito até o médico chegar. Para mim o atendimento não foi agradável. [...] (usuária 6)

Tabela 5- Concepções dos usuários sobre as competências e limitações do atendimento na USF-Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil

Competências e limitações do atendimento –USF	n	%
Dificuldade de pegar uma ficha para consulta médica	18	72%
Ausência de médico	2	8%
Ausência de médico, remédio e organização do serviço	5	20%

Sobre o funcionamento da USF, na maior parte, as manifestações dos usuários são provenientes de suas necessidades imediatas. A noção quanto às competências e limitações do atendimento em atenção primária não é compreendida pelo usuário. Percebe-se que a comunidade acredita numa constituição de Unidade, que poderá resolver situações de competência exclusiva de outros serviços dentro do SUS. Há ainda um déficit, quanto ao esclarecimento das possibilidades, que as ações de promoção e proteção, no âmbito da atenção primária, garantem à comunidade. São necessárias, portanto, atividades que visam basicamente, o repasse de informações com intuito principal de reduzir fatores de risco, os quais constituem ameaça à saúde das pessoas, o que pode provocar doenças e suas consequentes incapacidades.

Essa noção exemplifica-se através da seguinte concepção:

[...] Sei que o posto de saúde funciona diariamente, mas nem todo dia o médico está presente”. Caso eu sinta algo no dia que não tem médico, devo ficar aguardando até o dia seguinte para ser atendida [...] (usuário 6)

Tabela 6- Concepções dos usuários sobre o funcionamento da UFS da Mussuca-Laranjeiras-SE-Brasil-2014

Concepções dos usuários sobre a UFS	n	%
Morosidade do atendimento médico	9	36
Necessita pagar para fazer exame e conseguir diagnóstico com celeridade	5	20%
Considera razoável	6	24%
Considera bom	5	20%

Nas questões que abordaram os aspectos preventivos em atenção primária, as respostas foram as seguintes concepções:

[...] Depois que descobri que tenho problema de colesterol, mudei a alimentação para tentar prevenir novos problemas. Comecei a comer mais alimentos como frutas e verduras [...] (Usuário 1)

[...] Fui atendida pela médica do posto e ela me ensinou como devo me alimentar, disse que devo fazer caminhadas diariamente. E isso influenciou na minha vida, sim. Hoje faço caminhadas cinco dias na semana [...] (Usuário 2)

[...] Tem cinco meses que fui para a médica, descobri que meu colesterol estava alto e a taxa de açúcar no sangue também estava alta. A médica então orientou que mudasse a minha alimentação e fizesse caminhadas, vou amanhã de novo nela, depois de fazer vários exames e vou descobrir como está a minha situação agora [...] (Usuário 3)

[...] temos uma agente de saúde ela vem aqui, quando tem muitas pessoas em estágio avançado dessas doenças que você perguntou se tenho, às vezes fazem até uma palestra [...] (Usuário 4)

Assim, percebe-se que mesmo com a ênfase na prevenção, e na promoção à saúde, do planejamento à sua execução, para o enfrentamento das DCNT, ainda são realizadas de acordo com a abordagem voltada ao tratamento e não à prevenção em nível primário. Como a atenção básica almeja efetuar, de acordo com a organização do SUS. Portanto, o enfoque curativo ainda sobrepõe-se. Conforme as orientações dos profissionais da UBS, especificamente para o enfrentamento das DCNT, o que se recomenda é: ir a UBS para fazer consultas e exames; modificar a alimentação; usar os remédios indicados; e seguir as orientações dos profissionais. 96 % dos usuários entrevistados informaram ainda, que não praticam atividade física. Os motivos alegados foram: sentir vergonha e não estar habituado.

INDICADORES DO SIAB RELACIONADOS COM AS DCNT – POVOADO MUSSUCA/SERGIPE

No povoado Mussuca, existe um número significativo de hipertensos cadastrados no período compreendido entre 2009-2013. Importante sinalizar que esse indicador tem tido um aumento progressivo anual que também pode ser devido ao envelhecimento desta população. Foi registrado um valor médio de 298 casos para diabetes e 70 casos para hipertensão no período (Quadro 1). Confirmando assim, o que a literatura já relata a respeito de que indivíduos das comunidades com etnia negra apresentam elevada prevalência para algumas doenças crônicas, entre elas o diabetes e da hipertensão arterial. Os referidos dados mostraram maior prevalência dessas doenças nas mulheres negras.

Quadro 1: Dados do SIAB (2009-2013) referente as DCNT na população do povoado Mussuca- Laranjeiras-Sergipe- Brasil.

2009	AVC	Hipertensos cadastrados	IAM	Taxa de AVC /1000	Exame preventivo: citologia oncótica em mulheres com idade entre 15-49 anos	Hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas	Diabéticos cadastrados
	2	271	0	7,72	1301	2	72
2010	AVC	Hipertensos cadastrados	IAM	Taxa de avc /1000	Exame preventivo: citologia oncótica em mulheres com idade entre 15-49 anos	Hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas	Diabéticos cadastrados
	2	272		7.51	1202	1	79
2011	AVC	Hipertensos cadastrados	IAM	Taxa de avc /1000	Exame preventivo: citologia oncótica em mulheres com idade entre 15-49 anos	Hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas	Diabéticos cadastrados
	3	266	4	13,22	1220	0	80
2012	AVC	Hipertensos cadastrados	IAM	Taxa de avc /1000	Exame preventivo: citologia oncótica em mulheres com idade entre 15-49 anos	Hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas	Diabéticos cadastrados
	2	327	1	7,08	681	0	57
2013	AVC	Hipertensos cadastrados	IAM	Taxa de avc /1000	Exame preventivo: citologia oncótica em mulheres com idade entre 15-49 anos	Hospitalização por uso abusivo de bebidas alcoólicas	Diabéticos cadastrados
	2	355	0	6,10	871	0	60

Fonte: SIAB-SERGIPE

Os casos registrados revelam assim a necessidade para uma abordagem específica dos serviços disponibilizados pelo SUS, pois podem provocar conseqüente inviabilização da promoção equitativa em termos de ações favoráveis à saúde no país.

Sabe-se que a hipertensão arterial é uma das DCNT que se não tratada pode resultar em episódios agudos como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Foram observados alguns registros de AVC dentro do Povoado Mussuca/Laranjeiras neste período com uma taxa de ocorrência de AVC dentro da população que tem variado desde 7,72 /1000 hab., com máxima incidência em 2011 com 13,22/1000 hab. e posterior redução para 6,10/1000hab, em 2013.

A diminuição das taxas de AVC no período de 2011 a 2013 sugere que podem ser reflexo das ações de promoção, proteção e reabilitação aplicadas com essa população através das políticas de saúde específicas para atenção primária.

Apesar de não haver indício de Infarto Agudo do Miocárdio a história de AVC nesta população quilombola na sua maioria de afrodescentes, já pressupõe que deve haver ações para diminuir o suposto risco pelo já exposto na literatura por ser ou se tornar um portador de hipertensão arterial, sendo o risco aumenta para as mulheres (Ribeiro e Scherr, 2009).

Um estudo para investigar a composição corporal e a prevalência de hipertensão arterial em mulheres quilombolas, tendo como referencial as mulheres não quilombolas no estado de Alagoas encontrou risco maior de obesidade abdominal e hipertensão arterial para as mulheres quilombolas que também possuíam nível sócio econômico mais baixo que as não quilombolas (Ferreira e col., 2013).

Outra pesquisa em comunidade quilombola na região nordeste do Brasil, apresentou prevalência de 45,4% para hipertensão arterial, ou seja, índice elevado. Sendo maior em indivíduos com mais de 60 anos de idade ou mais, que nunca haviam estudado e que eram de classes sócio econômicas mais baixas, sendo que a ocupação que alcançou maior prevalência foi a de lavrador (Bezerra e col., 2013).

Estudo semelhante com 1017 indivíduos da raça negra, na cidade de Barranquilla, em Nueva Colombia, foi realizado para avaliar a prevalência de hipertensão arterial dos quais 217 (21,33%) possuíam hipertensão arterial sendo a maioria de mulheres que de homens hipertensos (97 homens (44,7%) e 120 mulheres (55,3), sendo que o principal fator de risco cardiovascular foi o índice de massa corporal maior ou igual a 24,9% (Lechuga e Moranth, 2009).

Conforme Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicadas em 2010, esse era um agravamento à saúde mais prevalente nos negros cujo controle é mais precário nessa população afrodescendente (DBH VI 2010).

Observa-se assim a necessidade da promoção da saúde por meio de atenção inclusiva aos quilombolas, valendo-se de ações em níveis individual e coletivo. A alta

prevalência de hipertensão arterial indica que deve ocorrer um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o tratamento preciso (Bezerra e col., 2013).

Outro fator preocupante é a população de cadastrados com diagnóstico de diabetes no período de 2009 a 2013 (Quadro 1). Justamente por se tratar de uma doença crônica com características peculiares para possíveis agravos à saúde nos casos de maior severidade, principalmente quando ocorre a associação da diabetes com a hipertensão arterial.

A prevalência de HA é duas a três vezes maior em diabéticos que na população geral, e cerca de 70% dos diabéticos são hipertensos. Em estudo de meta-análise envolvendo 102 estudos prospectivos e 698.782 indivíduos foi identificado que a presença de DM aumenta em duas vezes o risco de doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico e morte por doença cardiovascular (DCV). Segundo essa meta-análise, 10% das mortes por DCV em países desenvolvidos podem ser atribuídas à presença de diabetes (Danesh, e col., 2010)

A coexistência das duas condições aumenta substancialmente o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e a mortalidade por todas as causas, bem como o risco de Insuficiência Cardíaca (IC), doença renal e complicações microvasculares. A hiperglicemia crônica e, conseqüentemente, a resistência à insulina associada, podem levar a hipertensão arterial. O excesso de insulina é capaz de reduzir a natriurese, por mecanismo tubular renal direto, levando a um acúmulo de sódio e água no organismo. Portanto a hipertensão arterial resistente torna-se comum nesses pacientes (Souza, 2013).

Outro fator relevante descrito como causador da hipertensão em diabéticos tem sido o estresse oxidativo, decorrente da hiperatividade de metaloproteinases em pacientes com síndrome metabólica e diabetes. Todos esses mecanismos de forma integrada, em um ambiente hostil de maior risco, são favoráveis não somente para o surgimento da hipertensão arterial, mas também para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão do processo de disfunção endotelial inicial até a gênese de placas de ateromas. Esses estudos revelaram que de modo isolado ou associado a outras doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e dislipidemia, a diabetes está intimamente relacionada ao aumento da incidência da doença aterosclerótica (Garcia-Touza e Sowers, 2011).

As DCNT são, portanto um grave problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano. Fortalecer os vínculos entre o governo, as instituições acadêmicas e a sociedade civil facilitará a resposta da sociedade ao desafio das DCNT (Schmidt, e col., 2011).

É muito importante que dentro do SUS, desde a atenção básica possa existir medidas de controle para aqueles que já se encontram portadores destas doenças. E que possam ainda ser incluídas medidas visando à promoção e proteção da saúde, que permitam a redução de novos casos na população em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de emitir opinião nem sempre é criticar as ações já desenvolvidas, na verdade, configura-se como uma demonstração de vinculação com o ambiente em saúde no qual cada indivíduo está inserido. Muitas das implementações na seara da promoção à saúde ocorrem dessa forma, sendo possível, inclusive direcionar a atenção para o cuidado das necessidades em maior grau de importância. Esse é um fator imprescindível para o processo de continuidade nas atividades em assistência. As concepções dos indivíduos, elaboradas de acordo com as situações vivenciadas no cotidiano possuem, portanto a capacidade de revelar informações essenciais, muitas vezes utilizadas como principal foco das ações, que poderão ser efetuadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a.148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- ALMEIDA P. F., FAUSTO M. C. R., GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.
- ALVES G. G.; AERTS D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n 1, p. 319-325, 2011.
- ALWAN A, MACLEAN DR, RILEY LM, D'ESPAIGNET ET, MATHERS CD, STEVENS GA, ET AL. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo* Edições 70: Lisboa, Portugal, LDA, 288p. 2009.
- BEZERRA, V M.; ANDRADE, A.C.S.; CÉSAR, C.C.; CAIAFFA W.T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores

associados. Revista Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, p.1889-1902, 2013.

DANESH, J.; SARWAR, N.; GAO P.; SESHASAI S.R.; GOBIN R.; KAPTOGE S.; DI ANGELANTONIO E.; INGELSSON E.; LAWLOR D.A.; SELVIN E.; STAMPFER M.; STEHOUWER C.D.; LEWINGTON S.; PENNELLS L.; THOMPSON A.; SATTAR N.; WHITE I.R.; RAY K.K. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies Revista Lancet, 2010.

FERREIRA C. F. ; DIAS G. N.; FRANCISCON I. N.; MOTA J. P. T. da; OLIVEIRA T. Q. SINUS 2014. Compartilhando responsabilidades na promoção da justiça, 71p, 2014.

GARCIA-TOUZA, M.; SOWERS, J. R. Evidence Based Hypertension Treatment in Patients with Diabetes. Journal Clinic Hypertension v.14, p.97–102, 2012.

GOMES, K. O.; REIS A. R.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29 n. 9, p. 1829-1842, 2013.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções, Florianópolis. Texto e Contexto em Enfermagem, v. 15, n. 2, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. New York, 1946.

LECHUGA, E.N.; MORANTH, R.V. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. Revista Salud Uninorte. v. 25 p. 88-100, 2009

LIONELLO C.D.L.; DURO C. L. M.; SILVA A.M.; WITT R.R. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n 4, p.103-110, 2012.

LOPES, F.; WERNECK, J. P. BATISTA, L. E. (Org.) Saúde da População Negra Rio de Janeiro: Ed. DP et Alii, 2012, p. 249-263.

MALTA D. C.; MERHY E. E.; O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Revista Interface: comunicação saúde educação, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de M.; SILVA JUNIOR, J. B da S.; Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Revista Epidemiologia em Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n.4, p.425-438, 2011.

RIBEIRO M.P.D.S.SASAKI A.K.; RIBEIRO M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo. Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.8, n. 28, p.155-163, 2013.

RODRIGUES C. C.; RIBEIRO K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trabalhos Educacionais em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, 2012.

SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe. Livro do Aprendiz – Aracaju: Funesa, 2011.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, SILVA GA, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM, CHOR, D., MENEZES PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, 2011.

SOUZA, W. K. S. B. I Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. v.100, p. 491-501, 2013.

Endereço para correspondência: Universidade Tiradentes, Laboratório de Planejamento e Promoção de Saúde. Bloco F sala 2. Av. Murilo Dantas, 300. Bairro Farolândia, Aracaju, Sergipe, CEP 49032-490.

4 – CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível perceber que as atuais alterações no perfil epidemiológico da população brasileira demonstram aumento significativo quanto à prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Sendo doenças que apresentam morbimortalidade maior na população mais pobre, pois seus fatores de risco sofrem influência de acordo com aspectos econômicos e sócioambientais presentes. Foi possível identificar ainda, que a prevalência de diabetes e hipertensão vem aumentando, paralelamente à prevalência de excesso de peso; e que a elevação desses índices está associada a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física.

Seguindo tendência mundial, no Brasil vem sendo colocada em prática importantes políticas de prevenção e combate as DCNT, contudo situações adversas, relacionadas com a maioria dos fatores de risco, trazem um enorme desafio e demandam ações e políticas adicionais e oportunas de caráter preventivo, especialmente, as de natureza legislativa e regulatória e, também aquelas que fornecem atenção custo-efetiva às condições crônicas, para os indivíduos já afetados por DCNT.

Quanto à população quilombola investigada na presente pesquisa, a partir dos objetivos propostos, foi possível identificar que o perfil da comunidade Mussuca residente em Laranjeiras/Sergipe, mostra média de idade em torno de 41,5 anos, sendo na maioria do sexo feminino, e que se consideram da raça negra. Os indicadores de DCNT analisados no período de 2009-2013, conforme dados do SIAB, confirmam o que a literatura aponta de acordo com estudos realizados em outras comunidades quilombolas do Brasil, as quais

apresentam altos índices para doenças crônicas degenerativas como: diabetes e hipertensão arterial. Esses indicadores revelam que a pauta dos cuidados em saúde da população quilombola, deve continuar priorizando especificamente as DCNT, principalmente no que diz respeito ao aspecto preventivo.

Quanto à análise das concepções, foi possível concluir que a maioria dos profissionais da ESF entende “saúde”, como um conceito que vai além do bem estar físico, pois compreende os demais componentes, como: o mental, social, emocional e espiritual. Mencionam que no serviço de saúde a prática ainda não confirma o que o SUS preconiza na teoria.

Para os usuários, as concepções quanto ao termo “saúde”, estão diretamente relacionadas às suas necessidades básicas, ou seja, condições socioambientais e econômicas. As competências e limitações do atendimento em atenção primária, ainda não são compreendidas pelos usuários da comunidade quilombola investigada. Há portanto, uma necessidade de maiores esclarecimentos sobre quais são as possibilidades em termo de ações para promoção e proteção no enfrentamento das DCNT, em âmbito específico da atenção primária.

Foi possível observar também, que o “modelo preventivo” de educação em saúde está presente nas ações e serviços oferecidos a referida comunidade, e que esse “modelo” apesar de convergir com o que é afirmado na Carta de Ottawa (1986), sobre os principais aspectos da promoção a saúde, ainda é ineficaz diante da complexidade do processo saúde-doença enfrentado diariamente pela equipe de profissionais consultada. Portanto, além deste caráter preventivo, voltado para a mudança de comportamento, é necessário vislumbrar a coexistência de uma abordagem mais ampliada, a qual ressalte a valorização do vínculo usuário e equipe e, onde o processo da atenção com a escuta qualificada entre esses atores sociais, seja a meta primordial para solucionar problemas e modificar os indicadores relacionados diretamente com o enfrentamento das DCNT, que acometem essa população.

Ainda conforme análise das concepções dos sujeitos investigados foi possível perceber, que o espaço físico da unidade de saúde, ainda é compreendido como o principal local para efetuar as ações de promoção e a prevenção. Entretanto, conforme o princípio doutrinário da integralidade apresentado pelo SUS, há reconhecimento de que na prática os serviços, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não poderão ser compartimentalizadas em razão do espaço físico da Unidade Básica de Saúde. O significado da palavra “Unidade” deverá sim, fazer referência ao que ela engloba: a comunidade assistida, o meio ambiente, os profissionais de saúde, as ações determinadas através do constante diálogo, e a avaliação contínua dos serviços oferecidos. Assim, o

usuário que é um ser integral, biopsicossocial deve ser atendido pelas equipes do ESF com essa concepção ampliada.

Conclui-se ainda, que de acordo com princípio organizacional o qual aborda a questão “resolutividade” no SUS, todo o usuário ao procurar um atendimento, ou quando surge situação de impacto sobre a saúde de uma comunidade, o serviço correspondente deverá apresentar capacidade para enfrentá-lo e solucioná-lo até o nível da sua competência. Isso vem ratificar, a análise conforme as concepções dos profissionais e usuários as quais convergiram e indicaram para a necessidade de um melhor padrão de atendimento na atenção básica, inclusive, por ser esse o acesso inicial da população a rede do Sistema Único de Saúde. Portanto, faz parte da relevância dessa pesquisa sugerir que para um atendimento adequado e resolução das referidas demandas, as equipes da ESF deverão adquirir continuamente qualificação nesse sentido.

Capacitar principalmente os agentes comunitários em saúde (ACS), pode ser um caminho, pois esses profissionais são responsáveis pela vinculação constante entre equipe e comunidade. Para tanto, é necessário que o ACS, identifique, a partir das reflexões críticas dos sujeitos da comunidade, as principais possibilidades de estímulo relacionadas especificamente para que ocorra constante participação dessa população assistida, durante o processo de planejamento das ações em saúde no enfrentamento das DCNT.

E são justamente, as avaliações periódicas, ou seja, um monitoramento das ações desenvolvidas, que podem contribuir para reduzir desigualdades na situação de saúde e dos riscos ambientais, quando se trata das intervenções em saúde, sobretudo, se considerarmos a possibilidade de mudanças em índices epidemiológicos.

Cabe na reflexão proposta através desta pesquisa, a sugestão para o planejamento de novos programas de saúde ou a implementação dos vigentes em uma comunidade específica. A utilização das informações trazidas a partir dos objetivos do referido estudo, podem contribuir para mudanças que favorecerão novas táticas em termos de atendimento primário na ESF para o combate das DCNT. É essencial, portanto que as políticas públicas e as respectivas ações desenvolvidas continuem configurando-se em dimensões dentro dos campos de prevenção e promoção, com inovações.

A partir das concepções de usuários e profissionais entrevistados, foi possível perceber que a principal dificuldade evidenciada, é quanto à extrema perda de equilíbrio entre o cuidado clínico e as ações preventivas voltadas essencialmente no combate as DCNT dentro da atenção primária. A reversão dessa situação, pode sim ocorrer, com o uso de atividades mais bem elaboradas e, que direcionem o foco diretamente na participação e

escuta das opiniões e sugestões da população. A possibilidade de emitir opinião nem sempre é criticar as ações já desenvolvidas, na verdade é uma demonstração de vinculação com o ambiente em saúde no qual cada indivíduo está inserido.

Muitas das implementações na seara da promoção à saúde ocorrem dessa forma, sendo possível, inclusive direcionar a atenção para o cuidado das necessidades em maior grau de importância. Esse é fator imprescindível para o processo de continuidade nas atividades em promoção à saúde. As concepções dos indivíduos, elaboradas de acordo com as situações vivenciadas no cotidiano, possuem, portanto a capacidade de revelar informações essenciais, capazes inclusive de dimensionar o que é possível efetuar em sentido prático, dentro da realidade socioambiental e econômica de uma comunidade.

Finalizando, tenho clareza que as pesquisas em saúde na população quilombola não se esgota com esse estudo, pelo contrário, é a partir deste, que surge o interesse em avançar com outras análises investigativas, inclusive de cunho comparativo com comunidade quilombola de outras regiões e que apontem para novos aspectos.

APÊNDICES

APÊNDICE - A

Roteiro de entrevista para equipe da ESF do povoado Mussuca/Laranjeiras/Sergipe

1. Como o senhor (a) compreende o conceito de saúde?
2. O senhor (a) acha que o brasileiro é bem atendido através dos programas públicos, quanto aos cuidados para saúde?
3. Em sua opinião como é o funcionamento desta USF (Unidade de Saúde da Família) onde trabalha?
4. O senhor (a) considera que o ambiente (local onde vive), influencia na sua saúde?
Como?
5. O que tem sido feito para prevenção e tratamento na unidade de saúde em que você trabalha, quanto a estas doenças que foram citadas?

APÊNDICE - B

Roteiro de entrevista para usuários da USF localizada no povoado Mussuca/Laranjeiras/Sergipe

1. Como o senhor compreende o conceito de saúde?
2. O senhor acha que o brasileiro é bem atendido através dos programas públicos, quanto aos cuidados para saúde?
3. Em sua opinião como é o funcionamento dessa Unidade de Saúde da Família onde está cadastrado e é atendido?
4. O senhor considera que o ambiente (local onde vive), influencia na saúde? Como?
5. Algumas dessas doenças crônicas não transmissíveis (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares como hipertensão arterial e DPOC) ocorrem ou já ocorreram na sua família? Conte se existem/existiram dificuldades para lidar com as atividades do dia-a-dia, e quanto ao atendimento no serviço de saúde.
6. O senhor tem costume de fazer atividade física? Sabe dizer, quantas vezes por semana?
7. Poderia descrever como o senhor alimenta-se? Quais são os alimentos preferidos?
8. O que tem sido feito na unidade de saúde em que é atendido para prevenção e tratamento dessas doenças crônicas não transmissíveis que foram citadas? Informe se essas atividades influenciaram em mudanças para a sua saúde?

APÊNDICE - C

FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO PARA VOLUNTÁRIOS QUILOMBOLAS USUÁRIOS DA USF LOCALIZADA NO POVOADO MUSSUCA – LARANJEIRAS/SERGIPE

Número de identificação:

Idade:

Gênero: () masculino () feminino

Gestante () sim () não

Raça: () branca () parda () preta

Data da coleta dos dados: ____/____/____

Responsável Técnico

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1. Nº de Identificação do domicílio: _____

Endereço do domicílio:

2. Total de moradores permanentes no domicílio:

Total:

Idade de todos presentes; _____

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

3. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?

4. Este domicílio é:

() Próprio – já pago

() Próprio – ainda pagando

() Alugado

() Cedido por empregador

() Cedido de outra forma

() Outra condição – especifique

R:

5. Este domicílio tem aparelho de som (rádio)? () Sim () Não
6. Este domicílio tem aparelho de TV? () Sim () Não
7. Este domicílio tem computador? () Sim () Não
8. Este computador é utilizado para acessar a internet? () Sim () Não

IDENTIFICAÇÃO DOS MORADORES

9 Nº de identificação do indivíduo:

Nome:

10 Sexo: () Feminino () Masculino

11 Data de nascimento: / /

12 Nº de trabalhos: _____

13 Quais?

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MORADORES

14 Condição na família:

- () Pessoa de referência
- () Cônjuge
- () Filho
- () Outro parente
- () Agregado
- () Pensionista
- () Empregado doméstico
- () Parente do empregado doméstico

15 A cor do indivíduo é:

- () Branca
- () Preta
- () Amarela
- () Parda

16 Tem registro de nascimento? () Sim () Não () Não sabe

Observações:

CARACTERÍSTICAS DE MIGRAÇÃO DOS MORADORES

17 Nasceu neste município? () Sim () Não

18 Nasceu neste Estado? () Sim () Não

19 Em que Estado (ou Unidade da Federação) ou país estrangeiro nasceu?

R:

CARACTERÍSTICAS DE EDUCAÇÃO DOS MORADORES

20 Sabe ler e escrever? () Sim () Não

21 Frequenta escola técnica ou universidade? () Sim () Não

22 A escola técnica ou universidade que frequenta é: () Pública () Privada

23 Qual é o nível de escolaridade que possui?

() Educação básica ou infantil

() Educação fundamental incompleta

() Educação fundamental completa

() Educação média incompleta

() Educação média completa

() Educação superior incompleta

() Educação superior completa

Observações:

CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO E RENDIMENTO DOS MORADORES DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

24 Nos últimos seis meses exerceu tarefas de cultivo, pesca ou criação de animais destinados à própria alimentação das pessoas moradoras no domicílio?

() Sim () Não

25 Nos últimos seis meses realizou reformas ou construção destinadas ao próprio uso das pessoas moradoras no domicílio?

() Sim () Não

26 Quantos trabalhos fez nos últimos seis meses? Quais e em quanto tempo?

() Um

() Dois

Três ou mais

R:

27 Nesse trabalho era:

Empregado

Autônomo

Empregador

Voluntário

28 A jornada normal desse trabalho - quantas horas diárias?

R:

29 Esse emprego era no setor: Privado Público

30 Nesse emprego, tinha carteira de trabalho assinada? Sim Não

31 Qual foi o rendimento do último mês trabalhado?

32 Esse trabalho, tinha estabelecimento em:

Loja, oficina, fábrica, escritório, escola, repartição pública, galpão, etc.

Fazenda, sítio granja, chácara, etc.

No domicílio que morava

Em domicílio de empregador, patrão, sócio ou freguês

Em local designado pelo empregador, cliente ou freguês

Em veículo automotor

Em via ou área pública

Outro (especifique)

33 Com que idade começou a trabalhar?

_____ Até 10 anos

_____ 10 a 14 anos

_____ 15 a 17 anos

_____ 18 a 19 anos

_____ 20 a 24 anos

_____ 25 a 29 anos

_____ 30 anos ou mais

APÊNDICE - D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Eu abaixo assinado, autorizo o Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP), por intermédio das pesquisadoras Soraia Silva Santos Candeias, Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Sônia Oliveira Lima a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Avaliação da Estratégia de Saúde da Família na população Quilombola de Laranjeiras/SE, quanto às doenças crônicas não transmissíveis.

2-Objetivos Primários e secundários:

Primário: Analisar as condições de saúde da população quilombola a partir da implantação do programa ESF/SUS quanto às doenças crônicas não transmissíveis;

Secundários: Traçar o perfil sócio demográfico da população quilombola de Laranjeiras/SE; Identificar aspectos ambientais que podem ter relação com a saúde da população quilombola a ser pesquisada; Analisar os indicadores de condições de saúde na população quilombola, quanto à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis; Levantar as percepções referentes às doenças crônicas dos usuários quilombolas e profissionais de saúde sobre os benefícios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras.

3-Descrição de procedimentos:

Serão realizadas algumas perguntas sobre características dos participantes, como idade, sexo, até que série estudou, qual a ocupação atual ou trabalho, etc. Outras questões sobre doenças crônicas e os benefícios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras também serão pesquisadas.

As perguntas serão realizadas individualmente e gravadas, entretanto o indivíduo, após esclarecimentos devidos, assinará concordando com a sua participação.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: benefícios para a população e profissionais de saúde da UBS-Mussuca, Laranjeiras-SE.

A realização desta pesquisa poderá contribuir com resultados que demonstrem a condição de saúde da população quanto às doenças crônicas não transmissíveis e o

modo como essas são percebidas no seu dia-a-dia. Identificar quais as percepções dos usuários quilombolas e profissionais de saúde quanto à questão do reconhecimento das patologias crônicas não transmissíveis, e como a estratégia do programa de saúde da família vem atuando neste sentido poderá apontar caminhos mais eficientes num processo em prevenção e promoção de saúde, que gerem futuramente mudanças na saúde referentes às doenças crônicas em comunidade quilombola. Trará ainda a oportunidade de direcionar ações que facilitem uma ligação entre a saúde e o ambiente, visando à sustentabilidade.

5-Desconfortos e riscos esperados: O participante poderá sentir desconforto em responder as perguntas do questionário, apesar da equipe responsável pela pesquisa definir e providenciar, o ambiente adequado para a realização das etapas deste questionário. Poderá haver divulgação dos dados do grupo pesquisado. Entretanto os dados individuais serão mantidos em segurança. Foi devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados:

Com esta pesquisa, espera-se que um possível diagnóstico das ações da estratégia do programa saúde da família, quanto às doenças crônicas não transmissíveis seja gerado e sirva como instrumento real das possíveis implementações em termos de políticas públicas, a serem desenvolvidas em favor da população quilombola.

Todo profissional de saúde que participará desta pesquisa receberá instrução breve após ter respondido o questionário sobre as DCNT e os programas de prevenção disponíveis dentro da ESF.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Endereço profissional/telefone/e-mail: Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP) Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia, Aracaju-SE/ (79) 3218-2190(2553)/cristiane_cunha@itp.org.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE - E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Eu abaixo assinado, autorizo o Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP), por intermédio das pesquisadoras Soraia Silva Santos Candeias, Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Sônia Oliveira Lima a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Avaliação da Estratégia de Saúde da Família na população Quilombola de Laranjeiras/SE, quanto às doenças crônicas não transmissíveis.

2-Objetivos Primários e secundários:

Primário: Analisar as condições de saúde da população quilombola a partir da implantação do programa ESF/SUS quanto às doenças crônicas não transmissíveis;

Secundários: Traçar o perfil sócio demográfico da população quilombola de Laranjeiras/SE; Identificar aspectos ambientais que podem ter relação com a saúde da população quilombola a ser pesquisada; Analisar os indicadores de condições de saúde na população quilombola, quanto à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis; Levantar as percepções referentes às doenças crônicas dos usuários quilombolas e profissionais de saúde sobre os benefícios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras.

3-Descrição de procedimentos:

Serão realizadas algumas perguntas sobre características dos participantes, como idade, sexo, até que série estudou, qual a ocupação atual ou trabalho, etc. Outras questões sobre doenças crônicas e os benefícios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras também serão pesquisadas.

As perguntas serão realizadas individualmente e gravadas, entretanto o indivíduo, após esclarecimentos devidos, assinará concordando com a sua participação.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: benefícios para a população.

A realização desta pesquisa poderá contribuir com resultados que demonstrem a condição de saúde da população quanto às doenças crônicas não transmissíveis e o modo como essas são percebidas no seu dia-a-dia. Identificar quais as percepções dos usuários quilombolas quanto à questão do reconhecimento das patologias crônicas não transmissíveis, e como a estratégia do programa de saúde da família vem atuando neste

sentido poderá apontar caminhos mais eficientes num processo em prevenção e promoção de saúde, que gerem futuramente mudanças na saúde referentes às doenças crônicas em comunidade quilombola. Trará ainda a oportunidade de direcionar ações que facilitem uma ligação entre a saúde e o ambiente, visando à sustentabilidade.

5-Desconfortos e riscos esperados: O participante poderá sentir desconforto em responder as perguntas do questionário, apesar da equipe responsável pela pesquisa definir e providenciar, o ambiente adequado para a realização das etapas deste questionário. Poderá haver divulgação dos dados do grupo pesquisado. Entretanto os dados individuais serão mantidos em segurança. Foi devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados:

Com esta pesquisa, espera-se que um possível diagnóstico das ações da estratégia do programa saúde da família, quanto às doenças crônicas não transmissíveis seja gerado e sirva como instrumento real das possíveis implementações em termos de políticas públicas, a serem desenvolvidas em favor da população quilombola.

Todo o usuário que participará desta pesquisa receberá instrução breve após ter respondido o questionário sobre as DCNT e os programas de prevenção disponíveis dentro da ESF.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo

de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Endereço profissional/telefone/e-mail: Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP) Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia, Aracaju-SE (79) 9134-5431/cristiane_cunha@itp.org.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT



Título da Pesquisa: Avaliação da Estratégia de Saúde da Família na população Quilombola de Laranjeiras/SE, no tocante às doenças crônicas não transmissíveis.

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26301913.2.0000.5371

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 560.829

Data da Relatoria: 27/02/2014

DADOS DO PARECER

A questão da promoção em saúde para a população negra é uma das metas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Pretende-se analisar as condições de saúde da população quilombola a partir da implantação do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) através da identificação de aspectos ambientais que podem ter relação com a saúde, além da análise dos indicadores de saúde da referida população, quanto à ocorrência de DCNT. Procurar-se-á ainda analisar a percepção do próprio usuário quilombola e dos profissionais de saúde, inserido neste contexto, gestores e da equipe de saúde, quanto à prevenção e ao manejo direcionado as DCNT. Trata-se de estudo com abordagem quali-quantitativa, que avaliará os mecanismos de promoção à saúde que essa estratégia disponibiliza nos últimos cinco anos, para esse contingente populacional específico. A amostra representativa abrangerá 255 sujeitos participantes da comunidade quilombola, e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde com os quais será aplicado um instrumental de coleta, que inclui: questionário sócio-demográfico semiestruturado para os indivíduos da comunidade quilombola, já validado em estudos anteriores; entrevista semiestruturada com os sujeitos participantes (profissionais de saúde e usuários), na procura em conhecer a percepção quanto aos reflexos da ESF, no município de Laranjeiras. Haverá levantamento de dados secundários no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), sobre os indicadores diretamente relacionados com os quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes). Os resultados deste estudo poderão estimular o planejamento para as devidas

melhorias, no âmbito da saúde coletiva, direcionadas à população quilombola e estimular novas pesquisas científicas nesta seara de discussão, visando os possíveis avanços pertinentes à educação em saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO (Geral)

¿ Analisar os indicadores de saúde da população quilombola a partir da implantação do programa ESF/SUS quanto às DCNT;

11 - OBJETIVOS SECUNDÁRIOS (Específicos)

¿ Identificar aspectos sócioambientais que podem ter relação com a saúde da população quilombola a ser pesquisada;

¿ Analisar os indicadores de saúde na população quilombola, quanto à ocorrência de DCNT;

¿ Levantar as percepções referentes às doenças crônicas dos usuários quilombolas e profissionais de saúde sobre os reflexos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Laranjeiras.

Objetivo da Pesquisa:

O termo de consentimento livre e esclarecido retoma detalhadamente todo o projeto de pesquisa, destacando todos os seus riscos e benefícios. Sua elaboração é original e completa com relação ao que os pesquisados precisam saber sobre o significado do que estão se propondo executar como objetos de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo sobre a realidade do universo dos quilombolas de uma comunidade próxima à Laranjeiras - SE - seus problemas, a consciência a respeito do meio e da qualidade da vida que levam, faz-se necessário como contribuição para melhoria das condições de bairros excluídos e sofridos da população brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os termos de apresentação obrigatória que constituem exigências da formalização de um projeto de pesquisa estão todos presentes, de forma clara e completa.

Continuação do Parecer: 560.829

Recomendações:

Verificou-se que as solicitações encontradas no parecer anterior foram realizadas, tornando o referido projeto apto para ser implantado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 18 de Março de 2014

ADRIANA KARLA DE LIMA

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO NA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Submissões Ativas Página 1 de 1



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
145388	02-05		Candeias, Jeraldo, Oliveira	AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão
[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Espaço Editorial - Saúde e Sociedade Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 2, 2º andar, prédio da biblioteca CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. Tel/Fax: (11) 3061-7880 - E-mail: saudesoc@usp.br - www.scielo.br/sausoc
www.apsp.org.br/saudesociedade

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Ajuda do sistema

AUTOR
Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (1)
- Nova submissão

IDIOMA
Selecione o idioma

Português (Brasil) ▾

Submeter

TAMANHO DE FONTE

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar (16 nova(s))
- Gerenciar

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/author/index> 05/02/2015